

De nombreuses études scientifiques tentent de mesurer la proportion de personnes souffrant de troubles mentaux comme la dépression ou l'anxiété généralisée dans la population. Les valeurs obtenues posent souvent problème : que signifient-elles et quelle est leur pertinence scientifique ? Comment les obtient-on ? Pour répondre à ces questions, il faut se souvenir que le malade est, par définition, celui qui sonne à la porte du médecin. La maladie, quant à elle, est une construction, un outil conceptuel qui aide le médecin à penser et à prendre en charge le malade. S'il existe des classifications modernes des troubles mentaux, elles ont beaucoup de mal à définir clairement ce qui caractérise le malade plutôt que la maladie. Une des grandes difficultés en épidémiologie psychiatrique est d'« opérationnaliser » ce qu'est un trouble mental, c'est-à-dire de faciliter et d'homogénéiser le diagnostic psychiatrique grâce à des instruments standardisés. Compte tenu de cette complexité à la fois méthodologique et conceptuelle, la plus grande prudence s'impose aux acteurs de santé publique quand ils prennent leurs décisions sur la base de mesures des différents troubles psychiatriques dans la population générale.

L'épidémiologie psychiatrique en question

Bruno Falissard, Inserm U669, Paris, France ; Université Paris-Sud et Université Paris-Descartes ; APHP, Villejuif, France

**Peut-on
déterminer
le nombre de
malades mentaux
dans une
population ?**

L'épidémiologie psychiatrique est la discipline dont l'objet est d'étudier la prévalence¹ et l'incidence² des troubles mentaux dans une population donnée (épidémiologie descriptive) et de rechercher des mécanismes étiologiques³

potentiels pour ces pathologies (épidémiologie analytique). Or la mesure des troubles mentaux au sein d'une population est un sujet polémique. On se souviendra par exemple qu'un ministre de la Santé a dit un jour que « la souffrance psy-

1. La prévalence est calculée en rapportant à la population totale le nombre de cas de maladies présents à un moment donné dans une population. Elle s'exprime généralement en pourcentage.

2. L'incidence est le nombre de nouveaux cas d'une pathologie, observés pendant une période et pour une population déterminée. Elle est l'un des critères les plus importants pour évaluer la fréquence et la vitesse d'apparition d'une pathologie.

3. L'étiologie est l'étude des causes et facteurs de risque d'une maladie.

Décembre 2010

chique n'est ni évaluable, ni mesurable» [1]. Pourtant, régulièrement, des chiffres alarmants sont repris par les médias. On entend qu'un Français sur cinq environ fera une dépression nerveuse au cours de sa vie, ou qu'un Parisien sur quatre est atteint d'une pathologie mentale [2]. Que signifient ces nombres et quelle valeur scientifique ont-ils ? L'objet du présent article est de réfléchir à ce problème. Dans un premier temps, nous reviendrons sur la notion de diagnostic psychiatrique. Nous verrons ensuite comment ces diagnostics peuvent être opérationnalisés à des fins de recherche. Nous terminerons enfin sur les limites inhérentes à ces tentatives d'opérationnalisation.

COMMENT LES MALADIES MENTALES SONT-ELLES DÉFINIES ?

Avant de définir ce qu'est un trouble ou une maladie mentale, il importe de se souvenir que ce qui compte avant tout, c'est le malade. Après Georges Canguilhem [3], nous considérons que le malade est, par définition, celui qui sonne à la porte du médecin, qui exprime une demande de soins. La maladie, quant à elle, est une construction, un outil conceptuel qui aide le médecin à penser et à prendre en charge le malade. Il existe donc des malades sans maladies (un patient peut présenter un tableau clinique encore non décrit) et, à l'inverse, il existe des maladies sans malades (un sujet présentant une phobie de l'avion peut très bien ne jamais être dérangé par son trouble s'il est sédentaire). Bien sûr, en pratique, les situations peuvent être un peu plus compliquées : un patient délirant peut être considéré comme « malade », c'est-à-dire comme devant recourir à un soin, alors qu'il ne se reconnaît nullement en détresse. Si ces cas posent de sérieux problèmes éthiques, ils ne sont pas les plus nombreux.

Différents modèles théoriques proposent chacun une définition de la maladie mentale. L'approche syndromique est la plus communément utilisée. Le diagnostic est réalisé sur la base d'un groupe de symptômes souvent rencontrés ensemble. On parle alors de syndrome, qui obtient le

statut de maladie s'il détermine une conduite thérapeutique et s'il possède une valeur pronostique. Cette approche repose sur des observations cliniques fines recueillies au fil des siècles par des cliniciens particulièrement perspicaces. Le modèle psychodynamique, lui, fait référence à la théorie et à la pratique psychanalytique. Il analyse les symptômes dans le contexte du fonctionnement psychique global et dynamique. La notion de trajectoire de vie y est centrale. Enfin, selon le modèle physiopathologique, une maladie mentale peut correspondre à un dérèglement de notre fonctionnement psychique, dérèglement en général décrit à partir de modèles théoriques. Ainsi, des études réalisées chez l'animal, ou plus généralement des travaux issus des neurosciences, proposent des modèles neurobiologiques de maladies mentales avec autant de tableaux cliniques correspondants.

Au-delà de la sphère scientifique ou médicale, la question du diagnostic psychiatrique est également un objet d'étude de la sociologie, comme en témoignent les travaux d'Alain Ehrenberg, pour qui le trouble mental est une question sociale, politique et médicale qui concerne toutes les institutions (famille, école, entreprise ou religion) [4].

LES CLASSIFICATIONS DES MALADIES MENTALES

Les praticiens, et surtout les épidémiologistes, ont tenté depuis longtemps d'établir des systèmes de classification — ou nosographie — des maladies mentales. Avant 1980, il existait des manuels de classification des troubles mentaux, mais ils étaient critiqués d'une part pour le faible accord inter-juge de leurs algorithmes diagnostiques⁴ (plusieurs psychiatres pouvaient aboutir à des diagnostics différents en utilisant les mêmes critères de classification), d'autre part pour les pré-supposés théoriques forts qui concernaient l'origine des troubles mentaux correspondants. En 1980, l'*American Psychiatric Association* décide de remanier en profondeur la troisième édition de son manuel diagnostique (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM) en recourant à un modèle exclusivement syndromique des maladies mentales. Le DSM-IV paraît en 1993. À titre d'exemple, le *Tableau 1* présente les critères requis pour poser un diagnostic d'épisode dépressif majeur. La classification internationale des maladies, dans sa dixième édition (CIM10), élaborée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), obéira

Tableau 1. Résumé des critères requis par le DSM-IV pour poser un diagnostic d'épisode dépressif majeur.

EXEMPLES D'APPLICATIONS ACTUELLES ET ENVISAGÉES

- A.** Au moins 5 symptômes parmi les 9 suivants doivent être observés sur une même période d'une durée de deux semaines. Un des deux symptômes 1 ou 2 doivent par ailleurs être obligatoirement présents.
 1. Humeur dépressive
 2. Perte d'intérêt et de plaisir
 3. Perte ou gain de poids
 4. Insomnie ou hypersomnie
 5. Agitation ou ralentissement psychomoteur
 6. Fatigue ou perte d'énergie
 7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité
 8. Difficultés de concentration
 9. Pensées de mort
- B.** Les symptômes ne répondent pas au critère d'épisode mixte (c'est-à-dire présence de symptômes maniaques)
- C.** Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement.
- D.** Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance.
- E.** Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil.

4. Combinaison de symptômes, dont certains peuvent avoir plus d'importance que d'autres, et qui peuvent intervenir dans la décision diagnostique, par leur présence, leur nombre et leur intensité.

peu de temps après à une logique similaire. Ces deux classifications sont utilisées aujourd'hui dans la totalité des travaux scientifiques et donc épidémiologiques.

Il existe bien des classifications alternatives. La classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA) en est une. Cette dernière repose encore pour partie sur des éléments théoriques issus de la psychanalyse, les notions de psychose et de névrose étant par exemple présentes alors qu'elles ont disparu du DSM-III et de ses successeurs. Le PDM (*Psychodynamic Diagnostic Manual*), issu de la collaboration de plusieurs associations psychanalytiques, reprend les troubles du DSM et les intègre dans une perspective plus générale au sein de laquelle les notions de mécanisme de défense et de personnalité deviennent centrales. Force est de constater cependant que ces propositions sont pour le moins marginalisées aujourd'hui.

Une telle hégémonie peut s'expliquer de plusieurs façons. En premier lieu, la qualité, l'acuité des tableaux cliniques et la fiabilité des algorithmes diagnostiques proposés dans les différentes versions du DSM sont incontestables, du moins pour une bonne majorité des troubles décrits. Ensuite, le début des années 1980 a sûrement correspondu, aux États-Unis, à un moment où la page de la prééminence de la psychanalyse dans le domaine de la santé mentale se tournait. Enfin, l'opérationnalisation, la simplification de la démarche diagnostique a facilité non seulement l'approche scientifique (la réalisation d'essais randomisés de médicaments psychotropes notamment, en permettant d'établir des groupes de patients homogènes), mais elle a permis également aux systèmes d'assurance de mieux réguler leurs prises en charge grâce à l'identification des différentes pathologies.

LES LIMITES ET LES DÉRIVES DU DSM

De nombreuses voix de praticiens et de chercheurs se sont élevées contre cette

pensée unique du DSM, et ces voix ont été particulièrement vives en France. Souvent excessives, elles ont cependant parfois pointé avec justesse le danger de recourir à un seul corpus de représentation des affections psychiques. Une telle unicité peut en effet conduire à penser qu'au bout du compte ces troubles existent « réellement », qu'ils sont établis une fois pour toutes de manière scientifique avec une frontière nette entre le normal et le pathologique, ce qui n'est bien entendu pas le cas puisqu'il existe un continuum entre ces deux états et que la notion même de pathologie mentale n'est pas évidente en soi.

Par ailleurs, l'établissement de ces classifications peut conduire à des dérives importantes en termes de Santé Publique. Différents groupes de pression sont en effet tentés d'influencer le dessin des contours des troubles psychiatriques. Les associations de patients, par exemple, ont intérêt à faire répertorier le trouble dont ils souffrent dans le DSM, par souci de reconnaissance mais aussi parce qu'ils pourront ainsi plus facilement être pris en charge. De son côté, le psychiatre a tendance à poser le diagnostic le mieux pris en charge en cas de doute. Il s'ensuit une dérive diagnostique progressive. D'autres groupes de pression comme les firmes pharmaceutiques peuvent trouver un intérêt à élargir les pathologies décrites dans le DSM dans le but de multiplier les possibilités de prescription médicamenteuse. Horwitz et Wakerfield ont analysé ce phénomène en détail et ont lancé une polémique à ce sujet [5].

L'ÉPIDÉMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE DESCRIPTIVE EN QUESTION

Les épidémiologistes ont néanmoins profité de ces nouvelles classifications pour construire des guides d'entretiens structurés permettant de recueillir, sur le terrain et par des enquêteurs non-cliniciens, une information susceptible d'aboutir à des diagnostics compatibles avec les algorithmes diagnostiques du DSM. C'est

ainsi que des résultats importants ont pu être mis en évidence. Par exemple, une méta-analyse⁵ faite à partir d'études utilisant le DSM et la CIM a pu objectiver des troubles dépressifs significativement plus fréquents chez les femmes que chez les hommes [6]. Une autre méta-analyse a pu mettre en évidence un risque suicidaire aussi élevé qu'insoupçonné chez les patients souffrant d'un trouble anxieux [7]. Plus récemment, une étude prospective a montré que le recours au cannabis était un facteur de risque de schizophrénie [8]. On remarquera que ces résultats relèvent cependant avant tout de l'épidémiologie analytique (recherche des facteurs de risque). En ce qui concerne l'épidémiologie descriptive (prévalence et incidence des troubles mentaux), des critiques se sont vite fait entendre à propos des études réalisées. En février 1998 et en mars 2000, la très prestigieuse revue *Archives of General Psychiatry* a ainsi publié deux séries d'articles et de commentaires sur le sujet. On retiendra de ces débats les deux critiques suivantes : (a) l'accord diagnostique entre des questionnaires destinés à être administrés par des enquêteurs cliniciens et des questionnaires destinés à être administrés par des enquêteurs non-cliniciens est très faible, en tout cas en ce qui concerne les troubles dépressifs. Le questionnaire administré par des non-cliniciens échoue à détecter de nombreux cas de dépression qui sont en revanche détectés par les enquêteurs cliniciens [9] ; (b) les questionnaires utilisés en épidémiologie ne peuvent pas déterminer si un sujet est un « cas clinique » (c'est-à-dire s'il doit être pris en charge par la médecine psychiatrique). En effet, les définitions proposées par le DSM ne permettent pas de trancher clairement entre ce qui est normal et ce qui est pathologique. Seul un entretien approfondi réalisé par un clinicien le permet. Il faut évaluer de façon fine la souffrance ressentie, les perturbations de la vie de tous les jours entraînées par les symptômes, le retentissement social, la temporalité des troubles, etc. On observe que les études réalisées en utilisant des enquêteurs non-cliniciens aboutissent le plus souvent à un surdiagnostic des troubles mentaux légers [10]. De façon plus générale, c'est Robert Spitzer lui-même,

5. Une méta-analyse est une analyse de la littérature qui compile les résultats de toutes les études réalisées sur un sujet donné.

l'artisan de la version révisée du DSM, qui rappelle que le diagnostic et le besoin de soin ne sont pas superposables, et qu'il n'existe pas de *gold standard* pour déterminer si un trouble est « cliniquement significatif » [11].

Rappelons qu'un malade est défini par le besoin de soin et que la maladie n'est qu'une construction qui aide le médecin dans sa démarche diagnostique et thérapeutique. Alors est-il pertinent de s'intéresser à des prévalences de maladies sans qu'il y ait un malade sous-jacent ? En médecine somatique⁶ cela peut se comprendre, surtout si l'on se place dans une perspective de santé publique. Ainsi, dépister des sujets ayant une sérologie VIH positive correspond bien à faire un diagnostic de maladie alors que le sujet se sent souvent en parfaite santé et qu'il est donc « non malade » *stricto sensu*. Mais la probabilité qu'il devienne gravement malade ultérieurement est tellement élevée que ce dépistage est très utile. En psychiatrie, le problème est tout autre, l'histoire a malheureusement montré à plusieurs reprises que décider de l'existence d'un trouble mental alors que

le sujet concerné n'émet aucune plainte pouvait conduire à des dérives dramatiques (on pensera par exemple à l'homosexualité qui a longtemps été considérée comme une maladie psychiatrique).

Que conclure à ce stade ? Nous avons vu qu'il existe des classifications opératoires des troubles psychiatriques, utiles à l'épidémiologie et de grande qualité, mais que ces classifications ont leurs limites et que leur usage excessif est même susceptible d'appauvrir notre vision de ce qu'est la santé mentale. Les travaux d'épidémiologie psychiatrique descriptive posent problème, principalement en raison de la difficulté qu'il y a à définir le caractère « cliniquement significatif » d'un trouble, surtout pour des enquêteurs sans formation clinique. Cela ne veut pas dire qu'il ne faut plus réaliser de telles études. Cela signifie simplement que les valeurs de prévalence et d'incidence des troubles mentaux que nous trouvons ici et là doivent être interprétées avec la plus grande prudence, en particulier si ces résultats doivent conduire à planifier des actions de santé publique.

6. La médecine somatique est la médecine qui soigne le corps.

RÉFÉRENCES

- [1] Douste-Blazy P. Discours du 4 février 2005. http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/33_050204pdb.htm
- [2] OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2001, Chapitre 2 : Impact des troubles mentaux et du comportement. <http://www.who.int/whr/2001/chapter2/fr/index2.html>
- [3] Canguilhem G (1966). *Le normal et le pathologique*, 9^e ed. Paris : PUF/Quadrige, 2005.
- [4] Ehrenberg A. *La maladie mentale en mutation*. Paris : Odile Jacob, 2001.
- [5] Horwitz AV, Wakefield JC. *The loss of sadness. How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. Oxford : Oxford University Press, 2007.
- [6] Khanab A, Leventhal RM, Khana S, Brown WA. Suicide risk in patients with anxiety disorders: a meta-analysis of the FDA database. *J Affect Disord* 2002; 68 : 183-90.
- [7] Kuehner C. Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108 : 163-74.
- [8] Arseneault L, Cannon M, Witton J, Murray RM. Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence. *Br J Psychiatry* 2004; 184 : 110-7.
- [9] Eaton WW, Neufeld K, Chen LS, Cat G. A comparison of self-report and clinical diagnosis interview for depression. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57 : 217-22.
- [10] Frances A. Problems in defining clinical significance in epidemiological studies. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55 : 119.
- [11] Spitzer RL. Diagnosis and need for treatment are not the same. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55 : 120.

PRÉSENTATION DE L'INSTITUT DE RECHERCHE EN SANTÉ PUBLIQUE

L'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP) est un groupement d'intérêt scientifique créé en 2007 par une convention entre 24 partenaires, acteurs de la recherche en Santé Publique (voir ci-dessous). Son objectif général est de constituer une communauté scientifique de taille internationale capable de répondre au développement souhaité de la recherche en Santé Publique et de contribuer aux nouveaux dispositifs mis en place par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de Santé Publique. Pour atteindre cet objectif, le GIS-IReSP s'appuie sur une mutualisation des compétences et des moyens de ses partenaires. Le GIS-IReSP est dirigé par Alfred Spira, médecin, épidémiologiste, professeur de Santé Publique et d'épidémiologie. Depuis mai 2008, l'IReSP s'intègre dans l'un des huit instituts thématiques de l'Inserm, l'Institut « Santé Publique ».

Les domaines de recherche soutenus sont les suivants :

- Fonctionnement du système de santé
- Politiques publiques et santé
- Interaction entre les déterminants de la santé

Les modalités d'actions du GIS sont :

- Lancement d'appels à projets ciblés
- Aide à l'émergence d'équipes de recherche
- Mutualisation d'outils pour la recherche en Santé Publique
- Constitution de groupes de travail sur des sujets émergents
- Aide à la mise en place et à l'exploitation de grandes enquêtes et de grandes bases de données
- Valorisation et communication

Site internet : www.iresp.net

Afin de pallier le manque de visibilité des résultats de la recherche en Santé Publique en France, l'IReSP a décidé de créer ce bulletin trimestriel à large diffusion intitulé *Questions de Santé Publique*. Chaque trimestre, un sujet de recherche en Santé Publique intéressant le grand public est traité par un chercheur.

LES PARTENAIRES DE L'IReSP

Ministères (Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative [DGS et DREES], Ministère délégué à la Recherche), Opérateurs de la recherche en Santé Publique (CNRS, Inserm, IRD, INED, EHESP, UDESA, CPU, Institut Pasteur, CNAM, Sciences Po), Agences et opérateurs de la Santé Publique (InVS, HAS, AFSSAPS, ANSES, EFS, ABM, INPES, INCa), Organismes de protection sociale (CNAMTS, RSI, CNSA).