

FORMATION CONTINUE

Épidémiologie des troubles psychiatriques

Epidemiology of psychiatric disorders

F. Rouillon

Clinique des maladies mentales et de l'encéphale, 100, rue de la Santé, 75674 Paris, France

Disponible sur Internet le 21 décembre 2007

Résumé

Les troubles psychiatriques affectent une personne sur cinq chaque année et une sur trois si l'on se réfère aux taux de *life-time prevalence*. Ils sont responsables d'une forte mortalité par suicide, à laquelle s'ajoute la surmortalité non suicidaire, et d'une importante morbidité : baisse de productivité, mauvaise qualité de vie et handicap. Les troubles psychiatriques absorbent 10 % des dépenses de santé et représentent une part considérable de l'offre de soins. L'auteur aborde l'épidémiologie descriptive, analytique et d'intervention à propos des psychoses délirantes chroniques, des troubles bipolaires, des troubles dépressifs et des troubles névrotiques et anxieux.

© 2007 Publié par Elsevier Masson SAS.

Abstract

Psychiatric disorders affect one person out of five each year and even one out of three if one refers to the rates of the *life-time prevalence*. They are responsible for a high death-rate by suicide (to which must be added the comparatively high non suicidal death-rate) and for an important morbidity resulting in a decrease of productivity, a poor quality of life and handicaps. Psychiatric disorders absorb 10% of the health budget and represent a considerable amount of the care offer. The author treats of descriptive, analytical and care epidemiology concerning chronic delusional psychoses, bipolar disorders, depressions and neurotic and anxiousness disorders.

© 2007 Publié par Elsevier Masson SAS.

Mots clés : Économie de la santé ; Épidémiologie ; Troubles psychiatriques

Keywords: Health economics; Epidemiology; Psychiatric disorders

Les troubles psychiatriques affectent une personne sur cinq chaque année et une sur trois si l'on se réfère aux taux de *life-time prevalence* (National Comorbidity Survey (NCS) et Epidemiologic Catchment Area (ECA) [6]). L'école de Santé publique d'Harvard, la Banque mondiale et l'OMS en retiennent cinq parmi les dix pathologies entraînant la plus forte morbidité chez les 15–44 ans : dépression, alcoolisme, troubles autoagressifs dont le suicide, schizophrénie et trouble bipolaire [7]. En effet, les troubles psychiatriques sont responsables d'une forte mortalité : 12 000 morts par suicide auxquels s'ajoute la surmortalité

non suicidaire (accidentelle, comorbidité somatique, consommation d'alcool, de tabac ou de drogue...) et d'une importante morbidité : baisse de productivité (par ex. : moins de 10 % des 400 000 psychotiques ont une activité professionnelle), mauvaise qualité de vie (du sujet et de sa famille) et handicap.

Les troubles psychiatriques absorbent 10 % des dépenses de santé et représentent une part considérable de l'offre de soins : un cinquième des lits d'hospitalisation à temps complet et 20 à 30 % des consultations de médecine générale.

Nous présenterons successivement les psychoses délirantes chroniques, les troubles bipolaires, les troubles dépressifs et les troubles névrotiques et anxieux en abordant successivement l'épidémiologie descriptive, analytique et d'intervention.

Adresse e-mail : f.rouillon@ch-sainte-anne.fr.

I. PSYCHOSES DÉLIRANTES CHRONIQUES

I.1. Épidémiologie descriptive

I.1.1. Fréquence

Les taux de prévalence annuelle ou sur la vie des troubles psychotiques délirants sont assez proches puisqu'il s'agit de pathologies chroniques. Ils fluctuent selon les données de la littérature internationale et même au sein d'un même pays comme les États-Unis ; soit respectivement :

- sur un an : 0,52 % et sur la vie : 0,70 % dans la National Comorbidity Survey [4] ;
- sur un an : 0,80 % et sur la vie : 1,30 % dans l'Epidemiologic Catchment Area [9].

Les taux rapportés, en population générale adulte dans le monde, se situent dans une fourchette comparable (0,5 à 1,5 % de *life-time prevalence*) en utilisant les critères du DSM pour les psychoses délirantes chroniques (troubles schizophrénique, schizophréniforme, schizo-affectif, troubles délirants principalement paranoïaques et autres psychoses délirantes atypiques). La schizophrénie ne représenterait que la moitié, voire le tiers de ces troubles psychotiques délirants.

Les taux d'incidence de la schizophrénie varient, selon les sites de l'étude de l'OMS, entre 0,10 et 0,70 pour mille avec une valeur médiane pour l'Europe de 0,20 pour mille, en population générale [3].

La population à risque est principalement composée de sujets jeunes ou d'âge moyen puisque les troubles schizophréniques débutent entre 15 et 25 ans et que l'espérance de vie de ces sujets est relativement réduite.

Donc, prévalence des troubles psychotiques d'environ 1 % (life time) en population adulte, soit environ 400 000 sujets malades (en phase processuelle ou en rémission) et environ 10 000 nouveaux cas par an.

I.1.2. Retentissement

Les troubles psychotiques délirants sont une cause importante de surmortalité. La revue des études de mortalité estime qu'environ 10 à 20 % des schizophrènes meurent de suicide et qu'un quart des décès par suicide sont attribuables à un trouble schizophrénique (soit 3000 décès par an en France).

Au-delà du suicide, le trouble schizophrénique est une cause de mortalité prématurée, principalement par le fait des comorbidités addictives (alcool, tabac, drogues qui concernent respectivement 50, 80 et 30 % des schizophrènes) mais également par comorbidité somatique (plus d'affections cardiovasculaires, infectieuses, le sida...) et iatrogènes (agranulocytose, mort subite, fausses routes...). Il est difficile de chiffrer la mortalité attribuable pour chacun de ces facteurs

qui concourent à abaisser globalement l'espérance de vie des schizophrènes d'environ dix ans.

La politique de prévention du suicide, menée globalement, a un effet sur la mortalité suicidaire des schizophrènes, mais des actions spécifiques peuvent réduire ce risque (utilisation d'antipsychotiques ayant un effet démontré et reconnu par la FDA sur la suicidalité et programmes psychoéducatifs).

Le trouble schizophrénique a un retentissement considérable sur la qualité de vie des schizophrènes et de leurs familles (principalement les parents). Il débute vers 15–25 ans et dure toute la vie, avec une évolution permettant une bonne autonomie dans 10 % des cas, une autonomie partielle (incapable de vivre seul mais ne nécessitant pas une existence institutionnelle) dans 70 % des cas et une perte d'autonomie dans 20 % des cas (nécessitant hospitalisation au long cours ou placement en MAS ou foyers médicosociaux).

Les schizophrènes représentent le plus gros contingent des patients hospitalisés en milieu spécialisé et consultant dans le service public (un tiers des cas) alors qu'ils ne constituent que 11 % des consultations en psychiatrie libérale [10].

L'impact socioéconomique est très important puisque seuls 10 % des patients schizophrènes exercent une activité professionnelle et que le coût moyen de la prise en charge thérapeutique a été évalué à environ 75 000 F/an et par patient il y a une dizaine d'années, soit au moins 15 000 euros/an en moyenne actuellement [11]. Dans cette étude, on constate que 41 % des schizophrènes reçoivent une AAH, 13, 5 % une pension d'invalidité et 4 % le RMI.

I.1.3. Évolution

La prévalence des troubles psychotiques est relativement stable dans le monde, même si plusieurs auteurs ont retrouvé une baisse d'incidence depuis 30 ans. Aux éditoriaux « *Is schizophrenia disappearing ?* » ont répondu des articles mettant en cause des biais dans l'observation des taux d'incidence (notamment l'évolution de la critériologie diagnostique ou le rapport entre morbidité réelle et exprimée). Pour autant, il semble qu'il y ait eu un réel infléchissement de l'incidence de ce trouble entre la fin des années 1950 et des années 1980, puis une remontée dans les années 1990.

I.2. Épidémiologie analytique

I.2.1. Déterminants de la fréquence de la schizophrénie

Le déterminisme de la schizophrénie est plurifactoriel et associe les éléments suivants :

- des facteurs endogènes, notamment une prédisposition génétique attestée par les études d'agrégation familiale, de jumeaux et d'adoption ;
- des facteurs neurodéveloppementaux : les agressions subies pendant la gestation et l'accouchement semblent être déterminantes pour la survenue à l'âge adulte de ce trouble, comme en témoigne la plus grande fréquence d'antécédents

d'accidents obstétricaux lors de la naissance des schizophrènes ;

- les événements de vie stressants semblent jouer un rôle précipitant le déclenchement de la maladie et des récurrences ;
- les perturbations du développement affectif, notamment la maltraitance et les perturbations des relations intrafamiliales, mais aussi les problèmes d'identité peuvent participer au déclenchement du trouble à l'adolescence ;
- les prises de toxique ont au moins un rôle précipitant sinon favorisant (pharmacopsychoses ?) ; il s'agit principalement des psychodysléptiques (cannabis notamment).

1.2.2. Déterminant de la gravité de la schizophrénie

De la précocité du diagnostic et du traitement dépend largement la qualité du pronostic. Or, ce trouble débutant à l'adolescence, ses manifestations inaugurales sont souvent attribuées à la crise d'identité juvénile. Le dépistage est loin d'être fait au début des troubles, surtout s'ils sont associés à une toxicomanie.

Le caractère préjudiciable du retard au diagnostic est probablement dû à l'aggravation des troubles cognitifs sans traitement mais aussi aux conséquences sur l'insertion sociale ultérieure de gros troubles du comportement, à une période où l'on construit son avenir professionnel et affectif. C'est ainsi que certains expliquent que les femmes schizophrènes, dont le début de la maladie est en moyenne de cinq ans supérieur, ont un bien meilleur pronostic que les hommes.

La qualité de la prise en charge, qui associe antipsychotique et mesures psychosocioéducatives, est capitale pour l'évolution du trouble schizophrénique, que ce soit l'intégration sociale et l'autonomie du patient ou sa symptomatologie et ses récurrences (incluant le nombre et la durée des hospitalisations).

1.3. Épidémiologie d'intervention

Il n'est actuellement pas envisageable d'avoir une action sur les déterminants de la maladie : les études sur la génétique de la schizophrénie n'ont pas encore permis d'isoler des endophénotypes reliés à un polymorphisme laissant espérer une intervention. Toutefois, les autres déterminants bénéficient indirectement de mesures générales, comme l'amélioration de la protection maternelle et infantile, la lutte contre la toxicomanie ou la politique de la famille.

L'objectif d'intervention pour la schizophrénie doit donc se focaliser sur la prévention secondaire ou tertiaire :

- le dépistage et précocité du traitement ;
- la prévention des récurrences et de la chronicisation.

1.3.1. Dépistage

La majorité des études épidémiologiques de *follow-up* soulignent le caractère préjudiciable du retard au dépistage, avec non seulement une aggravation du pronostic mais

également des conséquences sociales pendant la période non traitée (délinquance, violence, toxicomanie, échec scolaire. . .) de 15 à 25 ans. L'amélioration du dépistage doit se faire par la mobilisation du secteur éducatif, médicosocial et médicosychologique :

- un dépistage en médecine scolaire sur les adolescents « à problème » ;
- un bilan spécialisé en cas de fléchissement scolaire marqué ou de troubles du comportement inquiétants ;
- l'information et la sensibilisation des familles et des médecins généralistes.

1.3.2. Prévention des récurrences et de la chronicisation

Cette intervention consiste à mieux codifier la prise en charge thérapeutique du trouble schizophrénique.

D'une part, en optimisant l'usage des antipsychotiques (classiques et atypiques) pas toujours utilisés de manière adaptée, comme en témoignent les études pharmaco-épidémiologiques. Cette mesure devrait s'inscrire dans une politique d'amélioration de l'utilisation des psychotropes.

D'autre part, en labellisant des techniques psychothérapeutiques et des programmes de réhabilitation.

2. TROUBLES BIPOLAIRES (TB)

2.1. Épidémiologie descriptive

2.1.1. Fréquence

La prévalence à un an, en population générale, du TB se situe dans les études internationales entre 0,1 et 1,7 %, selon les critères du DSM. La prévalence sur la vie est comprise entre 0,2 et 1,6 % [12].

Ces études se focalisent généralement sur le trouble bipolaire de type I (accès maniaques francs alternant éventuellement avec des épisodes dépressifs). La prise en compte du TB type II (hypomanie) et du trouble cyclothymique aboutit à des taux beaucoup plus élevés (3,15 %) comme le souligne Angst [1]. On peut retenir une valeur médiane de 1 à 1,5 % correspondant d'ailleurs aux chiffres des deux grandes études en population générale nord-américaine déjà citées : la NCS et l'ECA pour les troubles bipolaires de type I et II, dans la population adulte.

Le trouble bipolaire concerne aussi bien les hommes que les femmes, quels que soient leur classe sociale ou leur lieu de résidence ; il débute autour de l'âge de 20 ans, la population à risque pour le dépistage est de 15 à 25 ans.

Les taux d'incidence varient selon les études et surtout les méthodes utilisées. On peut la situer entre 10 et 40 pour 100 000 habitants.

Donc : prévalence des troubles bipolaires (life time) \pm 1,2 % ; soit 500 000 sujets malades (accès maniacodépressifs ou rémission) et 5000 à 15 000 nouveaux cas par an.

2.1.2. Retentissement

Le taux de mortalité, notamment suicidaire, est généralement évalué avec celui des troubles dépressifs. Globalement, les troubles de l'humeur (uni- ou bipolaire) sont considérés comme responsables d'environ deux tiers des décès par suicide. Le ratio bipolaire/unipolaire étant d'environ d'un sur quatre, on peut estimer la prévalence du suicide des patients bipolaires à 15 %, soit environ 2000 morts par an.

Il convient d'y ajouter les décès par accident (les patients bipolaires en phase maniaque y sont plus exposés) ainsi que l'aggravation du pronostic d'autres maladies (en cas de comorbidité) et les accidents iatrogènes.

La mortalité suicidaire des bipolaires a baissé depuis l'introduction des sels de lithium en thérapeutique. C'est une des données sur laquelle il y a un relatif consensus international.

Les complications majeures du trouble bipolaire sont l'abus et la dépendance à l'alcool et aux drogues et l'aggravation de la maladie par augmentation du nombre de cycles en l'absence de traitement. Après 20 à 30 ans d'évolution, il y a de moins en moins de phases intercritiques chez une majorité de patients, voire des cycles rapides (passage incessant de la manie à la dépression).

Le trouble bipolaire, lorsqu'il n'est pas traité, a une importante répercussion sur la qualité de vie ; par exemple, il multiplie par trois le risque de divorce et entraîne une désinsertion professionnelle d'autant plus préjudiciable que les bipolaires traités et équilibrés ont de bonnes capacités d'intégration socioprofessionnelle et familiale.

2.1.3. Évolution

La prévalence du trouble bipolaire est assez constante à travers le temps, si ce n'est une diminution sensible de l'âge de début (autour de 30 ans selon les publications de Kraepelin, 20 ans en moyenne dans l'ECA).

La seule tendance qui peut être soulignée est l'intérêt porté depuis une dizaine d'années aux formes mineures (hypomanie, tempérament cyclothymique). Par effet de « halo » autour de la forme typique (le trouble bipolaire de type I), il y a un élargissement sensible de la population considérée comme appartenant au spectre bipolaire.

Selon le « père du lithium », le psychiatre scandinave Schou, un tiers des bipolaires a un excellent rapport efficacité/tolérance du traitement par sels de lithium et peut mener une vie quasiment normale, un tiers n'est que partiellement amélioré ou a une tolérance imparfaite du traitement et un tiers est intolérant ou résistant au lithium. Il y a donc actuellement un mouvement de recherche très actif pour trouver des alternatives thérapeutiques (antiépileptique à effet thymorégulateur, antipsychotique atypique...).

2.2. Épidémiologie analytique

2.2.1. Déterminants de la fréquence du trouble bipolaire

Le trouble bipolaire est probablement la maladie mentale où le déterminisme génétique est le plus fort, même si sa nature

polygénique le rend difficile à identifier, d'autant que son phénotype nécessite de longs entretiens semi-standardisés pour être caractérisé.

Les facteurs d'environnement jouent également un rôle, que ce soit la qualité du développement psychoaffectif ou les facteurs de stress socioenvironnementaux qui précipitent les récurrences.

Enfin, la forte association à l'usage pathologique d'alcool ou de drogue chez ces patients pose la question du rôle de l'apport toxique comme facteur déclenchant le début du trouble ou ses récurrences.

2.2.2. Déterminants de la gravité

L'avis des experts est unanime pour considérer que la multiplication des récurrences aggrave le pronostic et que le retard à l'institution d'un traitement est particulièrement préjudiciable. Or il se passe actuellement plusieurs années entre les premiers symptômes et la première prise d'un thymorégulateur.

La comorbidité avec l'alcool ou la drogue est le facteur aggravant majeur de la maladie et de ses conséquences (par ex. : criminelles).

2.3. Épidémiologie d'intervention

Il est peu concevable d'avoir une action sur les facteurs de stress socioenvironnementaux ou sur les facteurs endogènes, même si le gène de la triptophane-hydroxylase est clairement mis en cause dans le trouble bipolaire.

La seule action envisageable est donc le dépistage le plus précoce possible, comparable à celui développé pour les psychoses délirantes (cf. section 1.3.1) avec en plus un repérage dans les maternités et les PMI, le début du trouble bipolaire de la femme coïncidant souvent avec la première grossesse. L'institution d'une prise en charge thérapeutique précoce associant un traitement et éventuellement une psychothérapie adaptée à chaque cas est déterminante pour le pronostic.

3. TROUBLES DÉPRESSIFS [2]

3.1. Épidémiologie descriptive

3.1.1. Fréquence

La prévalence à un an, en population générale, des épisodes dépressifs majeurs se situe entre 1 % (Taiwan) et 7 % (Suisse) avec des taux médians de 3 à 5 % aux États-Unis, au Canada et en Italie. La prévalence sur la vie est comprise entre 4,5 % (étude ECA aux États-Unis) et 12,6 % (Nouvelle-Zélande), la valeur médiane étant d'environ 6 %. L'évaluation du trouble dysthymique est plus homogène dans la littérature internationale, soit un taux médian de 3 %.

La prévalence globale des troubles dépressifs (épisodes dépressifs majeurs plus trouble dysthymique) est donc d'environ 9 % (*life-time prevalence*).

La population à risque est surtout féminine (deux femmes pour un homme), de tous âges, de tous milieux sociaux

(mais surreprésentée dans les milieux socioéconomiques défavorisés).

Au total : prévalence sur la vie \pm 9 % et prévalence à un an \pm 5 % de la population adulte ; soit \pm 2 000 000 sujets déprimés (supérieur à 18 ans) par an.

3.1.2. Retentissement

Les études épidémiologiques sur le suicide estiment que 40 à 80 % des suicides sont attribuables aux troubles de l'humeur (uni- et bipolaire) ; soit environ les deux tiers des 12 000 décès annuels par suicide pour les troubles dépressifs, donc 8000 morts. Auxquels il faut ajouter les décès dont la dépression est indirectement responsable, que ce soit lorsqu'elle induit des conduites d'alcoolisation ou lorsqu'elle est un facteur de mauvais pronostic d'une affection organique (par exemple, le taux de survie d'un patient ayant subi une intervention chirurgicale cardiaque est de moitié inférieure chez les déprimés par rapport aux non déprimés). La mortalité attribuable à cette coresponsabilité est difficile à chiffrer car elle est protéiforme et concerne aussi bien l'éroussement de la volonté de guérir liée à la perte de l'élan vital dépressif que la mauvaise observance thérapeutique ou l'irrespect des règles hygiénodététiques.

La mortalité attribuable à la dépression est évitable, comme l'ont démontré plusieurs expériences pilotes dans le monde. Une meilleure prise en charge thérapeutique, après amélioration du dépistage, obtenue par une action volontariste de formation des médecins généralistes avait ainsi permis de faire diminuer de manière significative la suicidalité sur l'île de Gotland. De même, le programme de santé publique de lutte contre la dépression, expérimenté à Nuremberg par le Pr Ulrich Hegerl (université de Munich) a fait baisser la suicidalité par comparaison au site témoin n'ayant pas bénéficié.

La dépression majeure s'inscrit dans trois quarts des cas dans un processus récurrent [13]. Le trouble dépressif récurrent se chronicise dans 20 % des cas et n'a que des rémissions partielles entre les accès dans 30 % des cas. C'est dire l'importance de son retentissement sur la qualité de la vie des patients qui en souffrent.

Non traitée, la dépression récidive ou se chronicise, puis se complique, principalement de conduites addictives mais aussi de conduites de risque ou de négligences qui peuvent nuire à la santé.

L'impact socioéconomique de la dépression est considérable, que ce soit par la perte de productivité qu'elle entraîne et/ou par la consommation de soin inadéquate qu'elle induit (multiplication d'examen paracliniques et de traitements symptomatiques de la séméiologie somatique dépressive non diagnostiquée comme telle). Les troubles dépressifs se situent actuellement au quatrième rang (en DALY) selon l'étude de la Banque mondiale et de l'OMS ([5] réédité en 2000). De surcroît, l'étude de la dépression en médecine générale, menée par l'OMS, montre que les

troubles subsyndromiques (juste en dessous du seuil critériologique du DSM) sont également à l'origine d'un haut degré d'incapacité sociofamiliale et socioprofessionnelle.

3.1.3. Évolution

La dépression est en augmentation dans les cohortes de naissance d'après-guerre et on assiste à un rajeunissement progressif de son âge de début. En dépit de l'introduction de thérapeutiques efficaces des troubles dépressifs, leur prise en charge demeure imparfaite.

3.2. Épidémiologie analytique

3.2.1. Déterminants de la fréquence des troubles dépressifs

Outre les caractéristiques sociodémographiques (sexe féminin, âge moyen, bas niveau socioéconomique, statut marital conduisant à vivre seul...) précédemment évoquées, les troubles dépressifs résultent de facteurs :

- endogènes (génétiques) ;
- biologiques (pathologies organiques chroniques, invalidantes, et/ou douloureuses ; affections endocrinométaboliques ; maladies neurologiques centrales ; effets iatrogènes, par exemple l'interféron) ;
- psychopathologiques (personnalités pathologiques, autres maladies psychiatriques, comme les troubles névrotiques et anxieux) ;
- addictologiques (l'alcool a un effet dépressogène comme d'autres toxiques).

Parmi les facteurs psychologiques et socioenvironnementaux, citons : les deuils et les séparations précoces (petite enfance) et surtout les abus sexuels subis dans l'enfance ou l'adolescence, notamment dans le milieu familial. D'une manière générale, tous les événements de vie stressants sont des facteurs favorisant la survenue de troubles dépressifs ou précipitant les rechutes.

Notons, chez la femme, le rôle des épisodes de la vie génitale ; non pas tant la puberté ou la ménopause, mais surtout l'accouchement. Ne parlons pas du *baby blues*, quasiment physiologique et qui concerne les trois quarts des parturientes (à des degrés divers) ; en revanche, soulignons les dépressions du postpartum qui touchent 10 à 20 % des femmes dans l'année du postpartum et qui sont responsables non seulement de souffrance pour la jeune accouchée mais également de perturbations des relations mère-enfant susceptibles de troubler le développement précoce du bébé.

3.2.2. Déterminants de la gravité

Le retard au diagnostic et donc l'absence de traitement sont un facteur de mauvais pronostic. En outre, le trouble dépressif s'aggrave lorsqu'il évolue sans être traité mais il se complique (comorbidité) et désorganise la vie familiale et professionnelle des sujets. Cette désorganisation (séparation conjugale,

licenciement) devient alors facteur de pérennisation du trouble dépressif.

3.3. Épidémiologie d'intervention

Divers plans de lutte contre la dépression ont été proposés dans le monde pour améliorer son identification diagnostique et sa prise en charge thérapeutique. Tous insistent sur la nécessité d'une action à plusieurs niveaux (grand public, média, professionnels de santé...) pour potentialiser les effets et éviter une dilution du message.

Ils associent généralement :

- une formation des médecins généralistes et l'utilisation d'instruments de dépistage permettant un screening rapide ;
- une information des patients (affiche dans la salle d'attente, cassettes vidéos prêtées par le médecin...);
- une campagne de relations publiques (mobilisation des politiques, de la presse, création d'événements...) avec élaboration d'une charte de communication, sur la psychiatrie, destinée aux journalistes afin d'éviter les effets délétères d'une présentation tendancieuse de certains faits divers (Média-guide) ;
- un site Internet avec forum de discussions, autotests ;
- une sensibilisation du service public au dépistage (enseignement, police, services sociaux...) ainsi que le milieu associatif, le clergé... ;
- une élaboration de *guidelines* de référentiels de prise en charge.

La prise en charge au long cours, notamment la prévention des récidives, doit être respectée. Le respect des recommandations internationales par les praticiens se substituerait avantageusement à des pratiques empiriques qui nuisent actuellement au pronostic de ce trouble.

4. TROUBLES NÉVROTiques ET ANXIEUX

4.1. Épidémiologie descriptive

4.1.1. Fréquence

Le trouble panique (TP) a une prévalence sur la vie de 1,5 % en population générale ; cette évaluation étant assez homogène dans les différentes études internationales.

Les troubles phobiques ont une prévalence sur la vie diversement appréciée selon les sous-types (agoraphobie, phobie sociale, phobies simples). L'agoraphobie (A) a des taux compris entre 1 et 7 %, les phobies sociales (PS) entre 0,5 et 4 %. Si l'on exclut les phobies simples (le plus souvent peu invalidantes) et que l'on ne retient que les troubles phobiques handicapants, il apparaît raisonnable de retenir le chiffre de 4 à 5 % pour l'ensemble des phobies.

Le trouble « anxiété généralisée » (TAG) souffre également d'une évaluation hétérogène de sa prévalence dans la littérature

internationale (3,5 à 10,5 % en population générale). Une valeur médiane de 4 % est une estimation raisonnable.

Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) a une prévalence sur la vie d'environ 2 % dans la majorité des études en population générale.

L'état de stress post-traumatique (ESPT) concerne environ 0,5 % de la population ; les taux sont, bien entendu, beaucoup plus élevés dans des populations sinistrées [8].

Les troubles névrotiques et anxieux concernent deux fois plus les femmes que les hommes, plutôt les sujets jeunes d'âge moyen, vivant seul(e) et appartenant plutôt aux classes sociales les moins favorisées.

Au total : compte tenu de la comorbidité entre troubles névrotiques et anxieux (par ex. : TP + A ou TAG + TP), leur prévalence totale est d'environ 10 % (12,6 % dans l'ECA selon Regier et Kaelber, 1995 [9]) surtout si l'on prend en compte les troubles somatoformes (conversion hystérique, psychalgies, hypocondrie...), soit quatre millions de personnes en France.

4.1.2. Retentissement

Le nombre de décès attribuables aux seuls troubles névrotiques et anxieux est difficile à chiffrer car ils agissent plus en augmentant le risque suicidaire lié à d'autres troubles (en cas de comorbidité) que de manière univoque. Par exemple, le risque est multiplié par cinq chez un déprimé souffrant de trouble panique.

Les troubles névrotiques et anxieux sont un facteur de baisse de la qualité de vie, que ce soit pour l'agoraphobe qui ne peut plus sortir de chez lui qu'accompagné, le phobique social qui ne peut parler ou manger en public, l'obsessionnel en proie à des obsessions et des rituels plusieurs heures par jour, le paniqueur qui multiplie les crises d'angoisse ou le patient souffrant d'ESPT qui a des nuits hantées par les cauchemars et des journées parasitées par une hyper-réactivité au moindre stimulus.

En outre, les troubles anxieux non traités se chronicisent et entraînent des conduites addictives ou des troubles dépressifs [14] :

- 27 % de rémissions spontanées (17 % en cas de comorbidité) pour le TAG selon le Harvard Anxiety Research Program ;
- risque de dépression multiplié par 2,6 chez l'adolescent (inférieur ou égal à 20) et 3,9 chez le jeune adulte (20–35 ans) en cas de TAG selon le Early Development Stages of Psychopathology ;
- évolution vers l'alcoolisme de 15 % des TAG et vers la toxicomanie de 5 % des TAG dans la National Comorbidity Survey.

Les anxieux sont de grands consommateurs de soins, souvent inappropriés. Les « paniqueurs » sont, par exemple, très souvent aux urgences des hôpitaux pour de « pseudo-

accidents cardiaques » ; les anxieux incitent les médecins à multiplier les examens complémentaires inutiles.

En consultation spécialisée, les troubles névrotiques sont diagnostiqués, respectivement, en privé ou dans le secteur public, chez : 11,5 et 3,5 % pour les troubles phobique et panique, 5,5 et 2 % pour le TOC, 19 et 7,9 % pour le TAG [10].

4.1.3. Évolution

Les inégalités sociales, comme pour les troubles dépressifs, ont surtout un impact sur l'accès aux soins ; la décision de consulter nécessitant une relative conscience de la maladie que facilite un certain niveau socioéducatif.

La prévalence des troubles névrotiques et anxieux semble relativement stable dans le temps. La tendance étant à abaisser le seuil de sévérité pour qualifier un syndrome et le reconnaître comme pathologique, les taux de prévalence sont sensiblement plus élevés qu'ils ne l'étaient au milieu du xx^e siècle. Par exemple, lorsque l'on se réfère à la classification de l'Inserm (1968) pour les troubles mentaux, on dénombrait 0,2 à 0,5 % de névrose obsessionnelle alors que la prévalence des TOC est de 2 % avec les critères du DSM-III ou -IV.

4.2. Épidémiologie analytique

Les déterminants des troubles névrotiques et anxieux sont assez comparables à ceux des troubles dépressifs, que ce soient les caractéristiques sociodémographiques, la vulnérabilité biologique ou les facteurs psychosociaux.

Soulignons, toutefois, qu'il existe des différences entre ces syndromes névrotiques et anxieux ; par exemple :

- le poids des facteurs génétiques est plus important dans le TP que dans le TAG ;
- les ESPT sont, par définition, induits par un événement traumatique majeur (catastrophe naturelle, attentat, accident industriel majeur...) ;
- des facteurs spécifiques ont été retrouvés pour certaines catégories de troubles (par exemple des antécédents de streptococcies dans le TOC) ;
- les phobies résultent probablement, plus que les autres troubles névrotiques, d'un conditionnement, comme le suggèrent les théories cognitivocomportementales.

Comme pour toutes les pathologies mentales, les principaux déterminants de la gravité des troubles névrotiques et anxieux sont le retard au diagnostic et donc à la prise en charge thérapeutique.

4.3. Épidémiologie d'intervention

Comme pour la dépression, c'est par l'amélioration du dépistage et l'accréditation des pratiques de soins que l'on pourra améliorer le problème de la morbidité anxieuse. Le recours presque systématique aux benzodiazépines en médecine générale devrait être remplacé par la promotion de stratégies psychothérapeutiques adaptées.

Des projets d'amélioration du dépistage et de la prise en charge des troubles névrotiques et anxieux ont été élaborés et évalués dans certains pays. Par exemple, l'équipe de Seattle a montré qu'un programme d'intervention pour l'éducation des patients souffrant de trouble panique et de collaboration médecin généraliste/spécialiste permettrait de réduire de 74 jours en moyenne (sur un an) la période d'expression clinique et de diminuer de 325 \$ le coût du traitement de cette pathologie, avec amélioration de l'indice coût efficacité.

5. CONCLUSION

La prévention primaire des troubles mentaux, selon le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, devrait lutter contre :

- la baisse du niveau d'appartenance sociale (familiale, amicale), facteur d'isolement ;
- la perte de sens et de cohérence, facteur d'émoussement du goût de vivre et de la capacité d'anticiper ;
- la diminution du sentiment de contrôler sa propre vie, induisant une autodépréciation ;
- la disparition de la spiritualité, des références politiques ou éthiques, génératrice d'angoisse existentielle.

Non seulement ces facteurs déterminent le stress, l'anxiété et l'humeur dépressive, mais ils créent de mauvaises conditions de réhabilitation pour les patients et favorisent l'intégrisme, l'embrigadement dans des sectes ou toute forme de manipulation. Toutefois, ces axes de prévention primaire sont quelque peu incantatoires et difficiles à évaluer. Quoi qu'il en soit, il convient de mentionner les initiatives entreprises par le secteur social pour améliorer la qualité de vie des populations et lutter contre l'isolement social, la violence, les troubles du comportement, les addictions... .

La prévention secondaire se focalisera sur le dépistage précoce des troubles mentaux, que ce soit pour la schizophrénie, le trouble bipolaire, la dépression ou les troubles névrotiques et anxieux. Cette action mobilisera non seulement les médecins généralistes, scolaires, du travail, mais également les travailleurs sociaux, l'éducation nationale, la presse... Il conjuguera la formation des professionnels, l'information du public et du milieu associatif et l'élaboration de tests de dépistage. L'objectif est de réduire le délai moyen de dix ans entre les premiers symptômes et la première prise en charge thérapeutique.

La prévention tertiaire nécessite, pour diminuer les récurrences et la chronicisation, d'optimiser les prises en charge thérapeutiques. Cela suppose une réflexion sur les pratiques de soin et le respect de « guidelines » rendant compte de stratégies thérapeutiques validées. Cette démarche passe par la conception d'une politique du médicament psychotrope et l'accréditation de techniques psychothérapeutiques ou psychoéducatives.

RÉFÉRENCES

- [1] Angst J. A new bipolar spectrum concept: A brief review. *Bipolar Disord* 2002;4(suppl. 1):1–14.

- [2] Horwath E, Weissman M. Epidemiology of depression and anxiety disorders. In: Tsuang MT, Tohen M, Zahner GEP, editors. Textbook of Psychiatric epidemiology. New York: Wiley-Liss; 1995. p. 317–44.
- [3] Jablenski A, Sartorius N, Ernberg G, Anker M, Korten A, Cooper JE, et al. Schizophrenia: Manifestation, incidence and course in different cultures. A world Health Organisation Ten country study. Psychol Med Monograph Suppl 20. Cambridge: Cambridge University Press; 1992.
- [4] Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Life time and 12 months prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in US. Results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1994;51:8–19.
- [5] Murray CL, Lopez AD. The global burden of disease. Boston (MA): Harvard University Press; 1996.
- [6] Narrow WE. Revisited prevalence estimates of mental disorders in the US: Using significance criterion to reconcile 2 surveys estimates. Arch Gen Psychiatry 2002;59:115–23.
- [7] OZMS (Organisation Mondiale de la Santé) rapport sur la Santé dans le monde 2001. La santé mentale Nouvelle Conception, nouveaux espoirs. Genève: OMS; 2001.
- [8] Prieto N, Rouillon F. Importance de l'enjeu en terme épidémiologique. Rapport de Psychiatrie. Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française. Paris: Masson; 2005.
- [9] Regier DA, Kaelber CT. The Epidemiological Catchment Area (ECA) Program: Studying the prevalence and incidence of psychopathology in Textbook. In: Tsuang MT, Tohen M, Zahner GEP, editors. Textbook in psychiatric epidemiology. New York : John Wiley and Sons Inc.1995. p. 35–155.
- [10] Rouillon F. et le GEP. Enquête épidémiologique sur les troubles psychiatriques en consultation spécialisée. Encéphale 1992; V: 739–42.
- [11] Rouillon F, Toumi M, Dansette GY, Benyaya J, Auquier P. Some aspects of the cost of schizophrenia in France. Pharmaco-economics 1997;11: 578–94.
- [12] Rouillon F. Épidémiologie du trouble bipolaire. Encéphale 1997;(Sp1): 7–11.
- [13] Rouillon F. Les troubles dépressifs récurrents. Paris: John Libbey Eutotext; 2003.
- [14] Rouillon F. Long term treatment of generalized anxiety disorder. Eur Psychiatry 2004;19:96–101.