

fondation  
fondaMental

Réseau de  
coopération scientifique  
en santé mentale

INSTITUT  
MONTAIGNE



# Prévention des maladies psychiatriques : pour en finir avec le retard français

ÉTUDE OCTOBRE 2014

L'Institut Montaigne est un laboratoire d'idées - think tank - créé fin 2000 par Claude Bébéar et dirigé par Laurent Bigorgne. Il est dépourvu de toute attache partisane et ses financements, exclusivement privés, sont très diversifiés, aucune contribution n'excédant 2 % de son budget annuel. En toute indépendance, il réunit des chefs d'entreprise, des hauts fonctionnaires, des universitaires et des représentants de la société civile issus des horizons et des expériences les plus variés. Il concentre ses travaux sur quatre axes de recherche :

Cohésion sociale (école primaire, enseignement supérieur, emploi des jeunes et des seniors, modernisation du dialogue social, diversité et égalité des chances, logement)

Modernisation de l'action publique (réforme des retraites, justice, santé)

Compétitivité (création d'entreprise, énergie pays émergents, financement des entreprises, propriété intellectuelle, transports)

Finances publiques (fiscalité, protection sociale)

Grâce à ses experts associés (chercheurs, praticiens) et à ses groupes de travail, l'Institut Montaigne élabore des propositions concrètes de long terme sur les grands enjeux auxquels nos sociétés sont confrontées. Il contribue ainsi aux évolutions de la conscience sociale. Ses recommandations résultent d'une méthode d'analyse et de recherche rigoureuse et critique. Elles sont ensuite promues activement auprès des décideurs publics.

À travers ses publications et ses conférences, l'Institut Montaigne souhaite jouer pleinement son rôle d'acteur du débat démocratique.

*L'Institut Montaigne s'assure de la validité scientifique et de la qualité éditoriale des travaux qu'il publie, mais les opinions et les jugements qui y sont formulés sont exclusivement ceux de leurs auteurs. Ils ne sauraient être imputés ni à l'Institut, ni, a fortiori, à ses organes directeurs.*

*Il n'est désir plus naturel  
que le désir de connaissance*

INSTITUT  
MONTAIGNE





# Prévention des maladies psychiatriques : pour en finir avec le retard français

ÉTUDE - Octobre 2014



# SOMMAIRE

---

|  |           |
|--|-----------|
| <b>L'Institut Montaigne et la santé mentale : pourquoi cette étude ?</b>                       | <b>5</b>  |
| <b>Introduction</b>  | <b>7</b>  |
| <b>Lexique des pathologies mentales</b>  | <b>11</b> |
| <b>Chapitre I : Maladies psychiatriques :<br/>une réalité méconnue et sous-estimée</b>         | <b>15</b> |
| 1.1. : Des maladies fréquentes, sévères et chroniques<br>de l'enfant et du jeune adulte        | 15        |
| 1.2. : Le poids économique et social des maladies<br>psychiatriques                            | 25        |
| 1.3. : Les retards français  | 30        |
| <b>Chapitre II : Le défi de la prévention en psychiatrie</b>                                   | <b>39</b> |
| 2.1. : La prévention : l'une des priorités des politiques<br>de santé                          | 39        |
| 2.2. : La prévention en psychiatrie : avancées,<br>freins, espoirs                             | 41        |
| 2.3. : La prévention auprès des jeunes, un enjeu majeur  | 50        |
| <b>Chapitre III : Les leviers pour améliorer la prévention<br/>des maladies psychiatriques</b> | <b>55</b> |
| 3.1. : Plaidoyer pour une déstigmatisation des maladies<br>psychiatriques                      | 55        |
| 3.2. : Plaidoyer pour un dépistage précoce   | 60        |
| 3.3. : Plaidoyer pour une offre de soins diversifiée et articulée                              | 64        |
| 3.4. : Plaidoyer pour un soutien à la recherche  | 70        |
| <b>Propositions</b>  | <b>73</b> |
| <b>Conclusion</b>  | <b>77</b> |
| <b>Remerciements</b>   | <b>79</b> |





## **L'INSTITUT MONTAIGNE ET LA SANTÉ MENTALE : POURQUOI CETTE ÉTUDE ?**

La santé mentale est un concept vaste qui englobe la notion de bien-être mais aussi les troubles mentaux et leur prise en charge. L'Institut Montaigne, en collaboration avec la Fondation FondaMental, a souhaité aborder ce sujet central sous l'angle de la prévention des maladies psychiatriques. Ces pathologies méconnues, tant du point de vue de leur impact que de leurs conséquences économiques et sociales, représentent un enjeu majeur de santé publique. Malgré la multiplication récente des plans visant à améliorer la prévention et la prise en charge des maladies psychiatriques, ces dernières restent à la marge des politiques de santé publique et souffrent d'un manque criant de données et de moyens.

Or, la prévention des maladies psychiatriques se trouve à la croisée de problématiques nombreuses qui touchent non seulement aux questions de santé mais aussi à l'éducation, à la cohésion sociale et au logement, sujets au cœur des réflexions de l'Institut Montaigne depuis plus de dix ans. Ce dernier apporte en effet un soin particulier à l'évaluation des actions conduites notamment dans les domaines de l'éducation et de la protection sociale, au travers d'initiatives innovantes visant à renouveler le débat, à alerter les pouvoirs publics sur ces enjeux et à en évaluer les impacts et les coûts.

C'est pourquoi il est urgent d'alerter sur le retard de la France en matière de prévention des pathologies psychiatriques ; c'est l'objectif de cette étude, fruit d'un an de travaux menés par des personnalités issues des milieux médicaux, universitaires et d'associations de représentation des patients.



# INTRODUCTION

---

Objets de peurs, de fantasmes et d'un traitement médiatique trop souvent placé sous l'angle du fait divers, les maladies psychiatriques peuvent susciter le rejet et entraîner la stigmatisation de ceux qui en sont atteints. Pourtant, on estime qu'elles **touchent actuellement plus d'une personne sur cinq chaque année**, contre une sur dix pour le cancer<sup>1</sup>. Loin de constituer un phénomène rare, les maladies psychiatriques représentent un enjeu majeur de santé publique, méconnu et sous-estimé en France.

De quoi s'agit-il ? Qu'entend-on par maladies psychiatriques ou maladies mentales ? Doit-on les appréhender uniquement sous l'angle d'une atteinte de la santé qui est, comme le résume le Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) de 1946, « *un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladies ou d'infirmité* » ? La notion de santé mentale s'est imposée relativement récemment comme un enjeu de santé publique à part entière et comme une valeur à défendre<sup>2</sup>. Concept vaste qui promeut le bien-être, la santé mentale a peu à peu englobé les troubles mentaux et le champ de leur prise en charge, comme en témoignent les différents plans *Psychiatrie et santé mentale* mis en œuvre depuis 2005. Elle recouvre de fait des dimensions et des réalités extrêmement variées et implique des chaînes d'acteurs très différents. Ce glissement sémantique au profit d'une approche globalisante n'est pas sans induire des confusions dommageables, « *qui tendent à dissoudre les troubles mentaux dans un problème beaucoup plus large, celui du mal-être, qui ne relève pas de la médecine mais d'une approche sociale* »<sup>3</sup>. **Plutôt que de traiter de la santé mentale en général, cette étude se focalisera sur ce qui relève de la prise en charge psychiatrique, à savoir les troubles et pathologies les plus sévères.**

Dans la présente étude, les troubles psychiatriques recouvrent les pathologies identifiées au sein de classifications diagnostiques auxquelles correspondent des

---

<sup>1</sup> Hans-Ulrich Wittchen, Frank Jacobi et al., « The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010 », *The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, septembre 2011.

<sup>2</sup> À la création de l'OMS en 1948, la santé mentale intégrait le champ conceptuel de la santé publique, mais ce n'est que depuis 1990 que les textes français y font référence. Voir notamment Anne M. Lovell, « Santé mentale », in *Santé publique, l'état des savoirs*, sous la direction de Didier Fassin et Boris Hauray, 2010.

<sup>3</sup> Alain Milon, *La prise en charge psychiatrique des personnes atteintes de troubles mentaux*, Commission des affaires sociales du Sénat, décembre 2012.

indications thérapeutiques médicales<sup>4</sup>. Il s'agit de pathologies complexes et très hétérogènes dont les causes et les mécanismes physiopathologiques ne sont pas encore élucidés. Aucun marqueur (biologique ou radiologique) n'est disponible pour permettre de confirmer leur diagnostic, qui reste fondé aujourd'hui sur l'observation clinique. Le fait que ces pathologies demeurent grandement inexpliquées a longtemps influencé leur perception par le grand public. Considérées comme des maladies à part, circonscrites à la folie, l'aliénation ou la démence, elles sont restées écartées de longues années de la recherche scientifique et thérapeutique mais aussi de l'organisation médicale « MCO » (médecine, chirurgie, obstétrique).

Pour autant, les récentes avancées des sciences médicales plaident en faveur d'une nouvelle approche des maladies psychiatriques visant à en faire des « maladies comme les autres ». Maladies affectant non seulement le cerveau, système nerveux central, mais aussi les systèmes périphériques (comme en témoignent les maladies somatiques qui leur sont souvent associées), elles se caractérisent par des troubles comportementaux et une souffrance psychique souvent associés à des troubles cognitifs (touchant la mémoire, la concentration, etc.) qui handicapent la personne atteinte et altèrent son fonctionnement social, familial et professionnel. Leur origine est à chercher à la croisée de facteurs de vulnérabilité génétique et de facteurs environnementaux divers (infections, complications obstétricales, saisonnalité des naissances, traumatismes dans l'enfance, vie en milieu urbain, migration, consommation de substances toxiques, etc.). A l'instar de nombreuses pathologies somatiques chroniques, la plupart d'entre elles évoluent par stade et leur pronostic s'améliore à condition que le diagnostic soit posé précocement et que la prise en charge soit adaptée.

L'OMS retient cinq maladies mentales parmi les dix pathologies majeures du XXI<sup>e</sup> siècle : la schizophrénie, les troubles bipolaires, les dépressions, les addictions et les troubles obsessionnels compulsifs. **Cette étude se concentre sur quatre maladies mentales parmi les plus graves : les schizophrénies, les troubles bipolaires, les dépressions et l'autisme**, car ce sont des pathologies fréquentes, sévères, débutant le plus souvent chez l'enfant ou le jeune adulte et dont la prévalence ne diminue

---

<sup>4</sup> La classification française en psychiatrie s'inspire de deux classifications internationales : la CIM et le DSM. Ces classifications, dans le cas des troubles mentaux, sont largement similaires. La classification internationale des maladies (ou CIM) est réalisée par l'OMS. La version actuelle en est la dixième (CIM-10), adoptée par les États membres depuis 1994. Les maladies y sont réparties par chapitre et désignées par des codes ; ainsi les troubles mentaux et du comportement concernent-ils le cinquième chapitre du CIM-10 et chaque maladie de ce chapitre est-elle désignée par un code allant de F00 à F99. Le manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ou DSM) est rédigé par l'Association américaine de psychiatrie (APA). Sa première version date de 1952 et le manuel a connu cinq éditions dont la dernière a été publiée en mai 2013.

pas et serait même en augmentation. Les problématiques addictives et les troubles anxieux ne seront pas abordés en tant que tels dans cette étude. Dans les faits, leur prise en charge ne relève pas exclusivement de la psychiatrie : les addictions sont la plupart du temps prises en compte de façon transversale et pluridisciplinaire tandis que les troubles anxieux sont généralement traités en soins primaires. Un lexique descriptif au début de cette étude rappelle les principales caractéristiques.

### **Les maladies mentales : des maladies très fréquentes**

Selon l’OMS<sup>5</sup>, plus de 450 millions de personnes souffrent de troubles mentaux ou du comportement dans le monde :

- plus de 150 millions de personnes souffrent de dépression à un moment de leur vie ;
- près d’un million de personnes se suicident chaque année ;
- environ 25 millions de personnes souffrent de schizophrénie ;
- plus de 90 millions de personnes souffrent de troubles liés à l’abus de consommation d’alcool ou de drogue.

L’Institut Montaigne, en collaboration avec la Fondation FondaMental<sup>6</sup>, a voulu comprendre le poids des maladies mentales en France et identifier les axes d’une politique de prévention susceptible de contribuer à réduire leurs conséquences dramatiques, tant à l’échelle individuelle que collective. Si les auteurs reconnaissent à la prévention une dimension indéniablement transversale qui dépasse le seul champ du sanitaire, la présente étude s’attachera toutefois plus spécifiquement aux progrès et aux avancées en cours dans le domaine des soins et de la recherche. Alors que les maladies psychiatriques pourraient devenir la première cause mondiale de handicap, il y a urgence à réinscrire la psychiatrie dans une politique de prévention globale et à soutenir les initiatives porteuses d’espoirs.

---

<sup>5</sup> OMS, *Investir dans la santé mentale*, 2004.

<sup>6</sup> Fondation de coopération scientifique dédiée à l’innovation et à la recherche sur les maladies mentales, la Fondation FondaMental a été créée en juin 2007 par décret du ministère de l’Enseignement supérieur et de la Recherche dans le cadre de la mise en place des réseaux thématiques de recherche et de soins (RTRS). Pour plus d’informations, voir : [www.fondation-fondamental.org](http://www.fondation-fondamental.org).

Trois axes seront privilégiés dans cette politique de prévention :

- agir en amont des troubles afin de réduire leur incidence : identifier les facteurs de risque et développer des stratégies ciblées ;
- agir au tout début des troubles afin d'empêcher la progression de la maladie : promouvoir le repérage, l'accès aux soins ainsi que des prises en charge spécifiques, personnalisées et précoces ;
- agir pour freiner l'aggravation des troubles lorsque la chronicité de la pathologie est avérée : soutenir l'innovation thérapeutique pour prévenir les rechutes et les handicaps.

Le présent travail s'appuie notamment sur plusieurs rapports, études, plans et missions d'information qui témoignent d'une prise de conscience croissante des enjeux de la psychiatrie. Pour autant, la richesse et la diversité des propositions déjà émises ne se sont pas toujours traduites en actes et l'enjeu de la recherche reste largement sous-estimé. Le manque de consensus entre les acteurs de la prise en charge en psychiatrie n'est certes pas propice au changement et constitue certainement un obstacle majeur pour le décideur public. Cette étude tente d'aborder cette problématique dans une perspective nouvelle, à la fois transversale et opérationnelle.

Notre démarche se trouve confortée par Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales, de la Santé et du Droit des femmes, qui a réaffirmé dans son discours de présentation de la stratégie nationale de santé le 23 septembre 2013 la nécessité d'inscrire la prévention au cœur de notre politique de santé et de faire de la santé mentale l'une des cinq priorités de santé publique. Dans ce contexte favorable, nous formons le vœu que la nécessité d'un renouveau dans la prise en charge des maladies mentales soit portée par une réelle volonté politique et ce, dès la nouvelle loi de santé publique.

# LEXIQUE DES PATHOLOGIES MENTALES<sup>7</sup>

---

## AUTISME

Les troubles du spectre autistique représentent un groupe de pathologies hétérogènes qui se caractérisent par des **altérations des interactions sociales, des difficultés de communication verbale et non verbale** ainsi que des comportements stéréotypés. Leurs diverses manifestations semblent aujourd'hui beaucoup plus fréquentes qu'il y a quelques années.

Cette pathologie se développe au cours de l'enfance (avant trois ans) et persiste à l'âge adulte. La prévalence de l'autisme s'est renforcée ces dernières années, en raison notamment de l'évolution de ses définitions et d'une meilleure détection des cas en population générale. Les troubles du spectre autistique concerneraient ainsi un enfant sur 88, voire un sur 68.

L'autisme de haut niveau, ou syndrome d'Asperger, représente une forme moins sévère de l'autisme qui a été officiellement introduite dans les classifications internationales dans les années 1990. Il se manifeste avant tout par une perturbation importante des interactions sociales et de la communication, par des particularités sensorielles ainsi que par des intérêts et des activités restreints et routiniers. Les personnes qui en sont atteintes rencontrent ainsi des difficultés à entretenir une conversation, à décoder les signaux non verbaux et à comprendre les intentions et les émotions. Elles utilisent souvent un bon niveau de langage, caractérisé par un vocabulaire élaboré et des expressions formalisées et précieuses.

Depuis de nombreuses années, les travaux de recherche ont montré qu'il existait **une forte implication de facteurs génétiques** dans l'origine de ce trouble. Cependant, de nombreuses questions restent en suspens et c'est pourquoi **la recherche sur l'autisme est pluridisciplinaire**, impliquant des psychiatres, des neuropsychologues, des neuroradiologues, des généticiens, etc.

---

<sup>7</sup> Source : Fondation FondaMental.

## DÉPRESSION

La dépression est une maladie qui peut prendre différentes formes mais qui se manifeste le plus souvent sous la forme d'épisodes dépressifs caractérisés : les critères diagnostiques fixent notamment la persistance pendant une période supérieure à 15 jours des perturbations de l'humeur dont une tristesse inhabituelle et une perte d'intérêt.

Selon le Baromètre Santé réalisé par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) en 2005<sup>8</sup>, 8 % des Français de 15 à 75 ans ont vécu une dépression au cours des douze mois précédant l'enquête, soit trois millions de personnes. 19 % des Français du même âge ont vécu ou vivront une dépression au cours de leur vie, soit huit millions de personnes. Un dixième des personnes souffrant de dépression décède par suicide et **20 à 30% d'entre elles présentent des formes chroniques et résistantes** aux interventions thérapeutiques. L'impact de cette pathologie est donc particulièrement délétère en termes de pronostic fonctionnel et vital (en plus du risque de décès par suicide, nombre de pathologies somatiques co-morbides, en particulier cardiovasculaires, se déclarent). À l'heure actuelle, **les facteurs de risque des dépressions résistantes ne sont pas connus**.

## SCHIZOPHRÉNIE

La schizophrénie demeure une maladie psychiatrique sur laquelle nous avons encore beaucoup à apprendre. Elle se caractérise par un mode de pensée et des réactions déstructurés ainsi qu'un retrait de la réalité. On y retrouve un ensemble de syndromes dont les principales caractéristiques sont des délires, des hallucinations visuelles ou auditives, des perturbations du cours de la pensée et de l'affectivité **durant une période prolongée** (au moins six mois). Avec le temps, cette maladie devient chronique et entraîne **un handicap psychologique majeur**.

La prévalence de cette pathologie dans la population générale est d'environ 1 %. La schizophrénie débute généralement à **l'adolescence**. Le **retard de diagnostic** est de plus de cinq ans en moyenne et a des conséquences majeures du fait de traitements inadaptés et de maladies associées mal prises en charge (**risques élevés de diabète, de maladies cardiovasculaires, d'obésité et de syndrome métabolique**).

---

<sup>8</sup> INPES, *Baromètre santé 2005*, mars 2006.



L'OMS classe la schizophrénie dans le groupe des dix maladies qui entraînent le plus d'invalidité. De fait, la schizophrénie est un facteur majeur de désocialisation et de précarité et **l'espérance de vie des patients est en moyenne inférieure de 10 ans à celle de la population générale** : 40 % des personnes qui en sont atteintes tentent de se suicider et 10 % de toutes les personnes atteintes de schizophrénie mettent fin à leurs jours.

## TROUBLES BIPOLAIRES

Les troubles bipolaires, anciennement appelés psychoses maniaco-dépressives, appartiennent à la catégorie des troubles de l'humeur ou dysthymies. Ils se caractérisent par une alternance de phases dépressives et de phases d'exaltation dites maniaques qui vont entraîner des **troubles importants au niveau de la pensée, des actes, des émotions, du comportement et de l'état physique**. Ces épisodes sont entrecoupés de périodes pendant lesquelles on peut observer, chez certains patients, la persistance de certains troubles comme des difficultés de sommeil, une hyper-réactivité émotionnelle ou des troubles cognitifs.

On compte huit à dix ans entre le début des troubles et le diagnostic ; les conséquences en sont souvent irréversibles. On observe en effet, la plupart du temps, une **désinsertion socioprofessionnelle et familiale**, une **grande souffrance psychologique** qui s'accompagne de risques de suicide (20 % des patients bipolaires non traités décèdent par suicide) et de **comportements à risque** (alcoolisme, abus toxiques, etc.).

Par ailleurs, les personnes atteintes de troubles bipolaires présentent également des **risques élevés de diabète, de maladies cardiovasculaires, d'obésité et de syndrome métabolique**. En France, les troubles bipolaires affectent entre 1,2 % et 5,5 % de la population générale. Selon l'OMS, au niveau mondial ils représentent la sixième cause de handicap chez les personnes de 15 à 44 ans.

## TROUBLES ANXIEUX

Les troubles anxieux sont des pathologies dans lesquelles **la peur, l'angoisse, le stress ou d'autres formes d'anxiété anormale et durable sont les symptômes principaux**. Ces symptômes peuvent être plus ou moins gênants selon leur intensité et leur sensibilité aux conditions de vie quotidienne. Le niveau de souffrance induite et de handicap peut être, dans les cas les plus graves, très important. Il s'agit de pathologies non psychotiques, qui n'altèrent donc pas le contact du sujet avec la réalité : l'individu a conscience de l'excès de sa peur, peut remettre en cause ses comportements « à froid » lorsque l'anxiété est redescendue mais ne peut lutter contre ses angoisses et leurs conséquences quand il y est confronté. La gravité des troubles anxieux tient aussi à leurs **complications potentielles, essentiellement la dépression**, qui survient dans environ 50 % des cas, **et les addictions** surtout à l'alcool ou aux médicaments sédatifs (environ 20 %).

On considère qu'**une femme sur cinq et qu'un homme sur dix** souffrent un jour d'un trouble anxieux, plus ou moins durable selon les cas. Environ un quart des troubles anxieux concerne des formes sévères et invalidantes. **Les troubles anxieux les plus fréquents sont les phobies**, dont il existe trois formes principales : la phobie sociale (peur excessive du regard et du jugement négatif de l'autre), l'agoraphobie (peur de certaines situations d'enfermement ou d'isolement) et les phobies simples (peurs d'animaux, du sang, de la hauteur, etc.). On parle de phobie quand la peur est systématique et incontrôlable, pouvant conduire à des états de panique violents et des stratégies d'évitement plus ou moins complètes pour échapper à toute confrontation. Les autres troubles anxieux sont le trouble panique, l'anxiété généralisée, l'état de stress post-traumatique et les troubles obsessionnels-compulsifs. Il existe aujourd'hui des traitements très efficaces pour ces pathologies, qui sont surtout des psychothérapies (thérapies comportementales et cognitives) et parfois des médicaments (antidépresseurs en majorité).

# CHAPITRE I

---

## MALADIES PSYCHIATRIQUES : UNE RÉALITÉ MÉCONNUE ET SOUS-ESTIMÉE

### 1.1. DES MALADIES FRÉQUENTES, SÉVÈRES ET CHRONIQUES DE L'ENFANT ET DU JEUNE ADULTE

Il est un constat éclairant à plus d'un titre lorsqu'on aborde le champ des pathologies psychiatriques en France : le manque de données épidémiologiques pour notre pays<sup>9</sup>. Éclairant parce qu'il démontre à l'évidence que les maladies mentales ont longtemps échappé à l'investigation médicale. Éclairant également parce que, au moment où l'épidémiologie s'est imposée comme une composante majeure de la santé publique, la psychiatrie est demeurée une discipline à part. Ce manque de données épidémiologiques est enfin gravement dommageable car il prive les décideurs d'outils de compréhension et de décision.

Les données dont nous disposons actuellement s'appuient en grande partie sur des estimations et des extrapolations d'études européennes ou internationales. Il en ressort que **les troubles psychiatriques sont fréquents, sévères et chroniques et débutent majoritairement dans l'enfance ou chez le jeune adulte, affectant ainsi de façon dramatique la trajectoire de vie des personnes atteintes.**

#### 1.1.1. Des pathologies fréquentes au pronostic sévère

Selon l'OMS, les maladies mentales affectent plus d'une personne sur cinq chaque année. Une méta-analyse montre que 27 % des individus de 18 à 65 ans appartenant à la population de l'Union européenne ont souffert d'un trouble psychiatrique au cours des douze derniers mois<sup>10</sup>. En 2010, l'actualisation de cette étude, incluant davantage d'États et prenant en compte de nouvelles de pathologies, a réévalué à la hausse la

---

<sup>9</sup> L'épidémiologie psychiatrique a pour objet l'étude des facteurs influant sur la répartition, la fréquence et la gravité des pathologies mentales.

<sup>10</sup> Hans-Ulrich Wittchen et Frank Jacobi, « Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies », *European Neuropsychopharmacology*, 2005.

prévalence de ces dernières : 38 % des individus de la population européenne sont affectés chaque année par un trouble psychiatrique. Ils sont notamment 6,9 % à avoir souffert de dépression majeure, 14 % de troubles anxieux généralisés, 1,2 % de troubles psychotiques et 0,9 % de troubles bipolaires<sup>11</sup>.

Le pronostic des troubles psychiatriques, bien que variable en fonction des pathologies, est souvent sévère. Sources de handicaps majeurs<sup>12</sup>, nombre de ces pathologies sont souvent associées à une mortalité prématurée liée aux suicides ainsi qu'aux comorbidités somatiques généralement non dépistées et non traitées (pathologies cardiovasculaires, diabète, etc.). Maladies parfois peu visibles dans les premiers temps, elles s'accompagnent de souffrances aiguës pour le patient et ses proches et se traduisent souvent par une désinsertion sociale, familiale et professionnelle.

Ces maladies sont aujourd'hui au deuxième rang des causes mondiales de handicap<sup>13</sup> et pourraient occuper le premier rang à l'horizon 2020<sup>14</sup>. L'OMS dressait déjà ce constat inquiétant en 2001 : « *On estime que les troubles mentaux et du comportement représentent 12 % de la charge globale de morbidité : or, la plupart des pays continuent à consacrer à la santé mentale moins de 1 % du total de leurs dépenses de santé. [...] Plus de 40 % des pays n'ont aucune politique de santé mentale, plus de 30 %, pas de programme dans ce domaine, et plus de 90 %, aucune politique de santé mentale qui englobe les enfants et les adolescents* »<sup>15</sup>.

### **Le suicide en France : une situation préoccupante**

Le taux de mortalité par suicide en France est l'un des plus élevés en Europe : il est en moyenne de 14,7 pour 100 000 habitants, contre un taux moyen de 10,2 dans l'Union européenne (UE27)<sup>16</sup>. Selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), tous âges confondus, près de 10 400 décès par suicide ont été enregistrés en France métropolitaine en 2010 et environ 90 %

---

<sup>11</sup> « The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010 », *Op. Cit.*

<sup>12</sup> Dans nombre de troubles psychiatriques, le poids des déficits cognitifs altère la qualité de vie des patients à de multiples niveaux.

<sup>13</sup> OMS, *Rapport sur la santé dans le monde*, 2002.

<sup>14</sup> OMS, *Rapport mondial sur le handicap*, 2011.

<sup>15</sup> OMS, *Rapport sur la santé dans le monde – La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*, 2001.

<sup>16</sup> INSEE, « Taux de décès par suicide », décembre 2012.

d'entre eux sont associés à des maladies mentales<sup>17</sup>. En Europe, « *quelque 58 000 personnes se suicident chaque année [...]. Ce chiffre dépasse le nombre annuel des homicides ou des décès consécutifs aux accidents de la route ou au VIH/sida* »<sup>18</sup>.

Ces chiffres démontrent l'urgence de la mise en œuvre en France d'une politique de prévention des maladies psychiatriques. Didier Bernus, rapporteur au sein du Conseil économique social et environnemental (CESE), le traduisait en ces termes : « *presque 11 000 morts et 220 000 tentatives par an, tels sont les chiffres du suicide en France. Au regard de leur importance, le suicide doit-il être considéré comme une fatalité ne laissant pas de place à la prévention ? Une politique de prévention routière volontariste, au-delà de sa seule dimension répressive, a permis de rompre avec une telle fatalité grâce à une large prise de conscience individuelle et collective. Le nombre de tués sur les routes est passé de 12 000 en 1993 à moins de 4 000 à ce jour* »<sup>19</sup>. Des effets bénéfiques ont été observés dans de nombreux pays à la suite de politiques spécifiques de prévention des maladies psychiatriques. Tout plaide ainsi en faveur d'un engagement fort des pouvoirs publics.

### 1.1.2. Des pathologies de l'enfant et du jeune adulte

Les troubles psychiatriques apparaissent majoritairement entre 15 et 25 ans<sup>20</sup>. Souvent, le développement de symptômes prodromiques<sup>21</sup> débute plus tôt encore. L'OMS constate ainsi que « *dans la moitié des cas, les troubles mentaux commencent avant l'âge de 14 ans. On estime qu'environ 20 % des enfants et des adolescents dans le monde présentent des troubles ou des problèmes mentaux, de nature similaire quelle que soit leur culture* »<sup>22</sup>.

---

<sup>17</sup> Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), *Suicide. Autopsie psychologique, outil de recherche en prévention*, 2005.

<sup>18</sup> Commission européenne, *Améliorer la santé mentale de la population : vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union européenne*, octobre 2005.

<sup>19</sup> Didier Bernus, *Suicide : plaidoyer pour une prévention active*, Avis du Conseil économique social et environnemental, février 2013.

<sup>20</sup> Tomas Paus, Matcheri Keshavan et Jay N. Giedd, « Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence ? », *Nature Reviews Neuroscience*, décembre 2008.

<sup>21</sup> Un prodrome est un signe avant-coureur d'une maladie.

<sup>22</sup> OMS, « La santé mentale : renforcer notre action », *Aide-mémoire*, n° 220, septembre 2010.

En France, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), en s'appuyant sur les résultats de travaux menés par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), souligne que « *un enfant ou adolescent sur huit souffre ou souffrira d'une pathologie psychiatrique* »<sup>23</sup>. Ces troubles ne sont pourtant que rarement détectés à cet âge – lorsqu'ils le sont.

Cette situation a de nombreuses répercussions préjudiciables car contrairement à des pathologies à début tardif, la vie de nombreux patients est obérée dès leur jeunesse. L'évolution vers la chronicité est également plus précoce, avec des conséquences sociales et économiques majeures.

La prise en charge des jeunes adultes impose donc de relever de nombreux défis. Le rapport de l'IGAS souligne cette préoccupation majeure des équipes de soin qu'est l'irrégularité du suivi des patients<sup>24</sup>. Les raisons évoquées sont diverses, allant du déni de la maladie et du refus de soins à la fréquentation épisodique des institutions psychiatriques, renforcée par la difficulté des institutions médicales, sociales, médico-sociales voire judiciaires à accompagner les jeunes vers le soin.

### **Prise en charge des adolescents et jeunes adultes : l'analyse de l'IGAS**

Entre 2003 et 2004, l'IGAS a enquêté sur la prévention des troubles psychiatriques des adolescents et des adultes (excluant donc les pathologies débutant dans la petite enfance comme l'autisme). L'objectif était de déterminer les modalités d'une prise en charge susceptibles d'améliorer leur état et d'« *éviter que ces troubles génèrent une rupture scolaire et sociale trop importante* ». Les troubles psychiatriques concernés étaient les troubles anxieux, ceux du comportement alimentaire, ceux de l'humeur, la schizophrénie et d'autres psychoses.

Pour l'IGAS, il y aurait une « *crise de confiance* » en la psychiatrie en raison d'un manque de collaboration entre les représentants de cette discipline et ceux des institutions médicales, sociales, éducatives, médico-sociales et judiciaires tout autant qu'avec les patients et leur entourage.

---

<sup>23</sup> IGAS, *Enquête sur la prévention et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques*, février 2004.

<sup>24</sup> *Ibid.*

Tenant compte des difficultés majeures rencontrées par les jeunes, à la suite d'une première consultation psychiatrique, à s'inscrire dans un parcours de soins continu leur permettant un maintien dans les cadres sociaux quotidiens, l'IGAS préconisait une « *réponse rapide, simple et crédible* » pour s'adapter à la spécificité des troubles touchant les jeunes.

### 1.1.3. Des pathologies stigmatisées

Les maladies psychiatriques sont trop souvent considérées comme des maladies « à part » : « *objet d'étonnement, de réprobation, de crainte et parfois tournées en dérision, ces pathologies assimilées au vice plutôt qu'à la maladie, ont été jugées bien avant que d'être comprises* »<sup>25</sup>.

Les représentations négatives qui entourent les maladies mentales ont de nombreuses répercussions. Au-delà des souffrances engendrées pour les patients et leurs proches, les peurs, fantasmes et idées reçues qui entourent la psychiatrie ont **des conséquences dévastatrices** à la fois sur les personnes (baisse de l'estime de soi, sentiment de honte, stress, isolement, etc.), mais aussi en termes d'accès aux soins et d'observance du traitement. Elles nuisent à une information juste et de qualité de la population, entravant ainsi la détection des signaux d'alerte et la demande d'une consultation. Elles concourent également à réduire les chances de guérison et d'insertion sociale des malades. Une synthèse récente<sup>26</sup> fait état de plusieurs travaux sur les impacts de la stigmatisation et des discriminations chez les patients :

- **l'autostigmatisation**<sup>27</sup> (ou internalisation de la stigmatisation) génère chez le patient mais aussi chez ses proches des sentiments de honte, de culpabilité et de baisse d'estime de soi, souvent à l'origine d'un isolement et d'une marginalisation ;
- **la stigmatisation rejaille sur la qualité de la prise en charge** : la défiance et la peur à l'égard de la psychiatrie et des traitements font obstacle à l'observance et

<sup>25</sup> Magali Coldefy et al., *La prise en charge de la santé mentale – Recueil d'études statistiques*, DREES, décembre 2012.

<sup>26</sup> Béatrice Lamboy et Thomas Saïas, « Réduire la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques par une campagne de communication ? Une synthèse de la littérature », *Annales Médico-Psychologiques*, 2012.

<sup>27</sup> Roelandt J.-L., Caria A., Vasseur Bacle S. et al., « De l'autostigmatisation aux origines du processus de stigmatisation. À propos de l'enquête internationale « Santé mentale en population générale : images et réalités » en France et dans 17 pays », *Psychology, Society, & Education*, Vol. 4, n°2, 2012.

contribuent aux abandons thérapeutiques ainsi qu'à la privation des libertés (dans le cas des hospitalisations sous contrainte notamment) ;

- **la stigmatisation et les discriminations vont jusqu'à influencer sur l'exclusion du monde professionnel**, sur des problèmes de logement ou encore sur des pertes de droits civiques.

Quels sont les ressorts de cette stigmatisation ? Les études menées depuis une vingtaine d'années montrent que les stéréotypes attachés aux « malades mentaux » véhiculent les notions de danger, de peur, d'exclusion de la communauté, d'imprévisibilité et d'irresponsabilité.

L'enquête « Santé mentale en population générale : images et réalités » a été menée par l'Association septentrionale d'épidémiologie psychiatrique (ASEP), le Centre collaborateur OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS) et la DREES auprès de 36 000 personnes majeures en France métropolitaine entre 1999 et 2003. Elle avait pour objectif d'étudier non seulement la prévalence de différentes maladies mentales mais aussi les représentations qui leur sont associées. Elle décrit **trois archétypes : le « fou », le « malade mental » et le « dépressif »**<sup>28</sup>. Dans l'imaginaire collectif, le « fou » n'a pas conscience de sa folie et ses actes ne peuvent être expliqués. Le « malade mental » possède les mêmes caractéristiques que le « fou » mais intégrées à une compréhension médicale (maladie/cause/traitement). Enfin, le « dépressif » correspond à un état passager, justifié par les événements de vie et l'histoire individuelle.

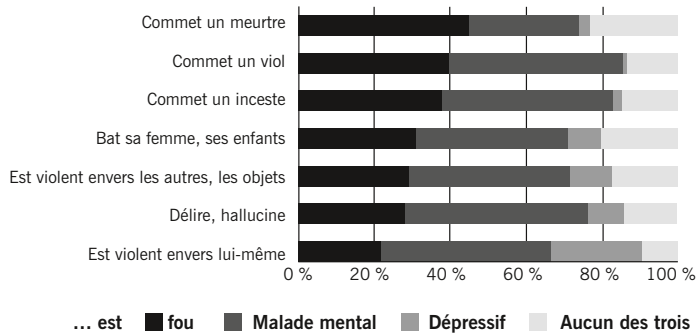
Ses résultats sont éloquentes : les termes de « fou » et de « malade mental » sont largement associés à des comportements violents. Par exemple, 46 % des personnes interrogées considèrent que commettre un viol ou un inceste est lié au fait d'être « malade mental ». Elles sont 90 % à déclarer qu'on ne peut jamais guérir totalement un « malade mental », tandis que le « dépressif » est considéré comme totalement guérissable par 75 % de la population.

---

<sup>28</sup> DREES, « Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête *Santé mentale en population générale* », *Études et résultats*, n° 347, octobre 2004.



Selon vous, quelqu'un qui...



Comportements et attitudes associés aux termes : « fou », « malade mental » et « dépressif ».

Source : DREES, « Troubles mentaux et représentations de la santé mentale... », *Op. cit.*

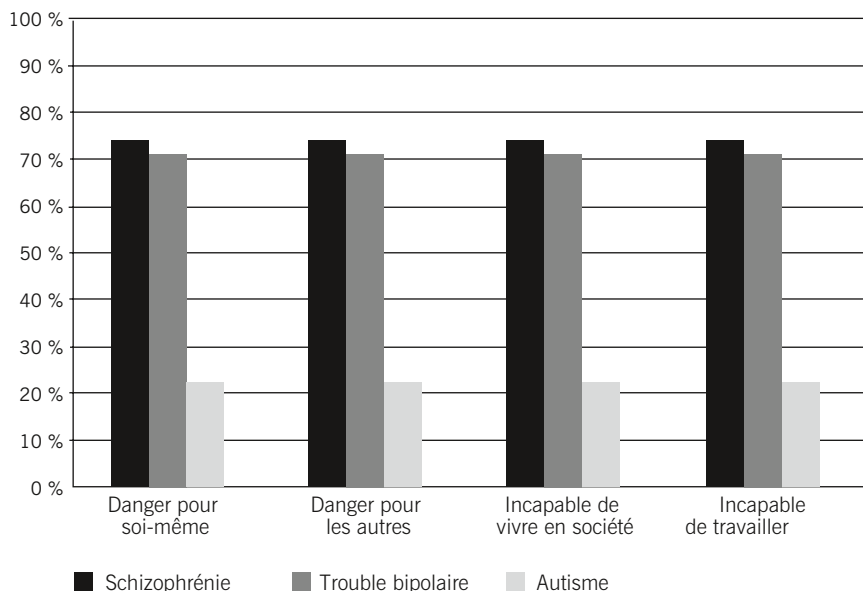
Cette enquête est confirmée par un récent sondage<sup>29</sup> qui rend compte de la méconnaissance forte qui entoure les troubles psychiatriques. Ainsi, près des trois quarts des Français sous-estiment la prévalence de ces pathologies et 46 % associent spontanément des troubles neurologiques aux maladies mentales. Le besoin d'information exprimé est toutefois considérable : pour plus de 60 % des Français, l'information sur les maladies, leurs facteurs de risque et les moyens de prévention et de traitement constituent des actions prioritaires à mener. 52 % des personnes interrogées se diraient gênées de vivre sous le même toit qu'une personne atteinte de maladie mentale, 35 % de travailler dans la même équipe et 30 % de partager un repas.

Ces représentations négatives des maladies mentales au sein de la population générale ont été confirmées par une étude menée en 2009<sup>30</sup>. **Près de 70 % des Français considèrent que les pathologies mentales ne sont pas des maladies « comme les autres ».** Ces représentations varient cependant très largement d'une pathologie à l'autre : ainsi la schizophrénie fait plus peur que les troubles bipolaires. Plus de 70 % des répondants considèrent que les personnes atteintes de schizophrénie sont un danger pour elles-mêmes, près de 65 % qu'elles sont un danger pour les autres, environ 25 % qu'elles sont incapables de vivre en société

<sup>29</sup> Ipsos pour FondaMental et Klesia, *Perceptions et représentations des maladies mentales*, juin 2014.

<sup>30</sup> Isabelle Durand-Zaleski, Jan Scott, Frédéric Rouillon et Marion Leboyer, « A first national survey of knowledge, attitudes and behaviours towards schizophrenia, bipolar disorders and autism in France », *BMC Psychiatry*, août 2012.

et autant qu'elles sont incapables de travailler. À l'inverse, les autistes ne sont pas perçus comme dangereux pour les autres.



Source : « A first national survey of knowledge,... », *Op. cit.*

### **Cette association entre maladies mentales et violence va à l'encontre des données disponibles :**

la littérature scientifique souligne que « dans les pays industrialisés, le taux d'homicide est compris entre un et cinq pour 100 000 habitants et que les troubles mentaux graves sont considérés comme responsables de 0,16 cas d'homicide pour 100 000 habitants. Pour ce qui concerne les homicides, les malades mentaux représentent donc, selon les pays, entre un criminel sur 20 et un sur 50 »<sup>31</sup>. Cependant, le caractère « spectaculaire » de ces crimes et leur importante médiatisation, souvent assortie d'affirmations erronées, contribuent à la méconnaissance de ces maladies. Il n'est pas inutile, à cet égard, de rappeler que les personnes souffrant de schizophrénie et d'autres maladies mentales sont plus souvent victimes de violence que la moyenne de la population.

<sup>31</sup> Jean-Louis Senon, Cyril Manzanera, Mikael Humeau et Louise Gotzamanis, « États dangereux, délinquance et santé mentale : représentations, insécurité et peurs sociales comme sources de la stigmatisation des malades mentaux », *L'Information psychiatrique*, vol. 83, n° 8, octobre 2007.

### 1.1.4. Vers une nouvelle compréhension des maladies mentales

Loin des représentations que peut en avoir parfois le grand public, les récentes avancées de la recherche plaident en faveur d'une lecture nouvelle des maladies psychiatriques. La compréhension croissante des mécanismes pathologiques et l'innovation thérapeutique en psychiatrie ouvrent la voie à de nouvelles perspectives dans le diagnostic comme dans le pronostic. Les maladies mentales ne sont pas – plus – une fatalité. Ce sont des maladies « comme les autres ».

Toutes leurs causes et leurs mécanismes ne sont pas encore connus, car ces pathologies se révèlent complexes et multifactorielles, mais les données scientifiques permettent toutefois de nous avancer sur plusieurs points.

- **Les pathologies mentales sont dues à l'interaction de facteurs génétiques et environnementaux.**

Les travaux sur le sujet sont nombreux. Les recherches sur l'autisme ont notamment permis d'identifier des mutations fonctionnelles de gènes impliqués dans le fonctionnement synaptique des cellules cérébrales chez des patients. Les maladies mentales se caractérisent toutefois par une grande hétérogénéité génétique, imposant la notion de « vulnérabilité génétique ». Ces pathologies ne sont donc pas liées uniquement au dysfonctionnement des gènes mais sont plus probablement dues à l'interaction entre un terrain génétique donné et des facteurs environnementaux. Ce champ de recherche a pris une grande ampleur ces dernières années et constitue un enjeu de prévention majeur : en effet, les facteurs d'environnement sont à l'origine d'une partie importante des cas et influencent l'évolution de ces maladies. Les identifier et connaître leurs mécanismes d'action permettrait de mettre en place des mesures de prévention individuelles ou collectives pour réduire l'exposition à ces facteurs de risque et diminuer ainsi l'apparition des maladies.

De nombreuses hypothèses de recherche sont développées et explorées. Parmi les facteurs environnementaux qui modifient le risque d'apparition de la maladie, on compte les toxiques (en particulier le cannabis), les traumatismes crâniens, les infections maternelles pendant la grossesse, les complications obstétricales, les traumatismes psychologiques pendant l'enfance, la saison de naissance, l'urbanité (le fait d'être né ou d'avoir grandi dans une ville), la migration (risque

élevé chez les sujets migrants et leur descendance) et la pollution<sup>32</sup>. Les facteurs modifiant l'évolution de ces maladies comme la qualité de l'environnement social, le niveau socio-économique, les possibilités d'accès aux soins influencent le risque de chronicisation, l'ampleur du handicap et le risque de complications comme le suicide.

- **Leur expression est de sévérité très variée pour une pathologie donnée.**

La dimension multifactorielle de ces pathologies et l'extrême variabilité de leur sévérité et de leur pronostic ont conduit à des évolutions de leur classification (l'autisme a été remplacé par les troubles du spectre autistique, le trouble bipolaire et la schizophrénie sont devenus les troubles bipolaires et les schizophrénies) qui imposent l'intégration des données de la recherche dans les pratiques cliniques.

- **La plupart des maladies psychiatriques sont des maladies chroniques qui évoluent par stades successifs.**

À l'image des pathologies comme le cancer ou les maladies cardio-vasculaires, un diagnostic précoce et une prise en charge personnalisée améliorent considérablement le pronostic de la maladie. Les progrès enregistrés dans la prise en charge de ces grandes pathologies somatiques sont marquants et induisent un recul de la morbidité et de la mortalité<sup>33</sup>. Il est urgent que dans les années à venir les maladies psychiatriques bénéficient des mêmes stratégies de prévention et de diagnostic précoce que les autres pathologies.

### **La schizophrénie, une maladie multifactorielle**

La prévalence de la schizophrénie dans la population générale est d'environ 1 %. La recherche a permis d'établir que la vulnérabilité des individus à cette maladie dépend de facteurs multiples : il s'agit en effet d'une pathologie polygénique (c'est-à-dire causée par l'altération de plusieurs gènes) avec une héritabilité de 40 %, interagissant avec des facteurs environnementaux. Deux périodes clés dans la genèse de la maladie ont été identifiées : la période foetale au cours de laquelle agissent les facteurs de vulnérabilité (génétiques, infections néonatales, etc.) et

---

<sup>32</sup> Plusieurs travaux se sont intéressés à l'impact de la pollution sur l'incidence des troubles psychiatriques, notamment dans le champ de l'autisme : cf. Andrey Rzhetsky, Steven C. Bagley et al., « Environmental and state-level regulatory factors affect the incidence of autism and intellectual disability », *PLoS Computational Biology*, mars 2014.

<sup>33</sup> Le taux de morbidité est défini comme le pourcentage des individus malades (d'une maladie particulière ou de l'ensemble des maladies) dans une population et un temps donnés. Le taux de mortalité correspond au rapport entre le nombre de décès dans une période et pour une population donnée.

l'adolescence ou le début de l'âge adulte, où après une période prodromique apparaissent les premiers épisodes psychotiques que des facteurs de risque environnementaux (prise de cannabis, situation de stress, etc.) peuvent précipiter.

L'adolescence est en particulier une période à risque. Parmi les facteurs identifiés, la consommation de cannabis multiplie le risque de déclenchement de la maladie par trois, voire par six en fonction de l'importance de la consommation et de son caractère continu ou discontinu<sup>34</sup>. Ce facteur de risque méconnu est particulièrement important en France qui possède le record européen de consommation de cannabis chez les jeunes : en 2011, 39 % des 15-16 ans déclarent avoir déjà consommé au moins une fois au cours de leur vie du cannabis, contre 31 % en 2007. C'est plus de deux fois plus que la moyenne des 35 États européens visés par l'enquête ESPAD<sup>35</sup>.

La prévalence et la gravité des maladies psychiatriques justifient donc que l'on en fasse un enjeu majeur de santé publique. Cette thèse se trouve renforcée depuis peu par une série d'arguments tirés d'études économiques estimant les conséquences notamment financières de ces maladies.

## 1.2. LE POIDS ÉCONOMIQUE ET SOCIAL DES MALADIES PSYCHIATRIQUES

Les conséquences financières des maladies psychiatriques se retrouvent aussi bien dans les coûts directs (dépenses de santé et de soin) que dans les coûts indirects (liés à la moindre productivité des entreprises du fait d'une participation à l'emploi plus faible et des coûts supportés par les individus, les familles et les communautés qui y sont confrontés)<sup>36</sup>. Il faut souligner que ces pathologies sont l'une des premières causes d'invalidité et d'arrêts maladie de longue durée<sup>37</sup>.

---

<sup>34</sup> Louise Arseneault et al., « Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study », *British Medical Journal*, novembre 2002. Certains liens de causalité restent cependant sujets à caution : voir notamment « Effets indésirables du cannabis », *Prescrire*, n° 321, juillet 2010.

<sup>35</sup> L'enquête ESPAD (« European School Survey Project on Alcohol and other Drugs ») est menée depuis 1995 auprès de jeunes européens de 16 ans à l'initiative du Conseil suédois pour l'information sur l'alcool et les autres drogues.

<sup>36</sup> Conseil de l'Union européenne, *Conclusions du Conseil sur le Pacte européen pour la santé mentale et le bien être : résultats et action future*, juin 2011.

<sup>37</sup> Ministère des Affaires sociales et de la Santé, *Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015*, avril 2012.

### 1.2.1. Une estimation des coûts économiques et sociaux associés à la prise en charge des maladies psychiatriques en France

Compte tenu de la faible quantité de données médico-économiques en santé mentale et de leur intérêt majeur, la Fondation FondaMental a pris l'initiative de lancer un programme d'études en collaboration avec l'Unité de recherche clinique en économie de la santé (URC-Eco) en utilisant les données de l'Assurance maladie<sup>38</sup>. Avant de faire l'analyse de leurs principales conclusions, il convient de rappeler les difficultés méthodologiques de l'approche médico-économique et ce qui pourrait contribuer à leur amélioration<sup>39</sup> :

- **la collecte des données** : l'organisation actuelle des bases de données médicales permet de compiler des informations sur les patients dans le cadre du suivi pour une pathologie clairement identifiée et non sur les comorbidités qui ne sont pas ou peu renseignées ;
- **la sauvegarde des données collectées** : les données médicales des assurés sociaux, contenues dans le Système national d'information inter-régime de l'Assurance maladie (SNIIRAM), ne peuvent être conservées que pendant deux ans au-delà de l'année en cours ;
- **l'accessibilité des données** : soulignée dans un article récent<sup>40</sup>, la difficulté d'accès à cette base de données complique beaucoup la détermination du coût de prise en charge d'un patient tout au long de sa vie. Tout en mesurant l'importance de protéger les données médicales personnelles, certains acteurs sont en faveur d'une ouverture contrôlée de celles-ci quand elles servent à la réalisation d'études de longue durée en population générale ;
- **les modalités de classifications diagnostiques** : les progrès récents de la recherche en psychiatrie et les nouveaux axes d'investigation entraînent des

---

<sup>38</sup> Karine Chevreul et al., « The cost of mental disorders in France », *European Neuropsychopharmacology*, 2012.

<sup>39</sup> Magali Codelfy et Clément Nestrigue, *L'étude de faisabilité sur la diversité des pratiques en psychiatrie*, DREES, novembre 2012.

<sup>40</sup> « Les données de santé, un gisement convoité », *Acteurs publics*, 16 mai 2013 : « bon nombre d'observatoires régionaux expriment déjà des demandes d'accès à ces fichiers autour de questions à la fois économiques et épidémiologiques. Ces études peuvent effectivement guider des choix d'aides, d'investissements ou d'aménagements à tous les échelons de l'État. Problème : ces informations existent, mais circulent peu. Les Caisses primaires d'assurance maladie n'y ont encore qu'un accès réduit et moins de 300 personnes sont habilitées à manipuler ces délicates statistiques qui s'échangent entre experts. Les requêtes déposées à des fins d'étude et de recherche en santé publique réclament en moyenne dix-sept mois d'attente ».

évolutions significatives des classifications des pathologies psychiatriques pour les années à venir. Il faut prendre en considération l'évolution des classifications internationales le plus souvent utilisées à l'heure actuelle (DSM et CIM).

Dans l'étude FondaMental/URC-Eco citée plus haut, quatre postes de coûts ont été définis : médical, médico-social, pertes de production (liées au handicap et aux suicides) et perte de qualité de vie<sup>41</sup>. Selon les premières conclusions de ces travaux, environ 12 millions de Français souffrent d'une ou de plusieurs maladies mentales. **Les coûts associés à ces maladies atteignent un total de 109 milliards d'euros par an**, répartis comme suit :

- médical : 13,4 milliards d'euros, soit 8 % des dépenses totales de santé ;
- médico-social : 6,3 milliards d'euros ;
- pertes de productivité : 24,4 milliards d'euros ;
- perte de qualité de vie : 65 milliards d'euros.

Ces chiffres sont concordants avec ceux dont dispose la Cour des comptes. Dans son rapport de 2011 elle précise que *« les soins [psychiatriques] donnent lieu, chaque année, à plus d'un million de prises en charge, dont le coût pour le seul régime général d'assurance maladie atteint environ, en 2010, 13 Md€, soit de l'ordre de 7 % de ses dépenses. S'y ajoute un montant indéterminé supporté par d'autres régimes sociaux, et, au titre notamment de la prise en charge sociale et médico-sociale, par l'État et par les collectivités territoriales. Au total, le coût économique et social de ces pathologies est évalué à quelque 107 Md€ par an en France, soit un montant analogue à ceux constatés dans des pays comparables, en Angleterre, par exemple »*<sup>42</sup>.

---

<sup>41</sup> La qualité de vie est mesurée par l'indice QALY (« Quality Adjusted Life Year » ou espérance de vie corrigée de la qualité), issu de l'application de la théorie économique de l'utilité à la santé publique. Cet indice est le pendant de celui utilisé par l'OMS, le DALY (« Disability Adjusted Life Year » ou espérance de vie corrigée de l'incapacité). Une année de vie en bonne santé correspond à un QALY de 1 ; une intervention causant la mort correspond à un QALY de 0 et toute année de vie dont les conditions sont affectées, par exemple du fait d'un handicap, correspond à un QALY situé entre 0 et 1. Dans son étude, l'URC-Eco prend pour hypothèse qu'un QALY de 1 équivaut au PIB par habitant en France en 2007 (soit 29 765 euros).

<sup>42</sup> Cour des comptes, *L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « psychiatrie et santé mentale » (2005-2010)*, décembre 2011.

## 1.2.2. Mise en perspective des données françaises dans le contexte international

L'OMS<sup>43</sup> propose une classification des impacts des troubles mentaux qui entraînent une augmentation des dépenses de santé mais aussi une diminution de la productivité et de la qualité de vie des patients et de leur entourage.

|                            | Coût des soins  | Coût de productivité          | Autres impacts  |
|----------------------------|---|-------------------------------|---|
| <b>Malades</b>             | Honoraires/paiement des traitements et services                                 | Incapacité, perte de revenu   | Angoisse/souffrance, effets secondaires des traitements, suicide  |
| <b>Familles et proches</b> | Soins non professionnels  | Congés maladie                | Angoisse, solitude, stigmatisation                                |
| <b>Employeurs</b>          | Contributions au traitement et aux soins  | Diminution de la productivité | -   |
| <b>Société</b>             | Prestations de soins de santé mentale et de soins médicaux (taxation/assurance) | Diminution de la productivité | Maladies non traitées (besoins non satisfaits), exclusion sociale |

### L'exemple des troubles bipolaires et de l'autisme

Les coûts indirects représentent une grande partie du total des dépenses de santé. C'est notamment le cas pour les troubles bipolaires dont le coût représente environ 21 % des dépenses totales liées aux troubles mentaux en France<sup>44</sup>. Parmi les coûts indirects, ceux liés aux pertes de productivité et d'emploi sont significativement les plus élevés. Parmi les coûts directs, les soins à domicile, en institution et à l'hôpital représentent le poste le plus important. Ces résultats sont corroborés par ceux observés aux États-Unis : par an, les coûts directs s'élèvent à 7,54 milliards de dollars (5,88 milliards d'euros) et les coûts indirects à 37,63 milliards de dollars (29,34 milliards d'euros). Dans leur ensemble aux États-Unis, les troubles bipolaires coûtent 46 milliards de dollars (36 milliards d'euros) par an.

<sup>43</sup> *Investir dans la santé mentale, Op. cit.*

<sup>44</sup> Frédéric Rouillon, « Epidémiologie des troubles bipolaires », *L'information psychiatrique*, 2005.



Les coûts de prise en charge de l'autisme sont également très importants. En France, l'État a consacré 1,4 milliard d'euros aux personnes atteintes d'autisme en 2010 (680 millions d'euros à l'accueil en établissement et services médicosociaux, 664 millions au versement d'allocations et 55 millions pour l'éducation)<sup>45</sup>.

Une projection des coûts associés aux maladies mentales à l'horizon 2026, réalisée par le *National Health System* britannique en 2011<sup>46</sup>, augure une augmentation de ceux-ci concernant tous les postes de dépenses.

Par leur fréquence, leur retentissement dans la vie des malades et de leurs proches comme par leur poids économique et social, les troubles psychiatriques nécessitent de porter un effort sur tous les fronts. Le traitement réservé à la psychiatrie ainsi que les représentations erronées qui continuent de marquer ces pathologies et les personnes qui en sont atteintes constituent autant d'obstacles à surmonter. Quels sont les enjeux actuels de la prise en charge en France ? Quels défis restent à relever ?

### 1.3. LES RETARDS FRANÇAIS

La prise en charge psychiatrique en France repose aujourd'hui sur un modèle conçu dans les années 1950, s'appuyant sur une philosophie novatrice et audacieuse qui avait pour ambition d'offrir des soins de proximité et de réinscrire le malade dans la vie de la cité. Eu égard aux difficultés auxquelles l'organisation de l'offre de soins en psychiatrie est actuellement confrontée et dont témoigne notamment le poids excessif de l'hospitalisation complète, ce modèle doit évoluer, voire être repensé, pour répondre de manière appropriée aux défis de notre époque.

---

<sup>45</sup> CESE, *Le coût économique et social de l'autisme*, 2012.

<sup>46</sup> Martin Knapp et al., *Mental health promotion and prevention: the economic case*, janvier 2011.

### 1.3.1. Le recours trop tardif à l'offre de soins

La perception et l'accessibilité de l'offre de soins conditionnent le diagnostic ainsi que la mise en œuvre d'une stratégie thérapeutique adaptée. Ainsi, l'identification de l'anomalie nécessitant une consultation médicale et la possibilité de consulter un psychiatre sont les deux prérequis indispensables à l'entrée du patient dans le parcours de soins.

Dans le champ de la psychiatrie, cet accès du patient au parcours de soins est confronté à des freins de plusieurs ordres :

- **la méconnaissance qui entoure les maladies mentales** et leur stigmatisation : ainsi que le précisait le rapport de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (OPEPS), « *l'ignorance dans lequel se trouve l'entourage pour identifier les premiers symptômes, la tendance à banaliser la première crise font perdre un temps précieux avant la consultation d'un médecin spécialiste* »<sup>47</sup> ;
- **le refus d'admettre la maladie** qui est très fréquent chez les patients, nombreux à ne pas éprouver le besoin de consulter lors de l'apparition des premiers symptômes ;
- **la saturation du système de soins**<sup>48</sup> qui entraîne des délais d'attente beaucoup trop longs (jusqu'à six mois), qu'il s'agisse des centres médicaux et psychologiques (CMP) ou des consultations hospitalières souvent réservées aux situations les plus sévères.

Les conséquences de cette situation sont délétères car elles empêchent une prise en charge précoce. « *L'une des particularités de la psychiatrie en France est l'ampleur de l'absence de prise en charge. [...] Pour les patients ayant finalement fait l'objet d'une prise en charge psychiatrique, il est souvent trop tard pour espérer agir efficacement sur la maladie* »<sup>49</sup>. En l'absence de diagnostic préventif, le patient recourt aux soins dans l'urgence, souvent en hospitalisation complète.

---

<sup>47</sup> Alain Milon, *La psychiatrie en France : de la stigmatisation à la médecine de pointe*, OPEPS, avril 2009.

<sup>48</sup> Denys Robiliard, *La santé mentale et l'avenir de la psychiatrie*, rapport d'information de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale, décembre 2013.

<sup>49</sup> *La psychiatrie en France...*, Op. cit.

### 1.3.2. Le retard au diagnostic

Un diagnostic approprié et précoce conditionne grandement le pronostic des maladies mentales et la qualité de vie des patients. La plus grande attention doit donc être portée à la réduction du délai entre les premiers signes de la maladie, la formulation du diagnostic et la mise en place d'une stratégie thérapeutique spécifique. En effet, **les cinq premières années de la maladie sont considérées comme une phase critique au cours de laquelle les chances de rémission sont les plus grandes et la réponse aux traitements la meilleure.** Il existe par exemple un lien entre la durée de la psychose non traitée (« duration of untreated psychosis » ou DUP<sup>50</sup>) et le pronostic et donc la qualité de vie des patients<sup>51</sup>.

Plusieurs causes peuvent entraîner le retard au diagnostic :

- **une mauvaise connaissance des mécanismes biologiques des maladies concernées** : la complexité des pathologies, et donc de l'examen clinique ainsi que l'absence de marqueurs biologiques, expliquent en grande partie cette situation ;
- **la formation des professionnels de santé de première ligne** (notamment des médecins généralistes), qui ne leur permet pas toujours de faire face à ces pathologies spécifiques. En s'appuyant sur les données de la Direction générale de la santé, la Cour des comptes relève, dans son rapport<sup>52</sup>, qu'environ « 30 % de la patientèle des médecins généralistes souffrirait de troubles psychiatriques ou relatifs à leur santé mentale. Les généralistes jouent ainsi un rôle important d'orientation des malades et de prescription ». Le rapport de l'OPEPS rappelle quant à lui que « le retard dans le diagnostic et la surconsommation de médicaments psychotropes sont en partie imputables à l'information insuffisante des médecins généralistes en matière de psychiatrie. Ce sont les médecins généralistes qui sont le plus souvent appelés à traiter les troubles du sommeil or la Haute autorité de la santé (HAS) estime ainsi que 85 % des cas d'insomnie chez les personnes âgées pour lesquels des psychotropes ont été prescrits ne relèvent pas de troubles de type psychiatrique »<sup>53</sup>.

---

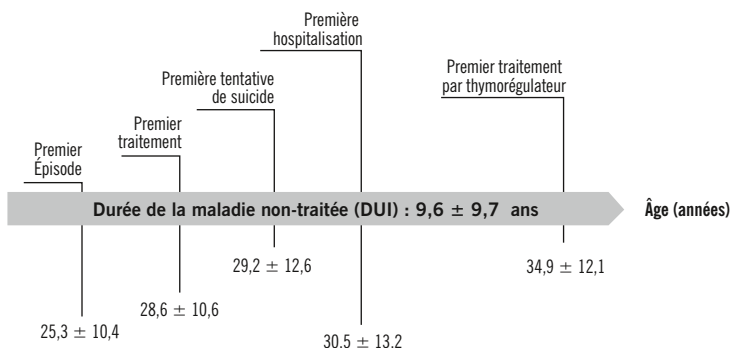
<sup>50</sup> La littérature scientifique a également recours à un autre indicateur : la durée de la maladie non-traitée (« duration of untreated illness » ou DUI). La DUI prend en compte la durée de la maladie dès l'apparition des prodromes, tandis que la DUP débute avec le premier épisode psychotique.

<sup>51</sup> De nombreuses études ont souligné l'efficacité de stratégies de prise en charge pour l'amélioration de la qualité de vie, notamment par le biais de la réduction des incapacités et de l'amélioration des interactions sociales. Voir notamment : *Investir dans la santé mentale, Op. cit.* et UNAFAM, *L'indispensable – Guide à l'intention des membres de l'entourage d'une personne atteinte de maladie mentale*, 2013.

<sup>52</sup> *L'organisation des soins psychiatriques...*, *Op. cit.*

<sup>53</sup> *La psychiatrie en France...*, *Op. cit.*

## PRÉVENTION DES MALADIES PSYCHIATRIQUES : POUR EN FINIR AVEC LE RETARD FRANÇAIS



Durée de la maladie non traitée dans le cas des troubles bipolaires. Le premier épisode de manie ou de dépression apparaît en moyenne vers 25,3 ans (entre 15,3 et 35,3), la première tentative de suicide vers 29,2 ans, la première hospitalisation vers 30,5 ans et le premier traitement par un thymorégulateur<sup>54</sup> vers 34,9 ans.

Source : Drancourt et al., « Duration of untreated bipolar disorder: missed opportunities on the long road to optimal treatment », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Vol. 127, février 2013.

### L'autisme, un diagnostic encore trop tardif

Une enquête sur l'autisme menée par Doctissimo auprès de ses internautes, en partenariat avec la Fondation FondaMental, révèle que dans 26 % des cas aucune suite n'est donnée au premier rendez-vous médical, assumé dans 49 % des cas par les médecins généralistes ou les pédiatres. « Cette situation occasionne un retard diagnostique majeur, car les parents attendront longtemps, dans bien des cas, avant de consulter à nouveau pour les troubles qu'ils avaient pourtant observés. Cela souligne également le défaut d'adressage au sein du corps médical. Celui-ci est plus marqué chez les médecins généralistes, les pédiatres et les psychologues qui sont 30 % à ne donner aucune suite à la première consultation » déplorent les experts<sup>55</sup>.

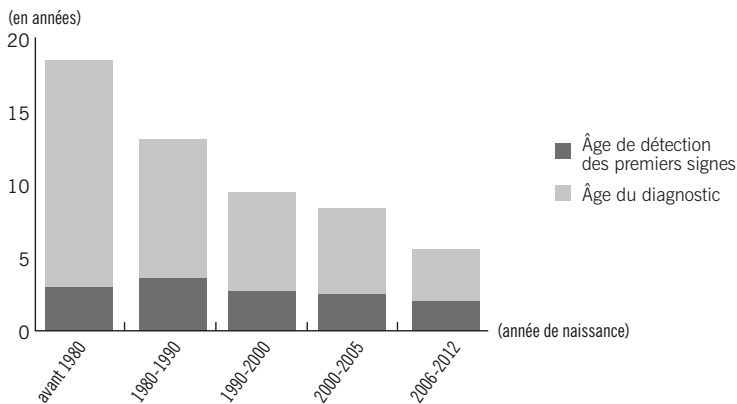
La HAS recommande de poser un diagnostic de l'autisme à l'âge de 36 mois. Selon l'enquête, l'âge moyen au diagnostic est pourtant de cinq ans et demi

<sup>54</sup> Un thymorégulateur est un médicament psychotrope utilisé pour soigner les troubles de l'humeur dont font notamment partie les troubles bipolaires et la dépression.

<sup>55</sup> Doctissimo, Fondation FondaMental, *L'autisme en France: diagnostic et parcours de soins*, 28 mars 2013.

– un constat confirmé par Autisme France<sup>56</sup>. Ainsi 10 % des enfants ont été diagnostiqués huit ans après la détection des premiers symptômes. Cette errance diagnostique fait partie des principales plaintes exprimées par les familles de patients. Les structures de recours multidisciplinaires existantes ne sont pas toujours sollicitées par les médecins généralistes. Il faut ainsi attendre 18 mois à deux ans pour accéder à un centre de diagnostic pour l'autisme<sup>57</sup>. Le délai entre la détection des premiers signes et le diagnostic se réduit pourtant continûment depuis 30 ans, ce qui souligne l'intérêt des campagnes d'information qu'il faut poursuivre.

### Âge de détection des premiers signes et âge du diagnostic en fonction de l'année de naissance



Source : *L'autisme en France, diagnostic et parcours de soins*, Op. cit.

<sup>56</sup> Autisme France, *Campagne en faveur de la scolarisation des enfants*, mars 2011.

<sup>57</sup> *L'autisme en France, diagnostic et parcours de soins*, Op. cit. ; Malvy, Ducrocq-Damie, Zakian, Roux, Adrien, Barthélémy et al., « Signes précoces de l'autisme infantile et approche clinique : revue des travaux de recherche (1989-1999) », *Annales Médico-psychologiques*, 2009.

### 1.3.3. Des pratiques en soins courants souvent éloignées des recommandations

À l'issue du diagnostic, la mise en œuvre d'une prise en charge adaptée est un autre enjeu majeur. En la matière, il est d'usage de s'appuyer sur les guides de bonnes pratiques produits par des autorités françaises ou internationales. Sur ce point, les pratiques en soins courants font état de grandes disparités et d'une faible adéquation avec les recommandations internationales.

#### **Plusieurs études scientifiques pointent la difficulté d'une diffusion en soins courants des recommandations médicales dans le champ de la psychiatrie<sup>58</sup>.**

Ces recommandations sont le fruit d'experts, de réunions de consensus médical ou d'autorités administratives. Elles sont essentiellement élaborées aux États-Unis, au Royaume-Uni et plus récemment en France par la HAS. Une étude française<sup>59</sup> menée en 2011 auprès de 210 psychiatres sur leurs pratiques en matière de prescription pour les troubles bipolaires rend compte d'une faible adhésion des praticiens aux recommandations internationales : 41 % des répondants s'appuient sur leur expérience pour le choix d'une prescription médicamenteuse quand seuls 17 % s'appuient sur les directives des autorités gouvernementales, 12,5 % sur les informations communiquées lors des congrès et 12,5 % sur les recommandations internationales. Parmi les raisons évoquées à cette faible prise en compte des recommandations, près de 57 % des praticiens considèrent que ces « guidelines » correspondent à une pratique médicale anglo-saxonne et donc ne s'appliquent pas à la réalité française et 32 % considèrent qu'elles sont le fruit d'experts éloignés de la pratique médicale.

### 1.3.4. La fragmentation des soins

Le cloisonnement entre la médecine somatique et la psychiatrie obère la qualité de la prise en charge des patients<sup>60</sup>. **Le traitement insuffisant des comorbidités somatiques est en particulier responsable d'une mortalité prématurée des**

---

<sup>58</sup> Mark Bauer et al., « Enhancing multiyear guideline concordance for bipolar disorder through collaborative care », *American Journal of Psychiatry*, 2009.

<sup>59</sup> Ludovic Samalin et al., « Adherence to Guidelines by French Psychiatrists in Their Real World of Clinical Practice », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 199, n° 4, avril 2011.

<sup>60</sup> *La prise en charge psychiatrique...*, Op. cit. ; *La santé mentale et l'avenir de la psychiatrie*, Op. cit. ; *Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015*.

**patients atteints de troubles psychiatriques.** Pathologies cardio-vasculaires<sup>61</sup>, métaboliques comme le diabète, surpoids, etc. comptent parmi les pathologies somatiques significativement plus fréquentes chez ces patients. Ainsi, comme le souligne la Cour des comptes, l'espérance de vie des patients serait réduite de 10 à 20 années. Une amélioration de l'interface entre la psychiatrie et la médecine somatique s'impose donc<sup>62</sup>.

### 1.3.5. L'insuffisance du soutien à la recherche

Si l'on considère les avancées enregistrées dans d'autres disciplines somatiques grâce aux avancées scientifiques, la recherche s'impose comme une priorité de premier ordre. L'Institut thématique multi-organismes (ITMO) Neurosciences, Sciences cognitives, Neurologie, Psychiatrie a publié en 2012 un rapport sur l'état des lieux de la recherche en psychiatrie en France<sup>63</sup>. Si l'effort de structuration de la recherche a permis de renforcer les collaborations scientifiques, de promouvoir les logiques de réseaux, d'améliorer l'accès aux plateformes technologiques et d'accroître la reconnaissance internationale de la France, la situation n'en demeure pas moins préoccupante. **Le niveau de financement public inapproprié compte tenu des enjeux, la tendance des industries de santé à focaliser leur recherche et développement sur d'autres axes thérapeutiques, le nombre insuffisant de cliniciens chercheurs<sup>64</sup> et la mobilisation inégale des différentes disciplines scientifiques sont autant de freins à l'excellence et à la qualité des activités de recherche menées dans notre pays en réponse aux défis à relever.** Aboutissant aux mêmes conclusions, la Cour des comptes dénonce une « *sous-dotation persistante de la recherche* »<sup>65</sup>. Selon une étude récente, **seuls 2 % du budget de la recherche biomédicale sont consacrés à la recherche en psychiatrie en France** (27,6 millions de dollars soit environ 21 millions d'euros), **contre 7 % en Grande-Bretagne** (172,6 millions de dollars soit 131 millions d'euros) **et 11 % aux États-Unis** (5,2 milliards

---

<sup>61</sup> Les maladies cardio-vasculaires sont la première cause de décès chez les patients atteints de troubles bipolaires. Voir notamment : Weiner, Warren et Fiedorowicz, « Cardiovascular morbidity and mortality in bipolar disorder », *Annals of Clinical Psychiatry*, 2011.

<sup>62</sup> Nisha Mesha et al., « Public mental health : evidenced-based priorities », *The Lancet*, septembre 2014.

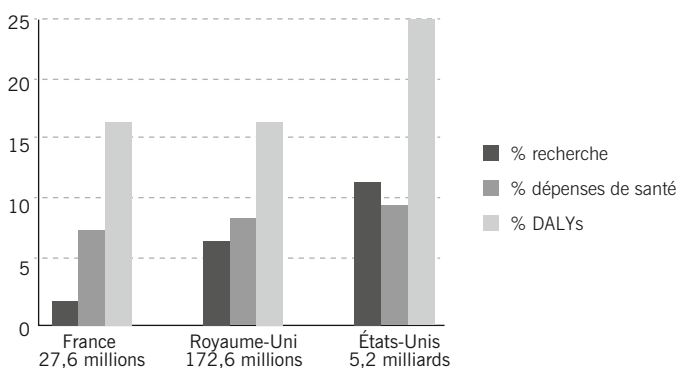
<sup>63</sup> ITMO Neurosciences, Sciences cognitives, Neurologie, Psychiatrie, *La recherche en psychiatrie en France, état des lieux et orientations*, novembre 2012.

<sup>64</sup> Le Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 s'inquiétait déjà de la faible mobilisation des chercheurs : « *il y a deux fois plus de chercheurs et d'hospitalo-universitaires à l'Institut de Psychiatrie de Londres que de chercheurs et de PU-PH en psychiatrie dans toute la France alors que la densité de psychiatres y est quatre fois plus importante* ».

<sup>65</sup> *L'organisation des soins psychiatriques*, Op. cit.

de dollars soit 3,9 milliards d'euros)<sup>66</sup>. Les fonds non gouvernementaux atteignent seulement 1 % du budget dédié à la recherche sur les maladies mentales en France contre 14 % au Royaume-Uni.

**Ces chiffres doivent être lus au regard du fardeau que représentent les maladies mentales, exprimé en DALYs** (ou années de vie corrigées du facteur d'invalidité) qui représentent le nombre d'années perdues en raison d'un handicap sévère ou d'une mort prématurée. Cet indicateur donne ainsi la charge de morbidité associée aux maladies psychiatriques : **les troubles mentaux représentent 19,5 % des DALYs totales en Europe.**



Financement de la recherche sur les maladies mentales : comparaison en France, Royaume-Uni, États-Unis (en 2007) du pourcentage du budget de la recherche consacré aux maladies mentales, du pourcentage des dépenses de santé et du pourcentage des DALYs attribués aux maladies mentales (en dollars).

Source : « Public and nonprofit funding », *Op. cit.*

Cette situation plaide en faveur d'un soutien important et pérenne de la recherche dans la perspective de découvertes d'outils diagnostiques, comme le souligne le rapport d'information de la Commission des affaires sociales du Sénat : « *en neuropsychiatrie et en biologie, la recherche de bio-marqueurs vise à détecter les fragilités des individus avant l'apparition éventuelle de symptômes et à mettre en place un suivi et des actions environnementales tendant à prévenir le développement de la maladie. La recherche sur les thérapies cognitives paraît également pouvoir apporter des évolutions bénéfiques à la prise en charge des malades étant donnés*

<sup>66</sup> Karine Chevreul et al., « Public and nonprofit funding for research on mental disorders in France, the United Kingdom and the United States », *The Journal of Clinical Psychiatry*, 2012.



*les premiers résultats positifs obtenus aux États-Unis* ». Comme le préconisait deux récents rapports<sup>67</sup>, **compte tenu de l'impact sociétal des maladies psychiatriques, la transdisciplinarité est à encourager et l'apport des sciences humaines et sociales est également à prendre en considération.**

## Conclusion

Par leur fréquence, leur sévérité, leur retentissement sur les trajectoires individuelles et familiales ainsi que leurs impacts sociétaux, les maladies psychiatriques constituent un enjeu majeur de santé publique. Celles-ci pouvant devenir la première cause de handicap dans le monde à l'horizon 2020 selon l'OMS, la déclinaison de la politique de santé en psychiatrie doit permettre de relever de nombreux défis :

- la compréhension des mécanismes physiopathologiques ;
- l'accès équitable aux soins et notamment aux plus innovants ;
- le diagnostic au tout début de la maladie ;
- l'amélioration de la prise en charge médicale et médico-sociale ;
- l'innovation thérapeutique.

La politique de santé devra promouvoir la recherche et la prévention en mobilisant tous les acteurs, y compris les patients, autour d'objectifs communs : faire un diagnostic le plus précoce possible, proposer aux patients les meilleures stratégies thérapeutiques et instaurer un suivi rigoureux permettant de prévenir l'aggravation des troubles ou la prise en charge des comorbidités.

---

<sup>67</sup> Edouard Couty, *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie, 2009 ; La prise en charge psychiatrique...*, *Op. cit.*



# CHAPITRE II

---

## LE DÉFI DE LA PRÉVENTION EN PSYCHIATRIE

### 2.1. LA PRÉVENTION : L'UNE DES PRIORITÉS DES POLITIQUES DE SANTÉ

Bien que, comme le rappellent certains acteurs dans la lignée des réflexions de Michel Foucault, « *la prévention et la promotion de la santé [...] sont parfois sujettes à controverse en raison du risque « normatif » de la maîtrise des comportements de santé* »<sup>68</sup>, la prévention est aujourd'hui un axe majeur de toute politique de santé. La place que doit avoir la prévention fait consensus : elle serait l'une des pierres angulaires de la transition d'une « politique sanitaire », trop hospitalo-centrée, vers une « politique de santé ».

L'IGAS estime que notre système de santé est confronté à la fois à la « *revendication d'un droit à la santé dépassant même la simple exigence de sécurité* » et à l'émergence de pathologies nouvelles liées à nos modes de vie contemporains. Face à ces enjeux nouveaux, l'IGAS conclut : « *la politique de santé est dès lors à la recherche de nouveaux objectifs, de nouveaux critères d'évaluation, de nouveaux modes de régulation. La santé publique et la prévention retrouvent leur importance* »<sup>69</sup>.

**Le périmètre de la prévention et son objet font toutefois l'objet de débats.** Dès sa création, l'OMS contribua à définir la prévention comme étant « *l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps* ». Elle distinguait trois types de prévention déterminés en fonction du stade de la maladie :

- **la prévention primaire** (avant l'apparition de la maladie) œuvre à réduire l'incidence d'une maladie dans une population et limiter ainsi l'apparition de nouveaux cas ;
- **la prévention secondaire** (au tout début de la maladie) s'appuie sur des stratégies d'intervention précoce afin de s'opposer à l'évolution de la pathologie. Dépistage, diagnostic et traitement précoces sont au cœur de la prévention secondaire ;

---

<sup>68</sup> Rebecca Shankland et Béatrice Lamboy, « Utilité des modèles théoriques pour la conception et l'évaluation de programmes en prévention et promotion de la santé », *Pratiques psychologiques*, 2011.

<sup>69</sup> IGAS, *Santé, pour une politique de prévention durable*, 2003.

- **la prévention tertiaire** (au stade de maladie chronique) vise à diminuer l'incidence des complications et rechutes de la maladie ou les incapacités liées à celle-ci.

Centrée sur le soin et la prise en charge médicalisée, cette approche a été complétée afin de ne pas réduire la prévention à la seule préoccupation des professionnels de santé. « *Trop souvent, le raisonnement appliqué à la santé publique et à la prévention est une tentative de généralisation faite à partir du système de soins et des professionnels de santé. Il est nécessaire de s'échapper de ce cadre étroit* »<sup>70</sup>.

**Une nouvelle définition de la prévention** prend donc en considération les types de public auxquels elle s'adresse, conceptualisée dans la typologie de Gordon aux débuts des années 1980<sup>71</sup> :

- **la prévention universelle** cible la population générale (recommandations sur la nutrition, l'activité physique, la taxation sur le tabac, etc.) ;
- **la prévention sélective** cible des populations repérées selon des critères sociodémographiques (dépistage du cancer du sein chez les femmes, dépistage du cancer du côlon à partir de 50 ans, promotion de la ceinture de sécurité, etc.) ;
- **la prévention ciblée** s'adresse à une population qui présente des facteurs de risque spécifiques (mesure de la pression artérielle, etc.).

À n'en pas douter, l'approche préventive en psychiatrie doit impliquer de nombreux acteurs œuvrant au-delà du secteur sanitaire. Néanmoins, une politique de santé devant hiérarchiser les actions à mettre en œuvre, il semble préférable, dans un premier temps, de **se focaliser sur l'aspect sanitaire** compte tenu des retards considérables accumulés dans ce secteur, notamment pour les pathologies psychiatriques les plus sévères. Quels sont les enjeux des politiques de prévention dans le domaine de la psychiatrie ? Quels objectifs fixer à la prévention en psychiatrie ?

---

<sup>70</sup> Pierre Arwidson, « Prévention » in *Santé publique*, l'état des savoirs, octobre 2010.

<sup>71</sup> Robert S. Gordon Jr., « An operational classification of disease prevention », *Public Health Reports*, mars-avril 1983.

## 2.2. LA PRÉVENTION EN PSYCHIATRIE : AVANCÉES, FREINS, ESPOIRS

### 2.2.1. Prévention primaire : chercher et informer

L'identification des facteurs de risque d'une pathologie donnée est un outil essentiel de toute politique de prévention : elle peut permettre de diminuer ces risques ou de repérer les populations les plus exposées. Dans le champ de la psychiatrie, la prévention primaire se fixe deux grands objectifs : identifier les facteurs de risque et informer sur ces facteurs de risque. À l'intersection de la prévention primaire et de la prévention secondaire, **il s'agit d'organiser au mieux le soin pour faciliter le dépistage.**

La recherche porte l'espoir d'identifier les facteurs de risque des maladies psychiatriques. Cette identification repose aujourd'hui sur deux approches particulièrement prometteuses :

- **l'épidémiologie qui est l'étude des facteurs influençant la santé**, à travers la répartition, la fréquence et la gravité des états. Cette discipline s'appuie notamment sur des études de cohortes. Les travaux menés en Australie par le Professeur Michael Berk apportent un éclairage tout à fait nouveau sur l'influence des styles de vie sur l'apparition des troubles mentaux. À titre d'exemple, il apparaît que le déficit en vitamine D, une alimentation déséquilibrée, un manque d'activité physique ou de sommeil ou encore la consommation de tabac peuvent être autant de facteurs de risque potentiels susceptibles d'entraîner différents types de pathologies mentales. L'idée que l'exposition à certains facteurs pendant la période périnatale ou l'enfance peut accroître le risque de survenue de maladies psychiatriques amène les scientifiques à faire de nouvelles hypothèses sur des mécanismes biologiques (rôle de l'inflammation, du stress oxydatif, de perturbations de la neurogénèse, etc.) ;
- **la génétique et plus particulièrement les études gènes/environnement** qui sont indispensables pour tenter d'identifier des facteurs de risque modifiables. Pour le cancer ou la cardiologie, les facteurs de risque (tabac pour le cancer du poumon, soleil pour le cancer de la peau, etc.) sont bien connus, ce qui a permis la mise en place d'actions de prévention et de dépistage précoce. Des travaux sont en cours dans le domaine de la psychiatrie. Une étude européenne à laquelle participe la France s'intéresse notamment à l'interaction entre la vulnérabilité génétique

et les facteurs environnementaux dans les troubles psychotiques<sup>72</sup>. Il a déjà été démontré que le cannabis, les événements périnataux (infections maternelles, complications obstétricales), les traumatismes infantiles sévères, l'urbanicité (le fait d'être né ou d'avoir grandi en ville), la migration (risque élevé chez les sujets migrants et leur descendance) et les traumatismes crâniens constituent des facteurs environnementaux qui modifient le risque d'apparition de la maladie.

Une fois les facteurs de risque identifiés scientifiquement, une politique de santé publique doit s'attacher à informer sur ces facteurs, à influencer sur les conduites à risque modifiables et à encourager le dépistage dans les cas où cela est possible et souhaitable. **Renforcer le niveau de connaissance globale de la population sur les troubles psychiatriques et les facteurs de risque identifiés** est donc un enjeu majeur de santé publique. La nécessité de développer des campagnes d'information a fait l'objet de recommandations multiples dans de nombreux rapports, notamment celui de l'OPEPS : « *la prise de conscience des maladies et de leurs symptômes ainsi que des démarches à suivre pour permettre l'entrée dans une thérapie sont de nature à aider les personnes malades, mais surtout leurs familles, à avoir recours au soin* »<sup>73</sup>.

Une autre piste porteuse d'espoirs consiste à innover dans l'accueil des personnes, rapprochant ainsi les populations de l'offre de soins. De nombreuses expériences internationales sont riches d'enseignements à ce sujet. Le dispositif gouvernemental *Headspace* (cf. encadré) est emblématique. Développé en Australie, son pilotage a notamment été confié à *Orygen Youth Health*, leader mondial des dispositifs de prévention et d'intervention précoce dans le champ des psychoses. Il regroupe trois entités qui articulent soins, recherche et programmes de formation. Des structures d'accueil et d'information non stigmatisantes permettent la mise en œuvre d'actions de dépistage et de prise en charge des jeunes adultes à risque. Le centre de recherche a pour ambition d'évaluer les interventions, d'améliorer les soins proposés et de valider des dispositifs pertinents de prise en charge des jeunes à risque selon les principes de la médecine fondée sur les preuves. De nombreuses autres expériences pourraient encore être citées, telles que celles qui mettent en place un dispositif de suivi des jeunes mères en prévention de la dépression post-natale ou encore l'ensemble des actions de soins mère-enfant ou d'aide à la parentalité.

---

<sup>72</sup> Voir : [www.eu-gei.eu](http://www.eu-gei.eu)

<sup>73</sup> *La psychiatrie en France...*, Op. cit.

### En Australie, des structures innovantes dédiées aux jeunes

L'Australie est souvent citée comme un des pays prenant le mieux en charge les maladies mentales. En 2007, les autorités de santé ont constaté que les adolescents et les jeunes adultes avaient peu d'accès aux informations et aux soins. Seulement 21,8 % des Australiens âgés de 16 à 24 ans avec un diagnostic de maladie mentale avaient accès à une aide professionnelle<sup>74</sup>.

Les autorités australiennes ont alors renforcé les services d'information et de prise en charge spécifiques à cette tranche d'âge<sup>75</sup>. Le gouvernement fédéral australien a créé en 2006 la *National Youth Mental Health Foundation, Headspace*<sup>76</sup>, dans l'objectif de promouvoir les interventions précoces pour les jeunes entre 12 et 25 ans atteints d'une maladie mentale, en développant des centres attrayants et accessibles aux jeunes, des structures de soins multidisciplinaires reliées avec des services spécialisés, des écoles, des associations, etc. *Headspace* a également développé des supports d'information sur Internet et des programmes d'intervention dans les écoles. Ces centres ont connu un réel succès à travers le pays et leur nombre devrait atteindre 90 en 2015. Le gouvernement a consacré 197 millions de dollars australiens (soit environ 144 millions d'euros) afin d'assurer leur propagation sur le territoire<sup>77</sup>. En complément, 16 services spécialisés dans les psychoses sont déployés au niveau national sur le modèle EPPIC (*Early Psychosis Prevention and Intervention Center*) développé à Melbourne en 1992, grâce à un investissement de 222 millions de dollars australiens (162 millions d'euros).

<sup>74</sup> Australian Institute of Health and Welfare, *Young Australians : their health and well-being*, 2007.

<sup>75</sup> Patrick McGorry et al., « Designing youth mental health services for the 21st century : examples from Australia, Ireland and the UK », *The British Journal of Psychiatry*, 2013.

<sup>76</sup> [www.headspace.org.au](http://www.headspace.org.au)

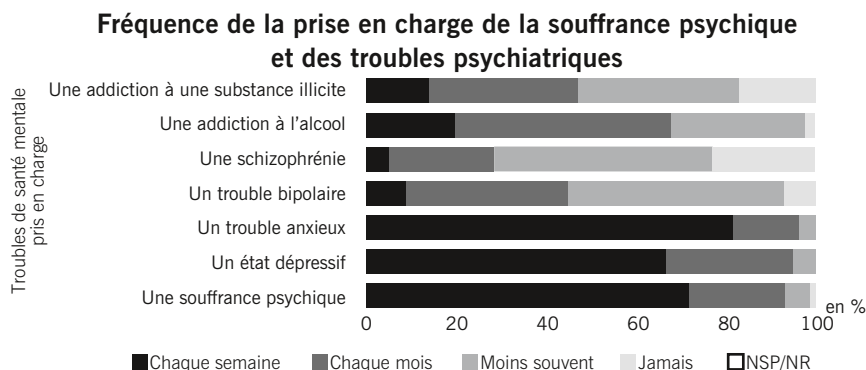
<sup>77</sup> « Designing youth mental health services.... », *Op. cit.*

## 2.2.2. Prévention secondaire : la problématique du dépistage et du diagnostic précoce

La prévention secondaire repose sur des dispositifs d'alerte et de dépistage efficaces, qui permettent de reconnaître le patient atteint de trouble psychiatrique et sur le diagnostic de la pathologie. Elle intervient en général à l'issue de l'alerte, en tant qu'évaluation préliminaire menée par les acteurs sanitaires de première ligne servant à orienter l'enfant, le jeune ou l'adulte vers des professionnels pour des investigations plus approfondies ou le recours à une prise en charge thérapeutique brève. Que ce soit au niveau de l'alerte, du dépistage ou de l'orientation, les points suivants apparaissent essentiels.

- **La reconnaissance du rôle des professionnels de première ligne.**

Les professionnels de première ligne (médecins généralistes, pédiatres, médecins et infirmières scolaires, médecins des centres de médecine universitaire, médecins du travail, etc.) jouent un rôle central pour reconnaître les signes d'une maladie psychiatrique et alerter les services adéquats, voire aiguiller les patients vers des services permettant une prise en charge rapide. **Le médecin généraliste est le premier professionnel de santé consulté en cas de problème de santé mentale, loin devant les psychiatres et les psychologues**<sup>78</sup>. Les deux tiers des médecins généralistes de ville déclarent être confrontés fréquemment à des états dépressifs de leurs patients ; huit médecins sur dix ont déclaré avoir été confrontés à une tentative de suicide et la moitié d'entre eux à un suicide<sup>79</sup>.



Source : « La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville », *Op. cit.* La prise en charge de la souffrance psychique et des troubles psychiatriques désigne le choix de traitements (prescription de psychothérapie, d'antidépresseurs, etc.) par les médecins.

<sup>78</sup> Béatrice Lamboy, Christophe Leon et Philippe Guilbert, « Troubles dépressifs et recours aux soins dans la population française à partir des données du Baromètre Santé 2005 », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, n° 3, 2007.

<sup>79</sup> DREES, « La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville », *Etudes et résultats*, n° 810, septembre 2012.



Le rapport d'information de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie<sup>80</sup> met en exergue la forte exposition de ces professionnels aux maladies mentales : « *le médecin généraliste est souvent le professionnel de santé de premier recours pour un patient présentant des troubles psychiatriques ou de santé mentale, plus facile d'accès et surtout n'ayant pas une connotation stigmatisante. On estime qu'entre 20 % à 30 % des consultations des médecins généralistes sont liées à ces troubles* ».

• **Le renforcement de leurs compétences par la formation initiale et continue.**

Les professionnels de santé de première ligne ne sont pas toujours suffisamment formés pour répondre aux enjeux spécifiques des pathologies psychiatriques. Par exemple, les médecins généralistes ont peu de formation sur les maladies mentales et n'ont pas toujours les bons réflexes pour les traiter. Dans le cas de la dépression, ils prescrivent souvent des antidépresseurs, alors que l'efficacité de ces derniers n'a pas été établie dans le cas de dépressions peu sévères<sup>81</sup>. Par ailleurs, la prescription d'antidépresseurs survenant dans le cas de troubles bipolaires non diagnostiqués peut avoir des conséquences très néfastes. Les décisions des médecins généralistes dépendent très largement de leurs expériences personnelles : ainsi, les médecins qui ont été sensibilisés à la surconsommation d'antidépresseurs en France sont moins enclins à prescrire des antidépresseurs à leurs patients. La DREES souligne que « *les stratégies de prise en charge de la dépression par les médecins généralistes interrogent l'adéquation de leurs pratiques avec les recommandations de bonnes pratiques* »<sup>82</sup>.

**Mobiliser tous les acteurs pour améliorer les dispositifs d'alerte**

La précocité de la prise en charge nécessite des mécanismes d'alerte efficaces. À la lumière des avancées observées dans le champ de l'autisme, l'enjeu est de rendre effectif un système d'alerte permettant au plus tôt d'orienter vers le soin un enfant, un jeune ou un adulte présentant des signes évocateurs d'un trouble psychiatrique. L'autisme peut se diagnostiquer dans les toutes premières années de vie d'un enfant et les autres troubles psychiatriques sévères sur lesquels se concentre cette étude connaissent un pic d'apparition entre 15 et 25 ans. **Ainsi, c'est l'ensemble des acteurs en contact avec la population jeune ou adulte qui est**

<sup>80</sup> *La santé mentale et l'avenir de la psychiatrie, Op. cit.*

<sup>81</sup> Voir notamment : « La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville », *Op. Cit. et le Plan Psychiatrie et santé mentale 2005-2008.*

<sup>82</sup> « La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville », *Op. cit.*

**concerné, depuis le milieu scolaire et parascolaire, en passant par l'université et le monde du travail.** L'enjeu est de taille car si ces acteurs savent plus facilement repérer des jeunes ou des adultes en difficulté qui s'extériorisent ou à travers des comportements perturbant l'équilibre social, le repérage est plus complexe lorsque la souffrance est intériorisée et s'exprime à bas bruit.

Il ne s'agit pas, bien entendu, de former des acteurs non sanitaires au diagnostic des troubles psychiatriques, mais bien plutôt de les sensibiliser aux signaux d'alerte, afin qu'une orientation vers une première consultation puisse être favorisée.

- **L'amélioration des outils diagnostiques grâce à une meilleure compréhension des mécanismes physiopathologiques et à l'identification de biomarqueurs.** Ces outils doivent permettre de réduire le délai jusqu'à l'obtention d'un bon diagnostic des patients.
- **L'organisation des filières de soins sur chaque territoire.**

La prise en charge précoce est favorisée par une collaboration active entre les médecins de première ligne, les soins de recours (niveau 2) et les soins spécialisés (niveau 3). L'organisation des passerelles entre ces différents niveaux de prise en charge est donc indispensable pour fluidifier le parcours des patients. La complexité des pathologies et les avancées scientifiques plaident pour une spécialisation accrue. Cette évolution indispensable vers une psychiatrie spécialisée constitue ainsi une réponse complémentaire à la psychiatrie généraliste et au soin de recours.

### **Conduites suicidaires : les bénéfices d'une intervention précoce**

Le suicide constitue un enjeu majeur de santé publique (*cf.* encadré *infra*). De nombreux travaux ont démontré qu'un premier passage à l'acte est prédictif de la survenue d'une prochaine tentative de suicide, avec un taux de récurrence augmenté dans les quatre à six mois. La mise en place expérimentale de stratégies de suivi à l'issue d'un passage aux urgences mériterait d'être soutenue au regard des effets bénéfiques observés, notamment auprès des primo-suicidants et des

jeunes. Dans un avis récent<sup>83</sup>, le CESE salue les travaux menés par plusieurs équipes hospitalo-universitaires. Ainsi les recherches cliniques du Pr Vaiva au centre hospitalier universitaire (CHU) de Lille illustrent les améliorations qui peuvent être apportées grâce à une intervention précoce. Un dispositif de veille, non intrusif et complémentaire des autres prises en charge a été mis en place auprès des suicidants à l'issue de leur hospitalisation pendant une période de six mois : le lien avec le patient est maintenu sous forme d'appels téléphoniques, de SMS et de courriers, permettant de proposer une consultation à la demande du patient ou si une crise est identifiée. L'évaluation du programme a mis en évidence la baisse du nombre de récurrences et de décès ainsi que de conduites à risque<sup>84</sup>.

### **Les pairs-aidants : renforcer le lien entre l'hôpital et la société**

Au sein des équipes soignantes de psychiatrie, d'anciens patients sont intégrés comme « médiateurs en santé mentale ». Le partage de son vécu et de son histoire de rétablissement a pour but de redonner de l'espoir, de servir de modèle d'identification, d'offrir de l'inspiration, du soutien et de l'information à des personnes qui vivent des situations similaires. L'intervention du pair-aidant s'inscrit dans une démarche d'éducation thérapeutique. Son expertise et son expérience sont également des ressources au sein de l'équipe de soins pour réduire la stigmatisation.

Cette nouvelle approche et cet accompagnement dans le soin ont été conceptualisés pour d'autres pathologies (diabète, polyarthrite rhumatoïde, etc.) autour de la figure du « patient-expert » considéré comme un véritable partenaire dans le processus de prise en charge des autres malades.

Dans le champ de la psychiatrie, des expériences d'intégration de pair-aidants se multiplient à l'étranger et commencent à se développer en France.

<sup>83</sup> CESE, *Suicide, plaidoyer pour une prévention active*, février 2013.

<sup>84</sup> Programme national porté par le CCOMS situé à Lille, en partenariat avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) qui finance la formation et la Fédération nationale des patients en psychiatrie (FNAPSY).

### 2.2.3. Prévention tertiaire : prendre en charge les patients psychiatriques chroniques

Pour les raisons détaillées plus haut, le système français doit prendre en charge nombre de patients chroniques en situation de handicap sévère, sujets à des rechutes et des hospitalisations répétées. Pour la Cour des comptes, la saturation de l'hospitalisation qui en résulte relève « *bien davantage d'un dysfonctionnement de l'offre de soins que d'une capacité insuffisante en lits hospitaliers* »<sup>85</sup>. Elle est le fruit de la combinaison de trois facteurs :

- les nombreuses hospitalisations d'urgence, avec ou sans consentement ;
- une durée de séjour longue (en moyenne 30 jours), parfois prolongée du fait du manque de solutions en aval ;
- des séjours répétitifs dus aux rechutes.

Dans ce contexte, **plusieurs stratégies peuvent être déployées pour améliorer la prise en charge des patients chroniques.**

- **La structuration d'une offre de soins diversifiée incluant des soins spécialisés** est indispensable à la prise en charge des cas chroniques.  
Les dispositifs de soins spécialisés s'appuient sur l'évaluation approfondie, le développement d'une médecine personnalisée<sup>86</sup>, le lien avec la recherche et le transfert de connaissance vers les praticiens de premier et second niveaux. Afin d'assurer un égal accès à tous les patients, les centres de soins spécialisés doivent être pensés en termes de maillage territorial.
- **Le renforcement des liens avec les acteurs médico-sociaux** est un des leviers de l'optimisation des soins.  
Les modalités en sont diverses : la réalisation de cartographies régionales des acteurs sanitaires et médico-sociaux, le développement de collaborations (formation des personnels, visites de psychiatres, orientation vers les structures médico-sociales existantes, etc.). Ainsi que le soulignait le *Livre blanc 2012 de la psychiatrie française*, « *le développement du champ médico-social [...] ne doit*

---

<sup>85</sup> *L'organisation des soins psychiatriques, Op. cit.*

<sup>86</sup> Concept largement accepté dans le champ des maladies somatiques, la médecine personnalisée défend l'idée que chaque patient est unique et doit recevoir un traitement adapté à sa situation et ayant les meilleures chances d'efficacité.

*pas être entériné par défaut, comme une sorte de conséquence obligée d'une résignation thérapeutique. L'intervention médico-sociale doit être envisagée de manière positive, comme s'intégrant dans un plan global »<sup>87</sup>. Comment construire cette coopération ? Avec quels objectifs et quels moyens ? L'enjeu est de rendre fonctionnel l'articulation entre acteurs sanitaires et acteurs médico-sociaux.*

- **Le soutien à l'innovation thérapeutique d'une part et l'évaluation des dispositifs mis en place d'autre part** s'imposent.

Les perspectives offertes par le développement d'une culture de l'évaluation qui fait grandement défaut dans le système français sont nombreuses : thérapies psychosociales, développement d'outils connectés, actions de réhabilitation, etc.

- **La diffusion des innovations thérapeutiques et des soins de réhabilitation** doit être renforcée.

Ces derniers contribuent à une meilleure réhabilitation fonctionnelle des patients ainsi qu'à une diminution du recours aux soins. Ces stratégies thérapeutiques, comportementales et/ou psychosociales, sont autant destinées à réduire les handicaps (remédiation cognitive, ateliers d'habiletés sociales et relationnelles, etc.) qu'à prévenir les rechutes (psychoéducation, cf. encadré).

### La psychoéducation

La psychoéducation fait partie des recommandations internationales de prise en charge des troubles psychiatriques mais reste encore marginale à l'heure actuelle en France, bien que cette thérapie innovante soit efficace et relativement peu coûteuse.

La psychoéducation s'attache à relever les défis thérapeutiques posés par la maladie en faisant des patients des acteurs de leurs soins. S'inscrivant dans la philosophie de l'éducation thérapeutique, la psychoéducation a pour ambition d'améliorer la connaissance d'un individu sur sa maladie, de l'aider à détecter les signes et les symptômes annonciateurs de rechute et à jouer un rôle actif dans la réduction des risques à travers une meilleure gestion au quotidien des facteurs de stress, l'adoption d'un mode de vie plus équilibré et une meilleure adhérence au traitement médicamenteux.

<sup>87</sup> L'Intersyndicale de défense de la psychiatrie publique, *Le livre blanc 2012 de la psychiatrie française*, 2012.

Elle compte parmi les thérapies psychosociales, alliées indispensables et complémentaires de l'approche pharmacologique dans le traitement des troubles psychiatriques.

## 2.3. LA PRÉVENTION AUPRÈS DES JEUNES, UN ENJEU MAJEUR

La population jeune (enfance, adolescence et début de l'âge adulte) représente un enjeu tout particulier en psychiatrie, notamment dans le cas des pathologies les plus sévères. L'âge d'apparition de ces troubles psychiatriques connaît un pic d'apparition entre 15 et 25 ans (voire beaucoup plus tôt pour l'autisme puisque la HAS recommande la pose d'un diagnostic à 36 mois) et la mortalité par suicide est élevée chez cette population.

Ces arguments font de la jeunesse, au sens large, une cible toute désignée pour la mise en œuvre d'actions de prévention. Le milieu scolaire et universitaire apparaît comme « *un milieu privilégié pour le développement des actions de prévention en santé mentale et en psychiatrie. [...] Les pratiques dans les pays étrangers le confirment. Ces moments sont identifiés comme des périodes de grande fragilité* »<sup>88</sup>.

### 2.3.1. Forces et faiblesses de la prévention chez les jeunes

La mise en place de programmes de prévention primaire et secondaire dans l'enceinte scolaire doit être menée avec prudence et discernement afin d'éviter certains phénomènes induits. En effet :

- certains praticiens s'inquiètent du **contexte marqué par une évolution sécuritaire des politiques publiques**, qui fait peser sur la pédopsychiatrie ainsi que sur la psychiatrie la responsabilité de l'ordre social ;
- on observe une **forte croissance du « taux de conversion »**, c'est-à-dire l'orientation des enfants en bonne santé mais souffrant de désordres ponctuels

---

<sup>88</sup> *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie, Op. cit.*

vers des programmes de soins mentaux, augmentation due à des signaux d'alerte souvent aspécifiques, non prédictifs d'un trouble psychiatrique avéré ;

- il existe un **risque de surmédicalisation** de comportements parfois passagers dont le corollaire est le caractère stigmatisant du diagnostic précoce pour les jeunes concernés.

### Prévention en milieu scolaire : « pas de zéro de conduite » ?

De nombreuses voix se sont déjà élevées en France pour organiser le dépistage des pathologies mentales en milieu scolaire. Il y a dix ans, une suite de rapports a demandé l'organisation d'un dépistage précoce et systématique afin de fournir aux élèves souffrant de pathologies mentales le soutien qu'ils requièrent dans un environnement adapté : Académie de médecine<sup>89</sup>, IGAS<sup>90</sup>, INSERM, rapport de Philippe Cléry-Melin<sup>91</sup>, etc.

Ces rapports ont suscité de vives controverses portant sur la nécessité et les modalités du dépistage précoce d'une part, et sur le rôle du personnel enseignant, d'autre part. En particulier, trois expertises collectives de l'INSERM<sup>92</sup> ont conduit à la création en 2006 du collectif « Pas de zéro de conduite pour les enfants de trois ans » sous l'égide d'une trentaine de pédopsychiatres et de psychologues. Les rapports de l'INSERM ont fait craindre l'établissement d'une corrélation abusive entre les difficultés psychiques et l'évolution vers la délinquance, tandis que le débat politique était alimenté par le rapport Bénisti<sup>93</sup> sur la prévention de la délinquance qui proposait des suivis sanitaires et médicaux réguliers pour prendre en charge dès un an les enfants montrant des troubles comportementaux.

Malgré les réponses apportées par les experts de l'INSERM, soulignant l'importance de mener des interventions précoces pour favoriser la santé mentale et physique à long terme et dénonçant une lecture caricaturale de leur rapport, la polémique qui a suivi a gravement nui aux efforts de recherche dans la prévention des maladies mentales.

<sup>89</sup> Académie de médecine, *Rapport sur la santé mentale de l'enfant de la maternelle à la fin de l'école élémentaire*, juin 2003.

<sup>90</sup> IGAS, *La prévention sanitaire en direction des enfants et adolescents*, février 2003.

<sup>91</sup> Philippe Cléry-Melin, Viviane Kovess et Jean-Charles Pascal, *Plan d'action pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale*, septembre 2003.

<sup>92</sup> INSERM, *Troubles mentaux, dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent, 2002 ; Santé des enfants et des adolescents, propositions pour la préserver, 2003 ; Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent, 2005*.

<sup>93</sup> Jacques-Alain Bénisti, *Mission parlementaire sur la prévention de la délinquance des mineurs et des jeunes majeurs*, décembre 2010.

Le professeur Philippe Jeammet estime toutefois qu'une prévention en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est crédible. Pour illustrer et préciser son propos, il met en avant trois grands types d'anomalies pouvant être repérées chez le très jeune enfant : les entraves au développement normal (retards, attitudes régressives durables, angoisses de séparation), les troubles du comportement ou des apprentissages et les manifestations d'ordre psychosomatique. « *Il est relativement aisé de repérer ces signaux, d'en comprendre le sens et d'intervenir précocement avant que ces difficultés ne s'installent comme un mode habituel de fonctionnement et n'aient contribué à réorganiser le développement de l'enfant autour d'elles. Dans ce dernier cas, elles sont alors susceptibles d'imprimer sur le cours de celui-ci l'empreinte de leurs déformations et de leurs fragilisations dont les effets les plus nocifs ne se révéleront parfois que bien plus tardivement, notamment au cours ou au décours de l'adolescence* »<sup>94</sup>. Le travail en réseau constitue toutefois, selon lui, la clef de voûte des actions de prévention à mettre en œuvre. La collaboration entre les acteurs de la psychiatrie et les acteurs du monde de l'éducation s'avère un préalable incontournable.

### 2.3.2. La nécessaire collaboration entre monde enseignant et pédopsychiatrie

À cet égard, le monde de l'enseignement témoigne de sa difficulté face aux élèves en souffrance et se révèle demandeur d'interaction, de soutien ou d'appuis. Une étude de grande ampleur menée en France auprès du personnel éducatif du premier degré a montré que 37 % des enseignants ont déclaré avoir rencontré des difficultés avec des enfants dits « gravement perturbés ». Au Canada, une enquête menée par la Fédération canadienne des enseignantes et des enseignants (FCE) a montré que 11,3 % du personnel enseignant considéraient la schizophrénie comme un problème pressant dans leur école, 34,1 % les troubles bipolaires, 59,36 % les troubles dépressifs et 73,1 % les troubles anxieux. **Interrogés sur les obstacles à la bonne prise en charge de ces enfants, les enseignants citent dans leur très grande majorité le manque de professionnels de la santé mentale au sein de l'école et le manque de formation du personnel sur la façon d'aborder la maladie mentale chez les élèves**<sup>95</sup>. Les expériences étrangères sont éclairantes quant à la diversité des dispositifs qui peuvent être mis en place.

---

<sup>94</sup> Philippe Jeammet, « Une prévention en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est-elle crédible ? », Haut conseil de la santé publique, *Actualité et dossier en santé publique*, n° 15, juin 1996.

<sup>95</sup> FCE, *Comprendre les perspectives du personnel enseignant sur la santé mentale des élèves*, 2012.



**Au Québec, des psychoéducateurs interviennent dans l'enceinte scolaire.** Ils sont chargés des programmes de prévention primaire et secondaire de différents troubles dont la schizophrénie, les troubles anxieux, la dépression, les troubles psychotiques, les troubles alimentaires et de la personnalité. Les psychoéducateurs ont pour spécificité d'intervenir dans différents milieux de vie : les écoles primaires et secondaires représentent environ 30 % de leurs interventions. Au Québec, la psychoéducation est une discipline rattachée à la psychologie et dont les études universitaires, sanctionnées par l'attribution d'un titre officiel, comprennent une formation et des stages pratiques. L'existence de ce cursus universitaire et de cette profession traduisent la volonté des autorités québécoises de donner une place importante à la réadaptation psychosociale et de mettre en œuvre des programmes d'intervention spécifiques<sup>96</sup>.

**En Suisse romande,** les « Journées de la schizophrénie » voient la mise en œuvre d'**actions de prévention dans les classes** tous les ans depuis 2004 : un tandem composé d'un soignant (médecin, infirmier, psychologue ou assistant social) et d'un patient ou d'un proche de patient dialogue avec des élèves du secondaire pour « déstigmatiser » les troubles psychiatriques en exprimant leur vécu et pour faire connaître les réseaux d'aide existants.

**Le modèle qui émerge comporte trois temps : l'alerte** (réalisée par un membre du personnel éducatif), **le diagnostic** (par un pédopsychiatre) **et enfin la construction d'un parcours personnalisé pour l'enfant ou l'adolescent.** Ce modèle propose des réponses adaptées selon la situation du jeune. Selon la « pyramide de Sugai »<sup>97</sup> :

- 85 % des enfants sont en bonne santé, les seules actions de prévention à mener sont la prévention du harcèlement et de la victimisation ;
- 10 % des enfants sont en situation de fragilité et peuvent avoir besoin d'une aide ponctuelle qu'ils peuvent trouver dans l'enceinte scolaire ;

---

<sup>96</sup> Eric Debarbieux et Yves Montoya, *Analyse critique de la littérature sur les modalités de prévention, de prise en charge et de gestion des passages à l'acte violents d'adolescents dans des établissements relevant au moins pour une partie de leur public, de la protection de l'enfance en France et au Québec, Rapport à l'Observatoire national de l'enfance en danger, mai 2007.*

<sup>97</sup> Modèle d'intervention face au comportement des enfants et jeunes adolescents. Voir : Sugai, Homer, Dunlap, Hieneman, Lewis, Nelson, Scott et Liaupsin, *Applying positive behavioral support and functional behavioral assessment in schools. Technical assistance*, 1999.

## PRÉVENTION DES MALADIES PSYCHIATRIQUES : POUR EN FINIR AVEC LE RETARD FRANÇAIS

- 5 % des enfants ont des troubles persistants et ont besoin de programmes de remédiation forts, qui ne relèvent pas de l'Éducation nationale mais de spécialistes. Au Québec, le diagnostic est réalisé par un pédopsychiatre distinct de celui qui prodiguera les soins pour éviter tout risque de sur-diagnostic.

### **Conclusion**

La prévention des maladies psychiatriques nécessite une volonté politique constamment réaffirmée. Les stratégies de prévention sont diverses et l'évaluation rigoureuse d'expériences locales prometteuses permettrait leur généralisation.

Schématiquement une politique de prévention sanitaire dispose de quatre axes d'intervention :

- la performance et la qualité de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation ;
- l'information de la population générale ;
- la formation des acteurs (professionnels de santé, enseignants, acteurs du secteur médico-social) ;
- l'adaptation permanente de l'offre des soins et de son organisation.

# CHAPITRE III

---

## LES LEVIERS POUR AMÉLIORER LA PRÉVENTION DES MALADIES PSYCHIATRIQUES

À l'appui des éléments qui précèdent, quatre leviers d'action prioritaires doivent être mis en œuvre pour répondre aux défis posés par les troubles psychiatriques et ainsi permettre le déploiement d'une politique de prévention ambitieuse. Cette politique doit se traduire par les actions prioritaires suivantes :

- des campagnes de déstigmatisation des maladies psychiatriques ;
- une stratégie et des moyens en faveur du dépistage précoce ;
- une offre de soins équitable et diversifiée ;
- des moyens pour un développement de l'effort de recherche.

### **3.1. PLAIDOYER POUR UNE DÉSTIGMATISATION DES MALADIES PSYCHIATRIQUES**

La déstigmatisation des maladies psychiatriques doit être au cœur des stratégies de prévention :

- parce qu'elle contribue à renforcer la confiance dans la psychiatrie des personnes en souffrance ou malades, à reconnaître la maladie et à accepter les soins (prévention primaire et secondaire) ;
- parce qu'elle vise à améliorer la qualité de vie des personnes souffrant de maladies mentales et s'inscrit donc dans le champ de la réhabilitation (prévention tertiaire).

La nécessité de soutenir l'effort de déstigmatisation des maladies mentales et de la psychiatrie fait très largement consensus à la suite de nombreuses préconisations<sup>98</sup>.

---

<sup>98</sup> En France, les *Plans Psychiatrie et santé mentale* y font référence. Au niveau européen la Conférence ministérielle européenne de l'OMS qui s'est tenue à Helsinki en 2005 a dénoncé ce problème majeur et a mis l'accent sur la lutte contre la stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiques. La même année, la Commission européenne a publié un livre vert dénonçant les préjugés qui augmentent les souffrances personnelles et aggravent l'exclusion sociale (*Améliorer la santé mentale de la population. Vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union européenne*, octobre 2005). En juin 2008, l'*European pact for mental health and well-being* affichait comme prioritaire la lutte contre la stigmatisation et l'exclusion sociale.

L'OMS en fait la seconde stratégie d'action dans son rapport *Investir dans la santé mentale*. Le *Plan Psychiatrie et santé mentale* de 2005 place également la déstigmatisation en tête de liste et cette priorité est rappelée dans le Plan de 2011. Pour autant, **peu d'actions d'envergure ont finalement été mises en œuvre en France et celles qui ont pu l'être ont connu un impact limité**. Alain Milon cite notamment la campagne conduite sur la dépression chez l'adulte par l'INPES, campagne qui a souffert de divergences de vues « *sur le caractère médical ou sociétal du trouble et sur les préconisations faites* »<sup>99</sup>.

On distingue deux grandes modalités d'action : les campagnes de communication (télévision, radio, presse, affichage, web, etc.) et les programmes d'actions multidimensionnels.

### Les campagnes de communication

Il existe des campagnes généralistes qui visent le grand public. On peut citer notamment :

- « la Semaine de la santé mentale » : organisée chaque année en France par un collectif de 20 partenaires, dont le secrétariat général est assuré par le Psycom. En 2014, plus de 700 événements ont été recensés en France, touchant tous types de publics et en particulier les patients et leurs familles ;
- « Accepter les différences, ça vaut aussi pour les troubles psychiques » : campagne mise en œuvre en France en 2006-2007 puis en 2009 et portée par le Centre Collaborateur OMS et des associations (FNAPSY, UNAFAM, Association des Maires de France) ;
- *Rethink's anti-stigma campaign* lancée en 2007 en Irlande.

D'autres campagnes portent sur des pathologies spécifiques ou des populations ciblées :

- *Campaign for Mental Health Recovery* qui a développé aux États-Unis des actions auprès des jeunes de 18 à 25 ans ;

---

<sup>99</sup> *Prise en charge psychiatrique...*, *Op.cit.*

- *Changing Mind* est une campagne menée au Royaume-Uni entre 1998 et 2003 et spécialisée sur plusieurs troubles dont l'anxiété, la schizophrénie et les addictions ;
- en France, le site Psycom diffuse des brochures d'information sur les troubles psychiques, les traitements et les droits des patients, anime un site Internet de ressources sur la santé mentale ([www.psycom.org](http://www.psycom.org)), développe des actions de sensibilisation auprès des élus et des actions de lutte contre la stigmatisation sur des publics ciblés, comme par exemple les lycéens.

### **Les programmes d'actions multidimensionnels**

Ces programmes associent les outils des campagnes de communication traditionnelle à des actions de proximité (interventions dans les écoles, les entreprises, les mairies mais aussi événements, conférences, formation de professionnels, échanges avec les médias, production de guides, etc.). Ces programmes s'appuient généralement sur la mobilisation de nombreux partenaires : gouvernement, associations d'usagers, médias, services de santé, etc. Plusieurs exemples peuvent être avancés :

- *See me Scotland* : développé en 2002 en Écosse autour de la collaboration d'associations d'usagers, de familles et de professionnels, ce programme a été financé en presque totalité par le ministère de la Santé écossais ;
- *Open the doors* : programme porté par l'Association de psychiatrie internationale visant à lutter contre la stigmatisation des personnes souffrant de troubles schizophréniques ;
- *Time to change* au Royaume-Uni (cf. encadré *infra*).

Ces expériences internationales ne sont pas nécessairement transposables en France. Une revue récente de la littérature a fait le bilan des campagnes de déstigmatisation menées, en souligne les limites et en tire cinq enseignements principaux<sup>100</sup>.

**1. Déterminer des actions autour d'objectifs précis** (croyances sur lesquelles agir, connaissances à consolider, comportements à changer ou à attendre)

**2. Privilégier les campagnes multidimensionnelles intégrant des actions de proximité**

Les campagnes généralistes et ponctuelles sont considérées assez largement comme inefficaces et coûteuses<sup>101</sup>. Les résultats sont plus favorables avec des campagnes menées auprès de petits groupes, par exemple dans l'enceinte scolaire ou en milieu professionnel.

La perception des maladies mentales est plus négative que celle des malades mentaux pris individuellement. Sur la base de ce constat, il semble préférable de construire les campagnes d'information sur des témoignages individuels de personnes atteintes de maladies mentales qui mènent une vie « normale », plutôt que de chercher à déstigmatiser les troubles eux-mêmes<sup>102</sup>. De plus, étant donné les perceptions très différentes des pathologies mentales par le grand public, il est essentiel de ne pas traiter ces affections comme un tout mais bien d'adopter une démarche par étapes<sup>103</sup>.

---

<sup>100</sup> Béatrice Lamboy et Thomas Saïas, « Réduire la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques par une campagne de communication ? Une synthèse de la littérature », *Op. cit.* Cette synthèse de la littérature fait état de plusieurs difficultés :

- les objectifs généraux et variés des actions mises en œuvre : si certaines actions ciblent une pathologie spécifique, d'autres visent les maladies mentales au sens large, voire la santé mentale, quand d'autres actions se concentrent sur l'autostigmatisation, d'autres encore sur la discrimination à l'embauche ;
- le manque de recherches évaluatives sur ces actions de déstigmatisation ;
- la méconnaissance et les imprécisions qui entourent le phénomène même de stigmatisation et rendent difficile la mesure de l'efficacité : que recouvre la stigmatisation ? Comment se manifeste-t-elle ? Varie-t-elle selon les pathologies psychiatriques ? Quels en sont les indicateurs ?

<sup>101</sup> Une revue internationale des actions anti-stigmatisation a été publiée en 2005 et a montré un faible impact des campagnes d'information généralisées. Voir à ce sujet : Heather Stuart, « Fighting stigma and discrimination is fighting for mental health », *Canadian Public Policy*, 2005.

<sup>102</sup> Patrick W. Corrigan et al., « Three strategies for changing attributions about severe mental illness », *Schizophrenia Bulletin*, 2001.

<sup>103</sup> *A first national survey of knowledge...*, *Op. cit.*

### **Les résultats en demi-teinte du programme *Time to change***

*Time to change* est le plus important programme de réduction de la stigmatisation et des discriminations contre les personnes souffrant de troubles mentaux jamais conduit en Angleterre. Sa première phase s'est déroulée entre 2007 et 2011 et a été dotée d'un budget de plus de 20 millions de livres sterling (23,5 millions d'euros). Elle a été évaluée par l'Institut de psychiatrie de King's College à Londres<sup>104</sup>. Ce programme visait trois objectifs : augmenter la connaissance du grand public en matière de santé mentale (*via* la création d'un site web, l'organisation d'évènements nationaux et la distribution de matériel promotionnel aux employeurs et employés), réduire les discriminations dont souffrent les personnes atteintes de maladies mentales et réunir ces personnes au travers d'activités physiques.

L'évaluation montre que les niveaux de discrimination déclarés par les individus ayant recours aux services de santé mentale ont diminué de 11,5 % en moyenne depuis le début du programme et les difficultés rencontrées pour obtenir et conserver un emploi se sont réduites. Une amélioration a également été constatée dans le comportement annoncé vis-à-vis des pathologies mentales. À l'inverse, le programme n'a conduit à aucune amélioration dans la connaissance ou dans l'état d'esprit du grand public face aux troubles mentaux. Les auteurs de l'évaluation concluent que la réduction de la stigmatisation et de la discrimination dépend des contacts sociaux entre le grand public et les personnes atteintes de maladies mentales et/ou leurs proches.

### **3. Privilégier les actions destinées à une population ciblée**

Le message à délivrer doit être adapté à l'âge des individus auxquels il s'adresse. Dans le cas des pathologies mentales, la plupart des campagnes de prévention sont menées auprès des jeunes de 15 à 25 ans. Cette tranche d'âge est pertinente pour aider à changer la perception de ces pathologies et favoriser l'accès au soin des jeunes en difficulté. La sensibilisation à divers facteurs de risque peut en revanche débiter plus tôt.

---

<sup>104</sup> Claire Henderson et Graham Thornicroft, « Reducing stigma and discrimination: Evaluation of England's Time to Change program », *The British Journal of Psychiatry*, vol. 202, supplément 55, avril 2013.

#### **4. Impliquer les patients ou des proches de patients**

Les personnes concernées par les troubles psychiatriques doivent être intégrées à tous les niveaux des campagnes de déstigmatisation, dès leur conception. Il est important de travailler avec des personnes qui ont vécu ou qui vivent la maladie, d'un âge proche de celui de la population ciblée. De plus, il est essentiel d'agir non seulement sur les connaissances mais aussi sur les variables émotionnelles (la proximité avec les personnes stigmatisées), ce qui est pour l'instant pris en compte dans seulement 20 % des études sur la stigmatisation<sup>105</sup>.

#### **5. Impliquer les médias**

En relayant des faits divers exceptionnels et tragiques, les médias contribuent à véhiculer de fausses représentations sur les pathologies mentales. Pourtant, les médias locaux et nationaux peuvent s'avérer de puissants leviers pour développer des campagnes anti-stigmatisation, pour peu que l'on dispose d'un interlocuteur unique avec les médias : en Allemagne, l'Association de psychiatrie a mis en place une cellule de crise qui organise une conférence de presse à chaque fois qu'un événement en lien avec les maladies mentales a lieu.

### **3.2. PLAIDOYER POUR UN DÉPISTAGE PRÉCOCE**

Le dépistage des maladies mentales accuse un retard lourd de conséquences pour la réussite des traitements et la qualité de vie des malades et de leur famille.

#### **3.2.1. La formation des professionnels de santé de première ligne**

Le renforcement de la formation des professionnels de santé de première ligne sur les troubles psychiatriques est nécessaire pour prévenir les pathologies, améliorer les diagnostics, suivre et mieux orienter les patients.

Une étude réalisée dans l'île de Gotland, en Suède, a mesuré l'impact d'un programme de formation des médecins généralistes au dépistage et à la prise en

---

<sup>105</sup> Caria A., Vasseur Baclet S., Arfeuillère S. et Loubières C., « Lutter contre la stigmatisation dans le champ de la santé mentale : quelques recommandations », *Revue ADSP*, Dossier « Psychiatrie : mutations et perspectives », novembre 2013.



charge de la dépression, mis en place entre 1983 et 1984. Les résultats parlent d'eux-mêmes : diminution des suicides de 60 %, augmentation de plus de 50 % de la consommation d'antidépresseurs, diminution de 50 % des consultations en psychiatrie et de 50 % des congés maladie dus à la dépression<sup>106</sup>.

En Suisse, le programme *Swiss Early Psychosis Project* mis en place en 1999 avait pour objectif de permettre une meilleure intervention auprès des patients dans les phases précoces de la psychose. Une des actions entreprises a été de former les médecins généralistes à la détection de ces signes précoces<sup>107</sup>. En 2001 et 2002, sur l'ensemble du pays, plus de 800 médecins généralistes (soit un huitième de ceux exerçant en Suisse) ont suivi une formation, renforcée par un document synthétisant les signes d'alertes précoces de la psychose.

### **3.2.2. Favoriser les collaborations et veiller au transfert des connaissances**

En France, la pratique des professionnels de santé de première ligne est relativement isolée et nombre d'entre eux jugent difficile l'accès aux professionnels spécialisés en santé mentale. L'étude de la DREES montre que les médecins généralistes sont « *peu nombreux (6 %) à adresser [leur patient] à un Centre médico-psychologique (CMP), où les consultations sont pourtant prises en charge par la Sécurité sociale* »<sup>108</sup>. Une plus grande attention doit donc être portée aux interactions entre médecine de niveau 1 et médecine spécialisée de deuxième recours. Le rapport d'information de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie rend compte des bénéfices d'une meilleure articulation entre ces deux niveaux, en s'appuyant notamment sur l'audition du professeur Hardy : « *dans le domaine de la dépression, [...] il n'y aurait que 20 % de chance que la pathologie soit traitée de façon optimale si le généraliste seul la prend en charge. Ce taux passerait à 80 % lorsqu'un binôme médecin généraliste et psychiatre traite le patient* »<sup>109</sup>.

---

<sup>106</sup> Zoltan Rhimer, Wolfgang Rutz et Hans Pihlgren, « Depression and suicide in Gotland. An Intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners », *Journal of Affective Disorders*, 1995.

<sup>107</sup> Andor E. Simon et al., « The Swiss Early Psychosis Project SWEPP: a national network », *Early Intervention in Psychiatry*, volume 6, février 2012.

<sup>108</sup> « La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville », *Op. cit.*

<sup>109</sup> *La santé mentale et l'avenir de la psychiatrie, Op. cit.*

Cette interaction est importante pour deux raisons :

- elle fait du médecin de première ligne un acteur de la prise en charge qui contribue à l'observance des traitements ainsi qu'à l'amélioration du suivi du patient ;
- elle est indispensable également au transfert de connaissances ainsi qu'à la montée en expertise des médecins de première ligne sur les troubles psychiatriques.

Afin de faciliter ces interactions, la HAS a diffusé en février 2011 des recommandations de bonnes pratiques afin de favoriser l'échange par courrier entre médecins généralistes et psychiatres<sup>110</sup>.

### 3.2.3. Stratégies en milieu non sanitaire

La sensibilisation des acteurs non sanitaires afin d'aider au repérage et à l'orientation vers une première consultation s'impose comme un axe de prévention essentiel. Cette étude donne un éclairage plus spécifique aux expériences menées en milieu scolaire. D'autres champs mériteraient d'être explorés dont l'université et le monde du travail afin d'identifier, d'évaluer et de coordonner les expériences prometteuses.

Il est à noter que, dans le milieu scolaire, les actions de prévention mises en place à l'étranger articulent de façon complémentaire la sensibilisation du corps enseignant à des dispositifs d'intervention. Une grande vigilance doit toutefois être apportée aux contextes culturels dans lesquels sont mises en place ces actions avant d'en envisager la réplique en France.

#### **Intervention à l'école : étude de faisabilité au Royaume-Uni**

Afin d'identifier les jeunes à haut risque de dépression, le Royaume-Uni a conduit en 2011 et 2012 une expérimentation<sup>111</sup> consistant à fournir onze sessions d'une heure de psychothérapie cognitivo-comportementale à des élèves

<sup>110</sup> L'Institut Cochrane, qui promeut une médecine fondée sur les preuves s'intéresse également aux stratégies permettant un transfert des recommandations dans les pratiques en soins courants. Voir notamment sur les actions développées dans le champ de la schizophrénie : Corrado Barbui, Francesca Giralda, Esra Ay, Andrea Cipriani, Thomas Becker et Markus Koesters, *Implementation of treatment guidelines for specialist mental health care (Review)*, Cochrane Institute.

<sup>111</sup> Paul Stallard et Rhiannon Buck, « Preventing depression and promoting resilience : feasibility study of a school-based cognitive-behavioural intervention », *The British Journal of Psychiatry*, 2013.

du secondaire âgés de 12 à 16 ans. Ces modules prenaient exemple sur le *Resourceful Adolescent Programme*, un plan de prévention de la dépression qui avait démontré son efficacité en Nouvelle-Zélande. Cette expérience a concerné 5 000 élèves également répartis en trois groupes : un groupe suivant les modules, un groupe sensibilisé au contrôle de l'attention et un groupe test recevant un enseignement « classique ».

Une évaluation de ce programme en a souligné les résultats mitigés<sup>112</sup> : si 20 % des élèves ont pu être identifiés comme des sujets à haut risque de dépression, l'expérimentation n'a pas permis de démontrer que l'enceinte scolaire est un environnement adéquat pour mettre en place ces programmes de prévention. Les études portant sur l'efficacité des programmes menés dans l'enceinte scolaire montrent des résultats variés, qui sont notamment fonction des pathologies concernées et des pays dans lesquels les programmes sont menés.

Dès lors, il convient de s'interroger sur les **facteurs de succès des actions de prévention en milieu scolaire**. Des méta-analyses<sup>113</sup> menées au niveau mondial ont démontré que **tout programme de prévention des troubles mentaux requiert trois éléments pour avoir des effets positifs** :

- **des équipes pédagogiques stables et régulées.** Les actions doivent porter sur la gestion des ressources humaines au sein du ministère de l'Éducation nationale et sur la vie collective dans les établissements, la cohésion et l'implication de l'équipe enseignante étant plus fondamentales encore que les outils pédagogiques mis en œuvre ;
- **des chefs d'établissement ou directeurs d'école motivés.** La sensibilisation et l'information des enseignants mais aussi des responsables d'établissements scolaires sont des prérequis à la définition d'une politique de prévention de la santé mentale et de la mise en œuvre d'un programme impliquant l'ensemble des acteurs ;

---

<sup>112</sup> Paul Stallard et al., « Classroom based cognitive behavioural therapy in reducing symptoms of depression in high risk adolescents : Pragmatic cluster randomised controlled trial », *British Medical Journal*, 2012.

<sup>113</sup> Voir notamment à ce sujet : Allison Payne, Denise Gottfredson et Gary Gottfredson, « School Predictors of the Intensity of Implementation of School-Based Prevention Programs : Results from a National Study », *Prevention Science*, vol.7, 2006.

- **une pédagogie adaptée en classe.** Ces études ont souligné que le style coopératif a plus d'efficacité que l'autoritarisme, le laxisme ou l'incohérence qui sont générateurs d'agressivité.

### 3.2.4. Stabiliser le modèle des Maisons des adolescents

Les Maisons des adolescents sont des lieux dédiés aux adolescents en difficulté. Elles ont pour objectif de faciliter l'accès à l'information et aux soins grâce à l'orientation vers une prise en charge sanitaire pour les jeunes concernés. Ces structures réunissent des équipes pluridisciplinaires et prodiguent à la fois un accueil, une écoute et de l'information, ainsi qu'une prise en charge médicale et un accompagnement éducatif, social et juridique. En 2004, le gouvernement a décidé leur généralisation sur tout le territoire français.

Un récent rapport faisait état de disparités importantes, tenant tout autant aux pratiques professionnelles qu'au statut juridique des structures ou à leurs modes de financement. *« S'il est souhaitable que ces maisons deviennent une offre de santé pour les adolescents et leur famille, leur généralisation devrait alors répondre à un cahier des charges national définissant le territoire d'activité, les objectifs thérapeutiques et d'accompagnement, les moyens nécessaires à leur fonctionnement. Les partenariats devraient clairement être définis entre l'État, l'Assurance maladie, obligatoire et complémentaire, les collectivités territoriales et notamment le département, le mécénat »*<sup>114</sup>. Une première évaluation menée par les Agences régionales de santé (ARS) a été conduite sur la période 2005-2010 mais s'est intéressée principalement à la couverture territoriale ainsi qu'au respect de la pluridisciplinarité des équipes et de l'accès du public jeune. Une seconde évaluation concernant l'activité de ces structures devrait suivre.

## 3.3. PLAIDOYER POUR UNE OFFRE DE SOINS DIVERSIFIÉE ET ARTICULÉE

Compte tenu de la complexité de la situation en psychiatrie, une prise en charge efficiente des patients implique de relever de nombreux défis. Les réponses attendues

---

<sup>114</sup> *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie, Op. cit.*

concernent à la fois la formation des psychiatres et la construction d'une offre de soins diversifiée incluant la promotion d'une psychiatrie spécialisée de niveau 3.

### **3.3.1. Accroître les échanges entre psychiatrie et médecine somatique**

Il existe en France un cloisonnement entre médecine psychiatrique et médecine somatique responsable en partie de la mortalité prématurée observée chez les patients atteints de troubles psychiatriques. Des rapprochements géographiques, favorisant notamment l'accès des patients aux plateaux techniques et aux consultations somatiques spécialisées, pourraient contribuer à améliorer cette situation.

Le *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) comme l'*European Psychiatric Association* (EPA)<sup>115</sup> affirment le rôle central des psychiatres dans la prise en charge somatique, notamment en phase aiguë, et la nécessité de développer des articulations avec la médecine générale pour les soins au long cours.

### **3.3.2. Renforcer la formation des psychiatres**

Afin de pallier les retards de diagnostic et l'inadéquation entre soins courants et recommandations internationales, le renforcement de la formation des médecins psychiatres est souhaitable. Le rapport d'information de la Commission des affaires sociales du Sénat faisait état de disparités préjudiciables dans le cursus de formation des psychiatres et appelait notamment de ses vœux un allongement du cursus de formation de la spécialisation en psychiatrie.

### **3.3.3. Pour une offre de soins diversifiée qui intègre la spécialisation**

Ainsi que le rappelle le *Livre blanc 2012 de la psychiatrie française*, « à l'instar de l'évolution des pratiques médicales du registre somatique, les personnes souffrant de troubles psychiatriques doivent pouvoir bénéficier des avancées de la science

---

<sup>115</sup> Le NICE est un organisme rattaché au ministère de la Santé britannique. L'EPA est une organisation européenne de coordination d'instituts de recherche sur les troubles mentaux.

*et de l'organisation des soins dans le domaine qui les concerne* »<sup>116</sup>. **Les réponses apportées par la psychiatrie de premier recours ne permettent pas de prendre en charge les troubles psychiatriques les plus sévères** (grande hétérogénéité clinique, plus grande diversité des traitements et des stratégies thérapeutiques, importance de la mise en œuvre d'une évaluation clinique approfondie, lien avec la recherche clinique).

En effet, la recherche en psychiatrie a connu ces dernières années des avancées importantes dans plusieurs domaines, permettant :

- une meilleure connaissance des pathologies grâce à la recherche étiologique<sup>117</sup> ;
- une offre de traitements pharmacologiques plus riche et aux moindres effets secondaires ;
- un essor de très nombreuses formes de psychothérapies (thérapies psychosociales) grâce à la recherche clinique, allant des thérapies cognitivo-comportementales, de la psychoéducation, à la remédiation cognitive, incluant par exemple des psychothérapies brèves, familiales, etc.

Dans la perspective d'améliorer la prise en charge, les praticiens doivent s'approprier ces innovations. La nouvelle lecture des maladies mentales, offerte par la recherche, comme l'essor de la pharmacologie et des thérapies psychosociales complexifient la prise en charge pour le praticien, qui a du mal à se repérer dans l'ensemble des stratégies à sa disposition.

Ainsi, **la question du transfert des connaissances et des compétences s'impose comme un enjeu central et plaide en faveur d'une évolution de l'organisation des soins**, telle qu'elle fut à l'œuvre dans le cas de pathologies somatiques comme les cancers.

En effet, l'offre du secteur, si elle constitue toujours un échelon indispensable de proximité et de second recours, complémentaire des soins primaires, ne permet pas aujourd'hui de répondre seule aux enjeux complexes de la prise en charge de l'ensemble des troubles psychiatriques.

---

<sup>116</sup> Livre blanc 2012 de la psychiatrie française, *Op. cit.*

<sup>117</sup> Recherche des causes et des facteurs d'une maladie.

Il est ainsi souhaitable de développer « *une architecture de l'offre de soins qui garantisse [la] disponibilité [des démarches thérapeutiques] à tout citoyen, à un échelon territorial qui soit fonction de la fréquence à laquelle ils sont requis* »<sup>118</sup>. Reposant sur le secteur psychiatrique comme recours généraliste derrière les soins primaires, ce nouveau modèle doit promouvoir des soins spécialisés permettant « *la mise à disposition de techniques nouvelles d'évaluation et de soins, et de participer, voire d'initier des programmes de recherche* ». La mission de ces « *dispositifs plus spécialisés, « experts » ou « ressources », à vocation régionale, [...] serait d'effectuer des bilans approfondis, de définir des plans d'intervention, de diffuser aux équipes territoriales des soins des recommandations pratiques, de constituer un lieu d'accueil, d'information, d'orientation pour les malades et leurs familles* »<sup>119</sup>.

Cette évolution vers la création d'unités de soins de niveau 3 s'inscrit dans un mouvement à l'œuvre dans d'autres pays. Il repose sur un modèle mixte entre services de recours et système de soins concertés<sup>120</sup> et se structure autour de cinq grands principes dans une démarche de prévention :

- création de services de pointe pluridisciplinaires par pathologie associant soins et recherche ;
- transfert rapide des connaissances au service de tous les malades ;
- attention portée au transfert de connaissances vers les praticiens de première ou seconde ligne ;
- information des patients et des familles ;
- intégration collaborative de ces services dans le maillage des structures sanitaires et médico-sociales des territoires.

Une étude menée en Angleterre sur le rôle des services tertiaires (centres de recours) pour les troubles de l'humeur plaide en faveur de leur développement<sup>121</sup> : face à des situations complexes d'échecs des traitements et de désespoir pour les patients,

---

<sup>118</sup> Livre blanc 2012 de la psychiatrie française, Op. cit.

<sup>119</sup> Ibid.

<sup>120</sup> Chantal Henry, Carole Boudebese, Bruno Etain, « L'apport des centres experts en psychiatrie », *Apport des neurosciences à la psychiatrie clinique*, 2013.

<sup>121</sup> Sheperd et al., « Are specialised affective disorder services useful? », *The psychiatrist*, 2009.

ces services de pointe offrent une expertise portant sur la proposition de nouvelles stratégies thérapeutiques ou d'aide au diagnostic. S'appuyant sur d'autres études internationales, les auteurs démontrent également que l'un des bénéfices majeurs de ces services est de proposer une véritable collaboration avec le patient dans le choix des stratégies thérapeutiques en redonnant espoir et confiance aux patients mais aussi aux praticiens se trouvant en situation d'échec.

**Le bénéfice de services spécialisés a également été démontré**, mettant en avant l'amélioration de l'évolution des troubles lorsqu'on propose des soins en adéquation avec les recommandations. Une étude s'est particulièrement intéressée aux conséquences d'une application des recommandations internationales sur le pronostic des troubles bipolaires. Elle montre que les bénéfices pour les patients sont de trois ordres : réduction des troubles, amélioration du fonctionnement social des patients et amélioration de leur qualité de vie physique et mentale<sup>122</sup>. **En France, l'enjeu est donc de soutenir ce mouvement dans le champ de la psychiatrie, tout en s'assurant que chacun trouve sa place afin de « faciliter les liens entre ces différents niveaux de soins, améliorer la prise en charge globale des patients et le faire au coût le plus raisonnable »**<sup>123</sup>.

### Le modèle des Centres Experts FondaMental

Par la mise en place de Centres Experts dédiés à des pathologies spécifiques, la Fondation FondaMental propose un système de recours, s'appuyant sur des équipes hospitalières et de recherche spécialisées par pathologies mentales. À la lumière des avancées spectaculaires enregistrées dans le domaine de la lutte contre les cancers, les Centres Experts se veulent des services de pointe, en faveur d'une démarche de précocité du diagnostic, d'amélioration des soins et de prévention. Leurs objectifs sont les suivants :

- promouvoir une approche de soins par pathologie en proposant une expertise spécialisée ;
- favoriser le dépistage et la prévention ;
- diminuer le retard diagnostique et améliorer la prise en charge ;

<sup>122</sup> « Enhancing multiyear guideline concordance for bipolar disorder through collaborative care », *Op. cit.*

<sup>123</sup> *L'apport des centres experts en psychiatrie, Op. cit.*



- développer la recherche clinique (amélioration de la prise en charge) et la recherche étiologique (compréhension des mécanismes de la maladie) ;
- construire une véritable plateforme de soins et de recherche pour faire bénéficier plus rapidement les patients des avancées de la recherche ;
- aider au transfert des connaissances et des compétences vers les praticiens.

Hébergés au sein de services hospitaliers, ils sont spécialisés dans l'évaluation, le diagnostic et l'aide à la prise en charge d'une pathologie psychiatrique spécifique. Ils ciblent à l'heure actuelle quatre pathologies : schizophrénie, trouble bipolaire, Asperger et dépression résistante. Ils réunissent des équipes pluridisciplinaires qui utilisent les mêmes standards d'évaluation par pathologie. Conçus comme des structures de niveau 3, ils sont au service des psychiatres libéraux ou hospitaliers et des médecins généralistes pour les aider à améliorer le dépistage, faciliter le diagnostic et optimiser la prise en charge de leurs patients. En pratique, ils proposent :

- des consultations spécialisées pour avis thérapeutique ou diagnostic, à la demande de confrères ;
- l'accès à un bilan exhaustif et systématisé réalisé en hôpital de jour pour des patients adressés par un médecin en dehors de périodes de crise ;
- des soins innovants, ayant démontré leur efficacité mais pourtant peu diffusés en pratique courante (psychoéducation, ateliers de gestion du stress, remédiation cognitive, etc.) ;
- la mise en place de dossiers médicaux informatisés alimentant une base de données anonymisée et partagée pour enrichir les travaux de recherche clinique, épidémiologique, médico-économique, etc.

### 3.4. PLAIDOYER POUR UN SOUTIEN À LA RECHERCHE

La recherche française doit être soutenue en tant qu'outil de compréhension des maladies mentales, de mesure de leur retentissement et d'évaluation des stratégies mises en place. Plusieurs rapports publics déjà cités appellent à un renforcement de l'articulation entre recherche, diagnostic et soins<sup>124</sup>. Présentée comme un défi majeur de santé publique et de société, la recherche est utile dans toutes les disciplines, notamment neurosciences, recherche clinique et sciences humaines et sociales. Ainsi, « **la psychiatrie en France est à un tournant de son histoire. Elle peut sortir définitivement de l'obscurité où elle a été placée pour devenir une des disciplines de pointe de la médecine et nous permettre de faire face au défi majeur de santé publique que représente la santé mentale** »<sup>125</sup>.

Cela ne sera possible que si une impulsion forte est donnée. Or, le soutien à la recherche publique en psychiatrie n'est pas au niveau nécessaire pour relever les défis cités plus haut. À ce titre, il est intéressant d'observer que, alors que tous les grands pays occidentaux disposent d'un institut de recherche spécifique en psychiatrie, ce n'est pas le cas en France<sup>126</sup>.

L'effort de recherche a **particulièrement besoin d'être soutenu en termes de personnel** : en l'absence d'une masse critique suffisante de chercheurs, dans un contexte de recrutement difficile et d'équipes restreintes, les collaborations deviennent difficiles. La charge clinique des équipes psychiatriques a augmenté, réduisant ainsi leur possibilité de développer une activité de recherche. Enfin, peu nombreux sont ceux qui disposent d'une double formation (psychiatrie/épidémiologie, psychiatrie/psychologie cognitive, etc.), réduisant ainsi les approches pluridisciplinaires pourtant largement encouragées dans les différents rapports publics.

**Si les maladies psychiatriques coûtent cher, le retour sur investissement dans la recherche en psychiatrie devrait être fort.** Les travaux permettant d'évaluer le taux de rendement de la recherche médicale sont certes rares mais une analyse comparative du rendement de la recherche biomédicale entre la cardiologie et la santé mentale menée en 2008 sur la base de données recueillies entre 1975

---

<sup>124</sup> *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie, Op. cit. ; La prise en charge psychiatrique, Op. cit. ; La psychiatrie en France..., Op. cit. ; voir également les Plans Psychiatrie et santé mentale 2005 et 2001.*

<sup>125</sup> *La psychiatrie en France..., Op. cit.*

<sup>126</sup> L'Institut Karolinska en Suède, l'Institut Max Planck en Allemagne, le London Institute of Psychiatry au Royaume-Uni ou encore le NIMH aux États-Unis.

et 1992 en Grande-Bretagne suggère **que les investissements publics dans la recherche en santé mentale permettent de réaliser des gains économiques au moins aussi importants que les investissements dans d'autres domaines de recherche**<sup>127</sup>. Selon cette étude, les fonds publics (y compris les fondations à but non lucratif) investis au Royaume-Uni dans la recherche en santé mentale sont passés de 28 millions de livres sterling en 1975 à 93 millions de livres sterling en 1992 (soit environ de 33 à 109 millions d'euros). **Le taux de rendement annuel est de 37 %**, c'est-à-dire qu'une livre investie rapporte un flux de bénéfices équivalent à un gain de 0,37 livre sterling par an à perpétuité ; **il s'agit du plus fort taux de toutes les pathologies**. Ces 37 % se répartissent entre 30 % de gains économiques et 7 % de gains de santé. Le décalage entre les dépenses de recherche et les bénéfices en santé est estimé à environ 12 ans.

Un autre programme en cours, financé par l'intermédiaire du réseau *SOS for Mental Health Research* (regroupant le Canada, le Royaume-Uni et les États-Unis), devrait également apporter des données importantes. Cette initiative de la Graham Boeckh Foundation et du RAND Europe soutient une étude multinationale appelée *Mental Health Retrosight*. Son objectif est d'évaluer la façon dont la recherche fondamentale ou clinique (peu avancée en santé mentale) est transposée en application clinique. Pour l'heure, seule la première phase du projet (faisabilité de l'étude et identification des candidats) est achevée<sup>128</sup> ; à plus long terme, ce projet devrait permettre d'identifier les facteurs influant sur la réussite de la recherche.

---

<sup>127</sup> Buxton M., Hanney S., Morris S. et Sundmacher L., *Medical Research: What's it worth? Estimating the economic benefits from medical research in the UK*, Health Economics Research Group, Office of Health Economics, RAND Europe, novembre 2008.

<sup>128</sup> RAND Europe, *Mental Health Retrosight – Final report on phase one*, septembre 2010.



# PROPOSITIONS

---

## DÉSTIGMATISER

**Proposition n° 1 :** Charger l'INPES d'éclairer le concept de stigmatisation et soutenir de manière générale les travaux de recherches interdisciplinaires (recourant notamment aux sciences humaines et sociales) visant à comprendre les causes des stigmatisations et leurs impacts sur la vie des personnes.

**Proposition n° 2 :** Charger l'INPES de mettre en œuvre une plateforme d'information sur les pathologies mentales.

**Proposition n° 3 :** Développer un programme d'actions de sensibilisation aux pathologies mentales, localisées et destinées à des publics ciblés, faisant intervenir les patients et leurs proches et évalué de façon indépendante en partenariat avec l'Éducation nationale et les ARS.

## DÉPISTER

**Proposition n° 4 :** Soutenir les dispositifs favorables aux mécanismes d'alerte par les acteurs du milieu scolaire, universitaire et professionnel :

- améliorer l'information des enseignants sur les maladies mentales (détection, évolution), sur les modalités de prévention (facteurs de risque), de diagnostic et de prise en charge (connaissance du parcours de soins adéquats, référents spécialisés dans les centres experts et dans les CMP notamment) ;
- identifier, évaluer et soutenir les programmes de prévention en milieu scolaire, universitaire et professionnel.

**Proposition n° 5 :** Renforcer la formation initiale et continue des professionnels de santé de soins primaires sur les différentes maladies mentales, leur dépistage, leurs facteurs de risque et leur prise en charge :

- accentuer la formation sur la discrimination subie par les patients atteints de troubles psychiatriques dans les modules Santé société humanité (SSH) au cours du premier et deuxième cycle des études médicales (formation initiale) ;
- favoriser le contact avec la psychiatrie au cours de l'internat de spécialité « médecine générale » (formation initiale) ;
- intégrer, parmi les objectifs nationaux du développement professionnel continu (DPC), le dépistage et la prise en charge des maladies psychiatriques pour la médecine de premier recours (formation continue) ;
- évaluer l'intérêt des stratégies Repérage précoce et intervention brève (RPIB) pour les troubles psychiatriques les plus sévères ;
- améliorer la diffusion des recommandations et développer des stratégies d'appropriation des recommandations édictées par la HAS et les associations de patients, synthétisant l'état des connaissances sur le traitement des maladies mentales et sur les réseaux de prise en charge.

**Proposition n° 6 :** Renforcer l'interaction entre médecine de soins primaires et médecine de soins secondaires (psychiatrie) ainsi que le transfert de connaissances auprès des professionnels de première ligne :

- formaliser les domaines de compétences respectives ainsi que les modalités des collaborations afin que le médecin généraliste ne soit pas exclu du suivi du patient dès lors qu'il est orienté en second recours (rôle dévolu à la Direction générale de l'organisation des soins et/ou la HAS) ;
- prendre des mesures incitatives pour favoriser les coopérations.

**Proposition n° 7 :** Consolider le modèle des Maisons des adolescents :

- évaluer l'impact des Maisons des adolescents en termes d'accès aux soins ;
- harmoniser, sur le plan national, le fonctionnement des Maisons des adolescents pour articuler le social et le sanitaire.

## ORGANISER

**Proposition n° 8 :** Affecter des moyens dédiés par les ARS à la prise en charge somatique des patients afin :

- de prioriser le développement de programmes de formation continue des psychiatres dans le domaine des soins somatiques ;
- de prioriser la possibilité de création de places spécifiques, dédiées pour les patients psychiatriques au sein des services de médecine, chirurgie, obstétrique des centres hospitaliers généraux ;
- d'évaluer l'intérêt de la constitution d'équipes mobiles dédiées au repérage et à la prise en charge des pathologies somatiques au sein des établissements de soins spécialisés.

**Proposition n° 9 :** Soutenir une psychiatrie organisée en filière de soins et déployer les réseaux de centres de dépistage et de prévention organisés par pathologie (sur le modèle des Centres Experts) afin de :

- proposer des évaluations complètes assorties de recommandations de prises en charge personnalisées ;
- diffuser les meilleures pratiques par un échange étroit avec les médecins de premier recours et de second recours ;
- informer les patients et les proches, les impliquer dans la prise en charge thérapeutique proposée.

**Proposition n° 10 :** Intégrer dans la formation des psychiatres l'utilisation des données issues de la médecine fondée sur les preuves pour favoriser l'adéquation entre pratiques cliniques et recommandations professionnelles. Le Collège national des universitaires en psychiatrie devrait être le maître d'œuvre de cette recommandation.

**Proposition n° 11 :** Faciliter l'articulation de l'ensemble des acteurs depuis les soins de premier recours jusqu'aux services de niveau 3, en incluant également les acteurs du secteur médico-social en charge des structures d'aval. Cette proposition pilotée par les ARS aurait les objectifs suivants :

- réaliser une cartographie des acteurs pour chaque territoire ;
- créer un parcours de soins.

## RECHERCHER

**Proposition n° 12 :** Encourager la transdisciplinarité entre psychiatrie, neurosciences et sciences humaines et sociales.

**Proposition n° 13 :** Sensibiliser et former les psychiatres à la recherche.

**Proposition n° 14 :** Ouvrir l'accès aux données de santé.

L'accessibilité des données anonymisées de santé – notamment celles de l'Assurance Maladie – pour les équipes de recherche est un préalable indispensable afin de développer l'approche médico-économique dans le champ de la santé mentale. Elle permettra, par exemple, une évaluation précise du coût de prise en charge d'un patient tout au long de sa vie. Les résultats de ces différents travaux de recherche pourraient contribuer aux décisions publiques de soutien d'actions et d'investissements.

**Proposition n° 15 :** Augmenter les financements de la recherche en psychiatrie.

**Proposition n° 16 :** Soutenir l'effort de recherche en psychiatrie en privilégiant trois axes :

- la compréhension des causes et des mécanismes ;
- l'identification de biomarqueurs et de facteurs de risque environnementaux modifiables ;
- le développement d'innovations thérapeutiques.



# CONCLUSION

---

La mise en œuvre d'une politique de prévention ambitieuse en psychiatrie apparaît comme la seule stratégie à même de s'attaquer au fardeau énorme que représentent les troubles psychiatriques et d'améliorer significativement la vie des patients.

L'initiative *Grand Challenges in global mental health*, mise en œuvre sous la direction du McLaughlin-Rotman Centre for Global Health, du U.S. National Institute of Health et de la London School of Hygiene & Tropical Medicine a défini des priorités pour les dix prochaines années, parmi lesquelles :

- l'identification des facteurs de risques environnementaux ;
- la compréhension de leur mode d'action ;
- le développement et la mise en place de stratégies de prévention et d'intervention précoces ;
- l'amélioration de l'accès aux systèmes de soins ;
- la modification de l'organisation des soins en santé mentale<sup>129</sup>.

De plus, la London School of Economics a publié en 2011 un rapport sur les bénéfices de la prévention dans le champ de la psychiatrie<sup>130</sup>. S'intéressant à des dispositifs spécifiques de prévention, elle a cherché à en mesurer le coût, l'impact et le rapport bénéfices/investissements. Les résultats viennent en appui aux conclusions de la présente étude :

- le retour sur investissement des actions de prévention est avéré mais s'inscrit souvent sur le long terme ;
- les impacts des actions de prévention sont nombreux et influent notamment sur le niveau d'éducation des patients et leur employabilité ;
- la typologie des interventions possibles est riche.

## Qu'attendons-nous pour réagir ?

---

<sup>129</sup> Pamela Y. Collins et al., « Grand challenges in global mental health », *Nature*, 7 juillet 2011.

<sup>130</sup> *Mental health promotion and mental illness preventions: The economic case*, *Op. cit.*



# REMERCIEMENTS

---

L'Institut Montaigne remercie particulièrement les personnes suivantes pour leur contribution.

## Membres du groupe de travail

- **Pr Yann Algan**, professeur d'économie à Sciences Po, Paris ;
- **Pr Manuel Bouvard**, chef du pôle universitaire de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, responsable du Centre ressource autisme Aquitaine, Bordeaux ;
- **Pr Eric Debarbieux**, professeur en Sciences de l'éducation à l'Université Paris-Est Créteil ;
- **Pr Marion Leboyer**, responsable du pôle de Psychiatrie des hôpitaux universitaires Henri Mondor, directrice de la Fondation FondaMental ;
- **Pr Pierre-Michel Llorca**, chef de Service de psychiatrie B au CHU de Clermont-Ferrand, vice-président de l'Université d'Auvergne ;
- **Anne Pezet**, fondatrice et gérante de Pass'Sciences.

## Personnalités auditionnées

- **Michael Berk**, président de l'*International Society for Bipolar Disorders*, directeur de la chaire de psychiatrie de l'Université de Deakin, Australie ;
- **Aude Caria**, psychologue, directrice du Psycom, chargée de mission au Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale ;
- **Pr Isabelle Durand-Zaleski**, directrice de l'URC-Eco Île-de-France et responsable du service de Santé publique de l'hôpital Henri Mondor ;
- **Lalli Gualco Howell**, spécialiste de l'autisme, *Head of College* au *Brighton & Hove City Council* ;

PRÉVENTION DES MALADIES PSYCHIATRIQUES :  
POUR EN FINIR AVEC LE RETARD FRANÇAIS

- **Pr David Kupfer**, psychiatre, professeur à l'Université de Pittsburgh, Pennsylvanie, directeur du comité de rédaction du DSM-5 ;
- **Patrick McGorry**, psychiatre, professeur à l'Université de Melbourne et directeur de l'*Orygen Youth Health Research Centre* de Victoria, Australie ;
- **Pr Frédéric Rouillon**, psychiatre, chef de pôle à la clinique des maladies mentales et de l'encéphale au centre hospitalier Sainte Anne, Paris.

Les opinions exprimées dans la présente étude n'engagent ni les personnes citées, ni les institutions qu'elles représentent.

# LES PUBLICATIONS DE L'INSTITUT MONTAIGNE

---

- Temps de travail : mettre fin aux blocages (octobre 2014)
- Réforme de la formation professionnelle : entre avancées, occasions manquées et pari financier (septembre 2014)
- Dix ans de politiques de diversité : quel bilan ? (septembre 2014)
- Et la confiance, bordel ? (août 2014)
- Gaz de schiste : comment avancer (juillet 2014)
- Pour une véritable politique publique du renseignement (juillet 2014)
- Emploi : le temps des (vraies) réformes ? Propositions pour la conférence sociale de juillet 2014 (juillet 2014)
- Rester le leader mondial du tourisme, un enjeu vital pour la France (juin 2014)
- Pour une fonction publique audacieuse et « Business friendly » (avril 2014)
- Passion française. Les voix des cités (avril 2014)
- Alléger le coût du travail pour augmenter l'emploi : les clés de la réussite (mars 2014)
- 1 151 milliards d'euros de dépenses publiques : quels résultats ? (février 2014)
- Une nouvelle ambition pour l'apprentissage : dix propositions concrètes (janvier 2014)
- Comment renforcer l'Europe politique (janvier 2014)
- Améliorer l'équité et l'efficacité de l'assurance chômage (décembre 2013)
- Santé : faire le pari de l'innovation (décembre 2013)
- Afrique-France : mettre en œuvre le co-développement  
Contribution au XXVI<sup>e</sup> sommet Afrique-France (décembre 2013)
- Chômage : inverser la courbe (octobre 2013)
- Mettre la fiscalité au service de la croissance (septembre 2013)
- Vive le long terme ! Les entreprises familiales au service de la croissance et de l'emploi (septembre 2013)
- Habitat : pour une transition énergétique ambitieuse (septembre 2013)
- Commerce extérieur : refuser le déclin  
Propositions pour renforcer notre présence dans les échanges internationaux (juillet 2013)
- Pour des logements sobres en consommation d'énergie (juillet 2013)
- 10 propositions pour refonder le patronat (juin 2013)
- Accès aux soins : en finir avec la fracture territoriale (mai 2013)
- Nouvelle réglementation européenne des agences de notation : quels bénéfices attendre ? (avril 2013)
- Remettre la formation professionnelle au service de l'emploi et de la compétitivité (mars 2013)
- Faire vivre la promesse laïque (mars 2013)

## PRÉVENTION DES MALADIES PSYCHIATRIQUES : POUR EN FINIR AVEC LE RETARD FRANÇAIS

- Pour un « New Deal » numérique (février 2013)
- Intérêt général : que peut l'entreprise ? (janvier 2013)
- Redonner sens et efficacité à la dépense publique  
15 propositions pour 60 milliards d'économies (décembre 2012)
- Les juges et l'économie : une défiance française ? (décembre 2012)
- Restaurer la compétitivité de l'économie française (novembre 2012)
- Faire de la transition énergétique un levier de compétitivité (novembre 2012)
- Réformer la mise en examen  
Un impératif pour renforcer l'État de droit (novembre 2012)
- Transport de voyageurs : comment réformer un modèle à bout de souffle ?  
(novembre 2012)
- Comment concilier régulation financière et croissance :  
20 propositions (novembre 2012)
- Taxe professionnelle et finances locales : premier pas vers une réforme globale ?  
(septembre 2012)
- Remettre la notation financière à sa juste place (juillet 2012)
- Réformer par temps de crise (mai 2012)
- Insatisfaction au travail : sortir de l'exception française (avril 2012)
- Vademecum 2007 – 2012 : Objectif Croissance (mars 2012)
- Financement des entreprises : propositions pour la présidentielle (mars 2012)
- Une fiscalité au service de la « social compétitivité » (mars 2012)
- La France au miroir de l'Italie (février 2012)
- Pour des réseaux électriques intelligents (février 2012)
- Un CDI pour tous (novembre 2011)
- Repenser la politique familiale (octobre 2011)
- Formation professionnelle : pour en finir avec les réformes inabouties (octobre 2011)
- Banlieue de la République (septembre 2011)
- De la naissance à la croissance : comment développer nos PME (juin 2011)
- Reconstruire le dialogue social (juin 2011)
- Adapter la formation des ingénieurs à la mondialisation (février 2011)
- « Vous avez le droit de garder le silence... »  
Comment réformer la garde à vue (décembre 2010)
- Gone for Good? Partis pour de bon ?  
Les expatriés de l'enseignement supérieur français aux États-Unis (novembre 2010)
- 15 propositions pour l'emploi des jeunes et des seniors (septembre 2010)
- Afrique - France. Réinventer le co-développement (juin 2010)
- Vaincre l'échec à l'école primaire (avril 2010)
- Pour un Eurobond. Une stratégie coordonnée pour sortir de la crise (février 2010)

- Réforme des retraites : vers un big-bang ? (mai 2009)
- Mesurer la qualité des soins (février 2009)
- Ouvrir la politique à la diversité (janvier 2009)
- Engager le citoyen dans la vie associative (novembre 2008)
- Comment rendre la prison (enfin) utile (septembre 2008)
- Infrastructures de transport : lesquelles bâtir, comment les choisir ? (juillet 2008)
- HLM, parc privé  
Deux pistes pour que tous aient un toit (juin 2008)
- Comment communiquer la réforme (mai 2008)
- Après le Japon, la France...  
Faire du vieillissement un moteur de croissance (décembre 2007)
- Au nom de l'Islam...  
Quel dialogue avec les minorités musulmanes en Europe ? (septembre 2007)
- L'exemple inattendu des Vets  
Comment ressusciter un système public de santé (juin 2007)
- Vademecum 2007-2012  
Moderniser la France (mai 2007)
- Après Erasmus, Amicus  
Pour un service civique universel européen (avril 2007)
- Quelle politique de l'énergie pour l'Union européenne ? (mars 2007)
- Sortir de l'immobilité sociale à la française (novembre 2006)
- Avoir des leaders dans la compétition universitaire mondiale (octobre 2006)
- Comment sauver la presse quotidienne d'information (août 2006)
- Pourquoi nos PME ne grandissent pas (juillet 2006)
- Mondialisation : réconcilier la France avec la compétitivité (juin 2006)
- TVA, CSG, IR, cotisations...  
Comment financer la protection sociale (mai 2006)
- Pauvreté, exclusion : ce que peut faire l'entreprise (février 2006)
- Ouvrir les grandes écoles à la diversité (janvier 2006)
- Immobilier de l'État : quoi vendre, pourquoi, comment (décembre 2005)
- 15 pistes (parmi d'autres...) pour moderniser la sphère publique (novembre 2005)
- Ambition pour l'agriculture, libertés pour les agriculteurs (juillet 2005)
- Hôpital : le modèle invisible (juin 2005)
- Un Contrôleur général pour les Finances publiques (février 2005)
- Les oubliés de l'égalité des chances (janvier 2004 - Réédition septembre 2005)

Pour les publications antérieures se référer à notre site internet :  
[www.institutmontaigne.org](http://www.institutmontaigne.org)

# INSTITUT MONTAIGNE



3i France  
Adminext  
Aegis Media France  
Affaires Publiques Consultants  
Air France - KLM  
Allen&Overy  
Allianz  
Areva  
Association Passerelle  
AT Kearney  
August & Debouzy Avocats  
AXA  
Baker & McKenzie  
BearingPoint  
BNI France et Belgique  
BNP Paribas  
Bolloré  
Bouygues  
BPCE  
Caisse des Dépôts  
Cap Gemini  
Carbonnier Lamaze & Rasle  
Carrefour  
CGI France  
Cisco  
CNP Assurances  
La Compagnie financière Edmond de Rothschild  
Crédit Agricole  
Cremonini  
Davis Polk & Wardwell  
De Pardieu Brocas Maffei  
Development Institute International  
EADS  
EDF  
Egon Zehnder International  
Eurazeo  
Eurostar  
France Telecom  
GDF SUEZ  
Générale de Santé  
Groupama  
Hamer & Cie  
Henner  
HSBC France  
IBM  
International SOS  
ISRP  
Jalma  
Jeantet Associés  
KPMG SA  
Kurt Salmon  
La Banque Postale  
Lazard Frères  
Linedata Services  
LIR

SOUTIENNENT L'INSTITUT MONTAIGNE



# INSTITUT MONTAIGNE



LVMH  
M6  
MACSF  
Malakoff Médéric  
Mazars  
McKinsey & Company  
Média Participations  
Mercer  
Michel Tudel & Associés  
Microsoft France  
Ngo Cohen Amir-Aslani & Associés  
OBEA  
Ondra Partners  
PAI Partners  
Pierre & Vacances  
PriceWaterhouseCoopers  
Radiall  
Raise  
Rallye - Casino  
Randstad  
RATP  
RBS France  
Redex  
Réseau Ferré de France  
REXEL  
Ricol, Lasteyrie & Associés  
Roland Berger Strategy Consultants  
Rothschild & Cie  
RTE  
Sanofi aventis  
Santéclair  
Schneider Electric Industries SA  
Servier Monde  
SFR  
Sia Partners  
Siaci Saint Honoré  
SNCF  
Sodexo  
Sorin Group  
Stallergènes  
Suez Environnement  
Tecnét Participations  
The Boston Consulting Group  
Tilder  
Total  
Vallourec  
Vedici  
Veolia  
Vinci  
Vivendi  
Voyageurs du monde  
Wendel  
WordAppeal

SOUTIENNENT L'INSTITUT MONTAIGNE





**Imprimé en France**  
**Dépôt légal : octobre 2014**  
**ISSN : 1771-6756**  
**Achévé d'imprimer en octobre 2014**

# INSTITUT MONTAIGNE



## COMITÉ DIRECTEUR

**Claude Bébéar** Président

**Henri Lachmann** Vice-président et trésorier

**Emmanuelle Barbara** *Managing partner*, August & Debouzy Avocats

**Nicolas Baverez** Avocat Gibson Dunn & Crutcher

**Jacques Bentz** Président, Tecnet Participations

**Mireille Faugère** Conseiller Maître, Cour des comptes

**Christian Forestier** Ancien recteur

**Marwan Lahoud** Directeur général délégué, Airbus Group

**Natalie Rastoin** Directrice générale, Ogilvy France

**Jean-Paul Tran Thiet** Avocat associé, White & Case

**Arnaud Vaissié** PDG, Président-directeur général, International SOS

**Philippe Wahl** Président-directeur général, Groupe La Poste

**Lionel Zinsou** Président, PAI partners

## PRÉSIDENT D'HONNEUR

**Bernard de La Rochefoucauld** Président, Les Parcs et Jardins de France

## CONSEIL D'ORIENTATION

### PRÉSIDENT

**Ezra Suleiman** Professeur, Princeton University

**Benoit d'Angelin** Président d'Ondra Partners

**Frank Bournois** Co-Directeur du CIFFOP

**Pierre Cahuc** Professeur d'économie, École Polytechnique

**Lorraine Donnedieu de Vabres** Avocate, associée gérante, JeantetAssociés

**Pierre Godé** Vice-président, Groupe LVMH

**Michel Godet** Professeur, Cnam

**Françoise Holder** Administrateur, Groupe Holder

**Philippe Josse** Conseiller d'État

**Marianne Laigneau** Directrice des ressources humaines, EDF

**Sophie Pedder** Correspondante à Paris, *The Economist*

**Hélène Rey** Professeur d'économie, London Business School

**Laurent Bigorgne** Directeur



# Prévention des maladies psychiatriques : pour en finir avec le retard français

Pathologies méconnues et mal comprises, les maladies mentales font l'objet d'une forte stigmatisation. Elles représentent pourtant un enjeu majeur de santé publique encore sous-estimé en France alors même qu'elles touchent près d'un Français sur cinq et coûteraient chaque année plus de 100 milliards d'euros à la société. Souvent détectées avec retard, ces maladies, qui apparaissent très majoritairement entre 15 et 25 ans, constitueront la première cause mondiale de handicap à l'horizon 2020.

Il y a urgence à inscrire les maladies mentales dans une politique de prévention globale et à repenser leurs modes de prise en charge à la lueur des progrès accomplis et des pratiques les plus porteuses d'espoir. Cette étude, qui se concentre sur quatre maladies parmi les plus graves (schizophrénies, troubles bipolaires, dépressions et autisme), dessine les axes d'une politique de prévention ambitieuse pour en réduire les conséquences dramatiques, tant à l'échelle individuelle que collective.