

# ***Santé psychique, maladies psychiatriques et neuropsychiatriques***

**Cours de médecine sociale et préventive, 6ème année  
Faculté de biologie et de médecine de Lausanne  
Année 2009-2010**

# *Plan*

- **Définitions**
- **Épidémiologie des TMC**
- **Troubles dépressifs**
- **Abus de substances**
- **Schizophrénie**
- **Épilepsie**
- **Alzheimer**
- **Retard mental**
- **Enfants et adolescents**
- **Stratégies de santé publique**

## ***Définition OMS :***

### ***Troubles mentaux et du comportement (TMC)***

- **Anomalies, permanentes ou récurrentes, causant une souffrance ou constituant un handicap dans un ou plusieurs domaines de la vie courante**
- **NB**
  - **ne sont pas de simples variations à l'intérieur des limites « normales », mais des phénomènes manifestement pathologiques**
  - **suivent une évolution naturelle généralement prévisible.**
  - **une souffrance morale ne constitue pas nécessairement un trouble mental. Elle peut être due à des difficultés personnelles ou sociales : p.ex., il y a une différence entre humeur dépressive et dépression caractérisée**



# ***Classification internationale des maladies, 10ème révision : Troubles mentaux et du comportement***

- **Troubles mentaux organiques (y compris troubles symptomatiques)**
- **Troubles mentaux et du comportement liés aux substances psychoactives**
- **Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants**
- **Troubles de l'humeur**
- **Troubles névrotiques, troubles liés au stress, troubles somatoformes**
- **Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques**
- **Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte**
- **Retard mental**
- **Troubles du développement psychologique**
- **Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence**

# *Plan*

- **Définitions**
- **Épidémiologie des TMC**
- **Troubles dépressifs**
- **Abus de substances**
- **Schizophrénie**
- **Épilepsie**
- **Alzheimer**
- **Retard mental**
- **Enfants et adolescents**
- **Stratégies de santé publique**



# Épidémiologie des TMC, adultes

*WHO Report, 2001; Bull World Health Org 2004;82:858*

- **prévalence ponctuelle du TMC est de 10 %, soit 450 millions dans le monde (WHO, 2000)**
  - **Rappel: Prévalence ponctuelle (point prevalence) : personnes atteintes à un moment donné**
- **prévalence annuelle : 8.4% - 29.1%**
  - **prévalence du moment (period prevalence) : à un moment quelconque pendant une certaine période, e.g., 1 an; utile pour connaître le nombre de personnes qui, en un an, auront besoin de se faire soigner**
- **prévalence lifetime : 25% (12.2%- 48.6%)**
  - **prévalence au cours de l'existence (lifetime prevalence) : à un moment quelconque pendant une vie d'homme**

# *Épidémiologie des TMC, adultes*

*WHO Report, 2001*

- **Toutes formes confondues, les TMC plus fréquents chez les femmes que chez les hommes**
- **Mais : les troubles graves ont la même fréquence dans les deux sexes**

# ***Épidémiologie du TMC, adultes***

***WHO Report, 2001***

- **Les TMC sont à l'origine d'une grosse partie des incapacités dans la population**
  - **exprimées en nombre d'années de vie vécues avec incapacité (AVI) ou en nombre d'années de vie corrigées pour l'incapacité (AVCI= DALYs)**
  - **AVCI= Mesure synthétique de la santé de la population, exprimant une différence entre la santé d'une population et une situation idéale où chaque individu vivrait longtemps en pleine santé**
  - **Dans une population, le nombre d'AVCI correspondant à une pathologie est la somme des années de vie perdues par décès prématuré (AVP) et des années de vie perdues du fait d'une incapacité (API)**

# Principales causes d'années de vie vécues avec incapacité, 2000 WHO report 2001

Hommes, 15–44 ans		% du total	Femmes, 15–44 ans		% du total
1	Troubles dépressifs unipolaires	13,9	1	Troubles dépressifs unipolaires	18,6
2	Troubles liés à l'alcool	10,1	2	Anémie ferriprive	5,4
3	Schizophrénie	5,0	3	Schizophrénie	4,8
4	Trouble affectif bipolaire	5,0	4	Trouble affectif bipolaire	4,4
5	Anémie ferriprive	4,2	5	Dystocie	4,0
6	Atteinte auditive chez l'adulte	4,1	6	Atteinte auditive chez l'adulte	3,6
7	Accidents de la voie publique	3,8	7	Chlamydie	3,3
8	VIH/SIDA	3,2	8	Avortement	3,1
9	Troubles liés à l'utilisation de drogues	3,0	9	Trouble panique	2,8
10	Maladie pulmonaire obstructive chronique	2,6	10	VIH/SIDA	2,5

## Cinq maladies mentales figurent déjà parmi les 10 premières causes d'incapacité dans le monde

15	Trouble panique	1,6	15	Troubles liés à l'alcool	1,5
16	Tuberculose	1,6	16	Polyarthrite rhumatoïde	1,4
17	Goutte	1,3	17	Trouble obsessionnel-compulsif	1,4
18	Trouble obsessionnel-compulsif	1,3	18	Chutes	1,4
19	Violence	1,2	19	Etat de stress post-traumatique	1,4
20	Gonorrhée	1,1	20	Asthme	1,3

# ***Epidémiologie des TMC, enfants & ados***

***WHO report 2001***

<b>Pays</b>	<b>Age (années)</b>	<b>Prévalence ( %)</b>
Allemagne <sup>1</sup>	12-15	20,7
Espagne <sup>2</sup>	8, 11, 15	21,7
Etats-Unis d'Amérique <sup>3</sup>	1-15	21,0
Ethiopie <sup>4</sup>	1-15	17,7
Inde <sup>5</sup>	1-16	12,8
Japon <sup>6</sup>	12-15	15,0
Suisse <sup>7</sup>	1-15	22,5

# *Effets des TMC*

- **Effets directs: manifestations cliniques et séquelles**
- **Effets indirects: effets physiopathologiques**
  - **anxiété et dépression induisent des altérations des fonctions endocriniennes et immunitaires**
    - **cicatrisation des lésions**
    - **psychothérapie chez femmes avec cancer du sein prolongent leur survie (Spiegel et al., 1989)**
    - **dépression comme facteur prédictif de la survenue d'une cardiopathie**

# Crude and adjusted RR for CHD associated with depression in women *Arch Intern Med 2000;160:1261*

Data from 5007 women enrolled in NHANES I (1982-4), free of CHD at interview, completing a depression Scale (CES-D). Evaluation in 1992 or until a CHD event. Cox proportional hazards regression models to evaluate RR of CHD incidence and mortality in the depressed women, controlling for standard CHD risk factors

Variable	n	Relative Risk (95% CI)	
		Crude	Adjusted
Nonfatal events			
All nonfatal CHD events†	187	2.09 (1.35-3.23)	1.73 (1.11-2.68)
Acute and subacute events‡	88	1.86 (0.96-3.60)	1.56 (0.80-3.03)
Fatal events			
CHD events§	129	1.02 (0.53-1.94)	0.74 (0.40-1.48)
All fatal events‡	551	1.37 (1.02-1.82)	1.21 (0.90-1.62)

†Adjusted for poverty index and (poverty index)<sup>2</sup>, smoking, hypertension, diabetes, and body mass index.

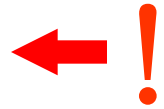
‡Adjusted for poverty index, smoking, hypertension, diabetes, and body mass index.

§Adjusted for poverty index, smoking, diabetes, body mass index, and nonfatal coronary heart disease events.

# Crude and adjusted RR for CHD associated with depression in women *Arch Intern Med 2000;160:1261*

Data from 5007 women enrolled in NHANES I (1982-4), free of CHD at interview, completing a depression Scale (CES-D). Evaluation in 1992 or until a CHD event. Cox proportional hazards regression models to evaluate RR of CHD incidence and mortality in the depressed women, controlling for standard CHD risk factors

Variable	n	Relative Risk (95% CI)	
		Crude	Adjusted
Nonfatal events			
All nonfatal CHD events†	187	2.09 (1.35-3.23)	1.73 (1.11-2.68)
Acute and subacute events‡	88	1.86 (0.96-3.63)	1.56 (0.80-3.03)
Fatal events			
CHD events§	129	1.02 (0.53-1.94)	0.74 (0.40-1.48)
All fatal events‡	551	1.37 (1.02-1.83)	1.21 (0.90-1.62)



†Adjusted for poverty index and (poverty index)<sup>2</sup>, smoking, hypertension, diabetes, and body mass index.

‡Adjusted for poverty index, smoking, hypertension, diabetes, and body mass index.

§Adjusted for poverty index, smoking, diabetes, body mass index, and nonfatal coronary heart disease events.

# Crude and adjusted RR for CHD associated with depression in women *Arch Intern Med 2000;160:1261*

Data from 5007 women enrolled in NHANES I (1982-4), free of CHD at interview, completing a depression Scale (CES-D). Follow-up in 1992 or until a CHD event. Cox proportional hazards regression models to evaluate RR of CHD incidence and mortality in the depressed women, controlling for standard CHD risk factors

Variable	n	Relative Risk (95% CI)	
		Crude	Adjusted
Nonfatal events			
All nonfatal CHD events†	187	2.09 (1.35-3.23)	1.73 (1.11-2.68)
Acute and subacute events‡	88	1.86 (0.96-3.60)	1.56 (0.80-3.03)
Fatal events			
CHD events§	129	1.02 (0.53-1.94)	0.74 (0.40-1.48)
All fatal events‡	551	1.37 (1.02-1.82)	1.21 (0.90-1.62)

† Adjusted for poverty index and (poverty index)<sup>2</sup>, smoking, hypertension, diabetes, and body mass index.

‡ Adjusted for poverty index, smoking, hypertension, diabetes, and body mass index.

§ Adjusted for poverty index, smoking, diabetes, body mass index, and nonfatal coronary heart disease events.

**Crude and adjusted RR for CHD associated with depression in men** *Arch Intern Med 2000;160:1261*  
**Data from 2886 men**

Variable	n	Relative Risk (95% CI)	
		Crude	Adjusted
Nonfatal events			
All nonfatal CHD events†	187	1.79 (1.19-2.67)	1.71 (1.14-2.56)
Acute and subacute events‡	102	1.22 (0.65-2.28)	1.14 (0.61-2.14)
Fatal events			
CHD events§	137	2.73 (1.81-4.12)	2.34 (1.54-3.56)
All fatal events	572	1.85 (1.48-2.31)	1.69 (1.35-2.11)

†Adjusted for poverty index, smoking, and smoking  $\times$  natural log (age at coronary heart disease event), hypertension, race, and body mass index.

‡Adjusted for poverty index, smoking, race, hypertension, and body mass index.

§Adjusted for poverty index, smoking, race, hypertension, diabetes, body mass index, and nonfatal coronary heart disease events.

||Adjusted for poverty index, smoking, race, hypertension, diabetes, and body mass index.

# *Effets des TMC*

- **Effets indirects : effets via les styles de vie**
  - **Plus de fumeurs chez les dépressifs et les TMC en général**
  - **Plus de consommation d'alcool chez les dépressifs**
  - **Moins d'observance thérapeutique chez les dépressifs**
    - **Diabétiques** (Arch Intern Med 2000;160:3278)
    - **Métanalyse : non-observance 3x plus fréquente chez dépressifs** (Arch Intern Med 2000;160:2101)

# *Facteurs de risque*

- **troubles civils**



# *Facteurs de risque*

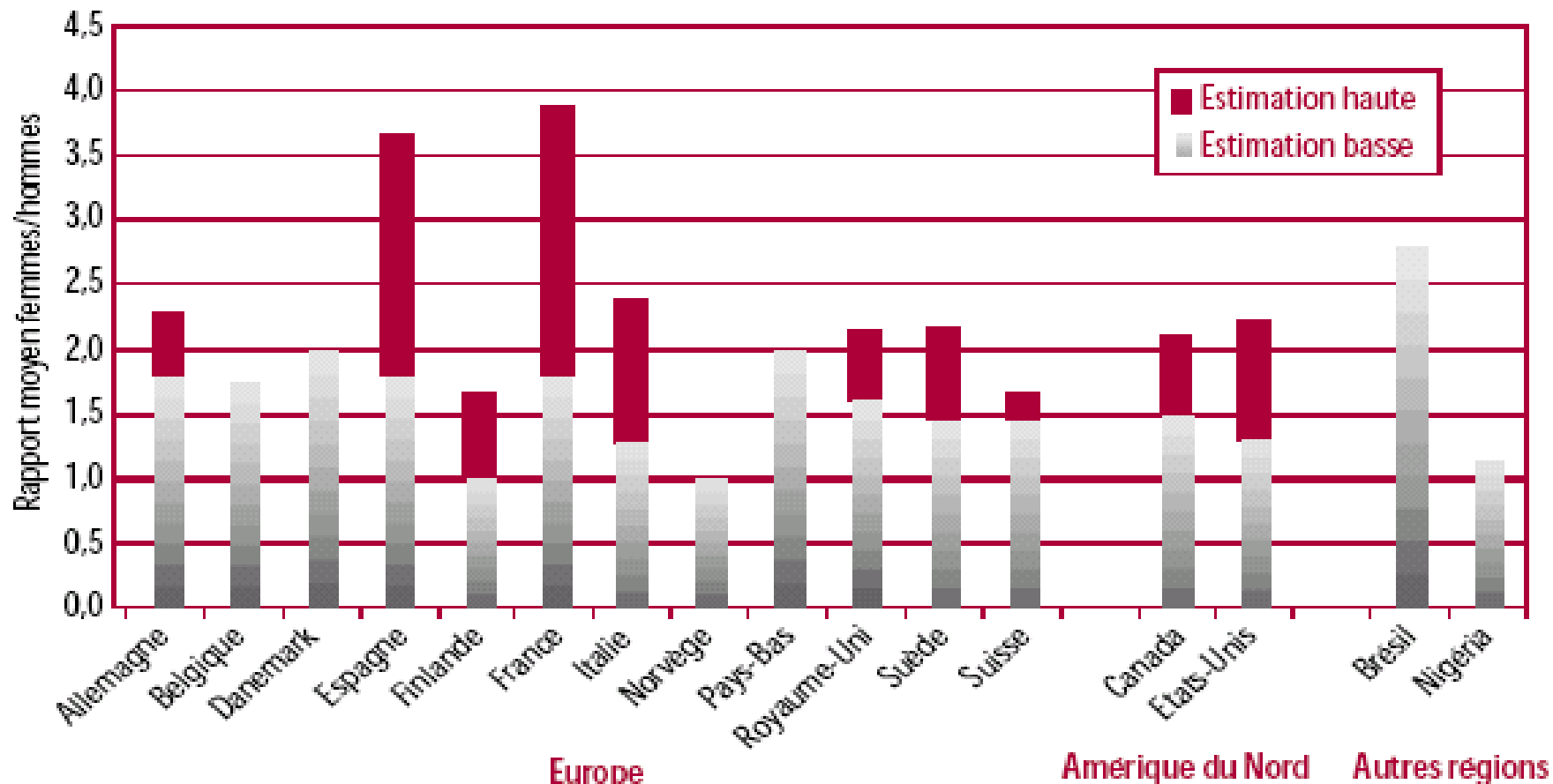
- **troubles civils**
- **sexisme**

# ***Facteurs de risque : sexisme***

- **rôles multiples (épouse, mère, éducation, soins, main-d'œuvre, ...)**
  - **La femme est la principale source de revenus dans un quart à un tiers des foyers**
- **importante discrimination sexuelle (pauvreté, faim, malnutrition, travail excessif, violences domestique et sexuelle)**
- **les sévices subis par les femmes restent un problème social et de santé publique majeur**

# Rapport femmes/hommes pour la consommation de psychotropes

WHO report 2001



IUMSP

Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

# *Facteurs de risque*

- **troubles civils**
- **sexisme**
- **racisme**
  - **semble induire une persistance des problèmes mentaux**
  - **analyse de 10 études portant sur divers groupes raciaux aux USA (15 000 enquêtés) : lien entre expérience du racisme et détresse psychologique Ethn Health 2000;5:243**
- **urbanisation**

# ***Facteurs de risque : Urbanisation***

- **Urbanisation 1950-2000 :**
  - **population urbaine en Asie, en Afrique, en Amérique centrale et en Amérique du Sud : de 16 % à 50 % (Harpham & Blue, 1995)**
  - **Mexico : 3,1 millions → 10 millions**
  - **São Paulo : 2,8 millions → 10 millions**
- **La moitié des populations urbaines vit dans la misère**
- **Mécanismes de l'association risque-TMC : aggravation et concentration des situations défavorables :**
  - **surpeuplement**
  - **pollution de l'environnement**
  - **pauvreté**
  - **violence**
  - **diminution des soutiens sociaux**

***Lagos,  
September  
2001***



**IUMSP**

Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

# *Plan*

- **Définitions**
- **Épidémiologie des TMC**
- **Troubles dépressifs**
- **Abus de substances**
- **Schizophrénie**
- **Épilepsie**
- **Alzheimer**
- **Retard mental**
- **Enfants et adolescents**
- **Stratégies de santé publique**

## ***troubles dépressifs (estimations pour les pays européens, WHO-Europe 2003)***

- **tristesse de l'humeur, perte d'intérêt, baisse de l'estime de soi, culpabilité injustifiée, idées de mort et de suicide, difficultés à se concentrer, troubles du sommeil, perte d'appétit**
- **symptômes pendant > 2 semaines**
- **prévalence ponctuelle : hommes 2%; femmes 3%**
- **prévalence annuelle : hommes 6%; femmes 10%**
- **maximum d'incidence entre 15 et 44 ans**
- **en 2020, les troubles dépressifs seront la 2<sup>ème</sup> cause d'AVCI, après les cardiopathies ischémiques**
- **récidive : 35% dans les 2 ans après le 1<sup>er</sup> épisode, 60% dans les 12 ans**
- **15-20 % des dépressifs mettent fin à leurs jours**

# *troubles liés à l'utilisation de substances*

- **inclut :**
  - alcool
  - opiacés
  - cannabis
  - sédatifs ou hypnotiques
  - cocaïne
  - tabac
  - solvants
- **syndrome de dépendance**
  - désir puissant d'utiliser la substance
  - difficulté à en contrôler l'utilisation
  - syndrome de sevrage physiologique
  - tolérance aux effets de la substance
  - abandon d'autres sources de plaisir et d'intérêt
  - poursuite de la consommation malgré ses effets nocifs sur soi-même et sur autrui

## *troubles liés à l'utilisation de substances*

### ■ **Alcool**

- **Consommation plus élevée chez les hommes que chez les femmes**
- **1,5 % des décès, 3,5 % des AVCI**
- **Coûts estimés à 2,7 % du PIB (Canada)**
- **Le nombre de personnes qui consomment de l'alcool quotidiennement a baissé ces dix dernières années, et la proportion des personnes abstinentes a augmenté**

# Fréquence de la consommation d'alcool entre 1992 et 2002 (en %)

	Hommes		Femmes	
	1992	2002	1992	2002
<b>Alcool</b>				
au moins 1 fois par jour	30,1	22,2	11,5	10,0
plusieurs fois par semaine	14,6	13,9	6,6	6,1
1-2 fois par semaine	28,8	32,8	25,6	26,5
plus rarement	17,1	16,9	34,0	27,0
jamais (abstinence)	9,4	14,2	22,3	30,4

## *troubles liés à l'utilisation de substances*

- **Autres substances psychotropes**
  - **Chez les jeunes de 15 à 24 ans, la proportion de consommateurs ou consommatrices de cannabis a presque doublé entre 1992 et 2002**

## Consommation de substances psychoactives chez les jeunes de 15 à 24 ans, en 1992 et 2002 (en %)

	hommes		femmes	
	1992	2002	1992	2002
<b>Tabac</b>				
fumeurs	35,9	39,9	25,7	34,8
anciens fumeurs	5,9	4,3	5,5	5,4
non-fumeurs (jamais)	58,2	55,8	68,8	59,9
<b>Alcool</b>				
au moins 1 fois par jour	7,6	3,2	1,1	0,6
plusieurs fois par semaine	12,1	7,6	4,1	2,2
1-2 fois par semaine	36,7	47,2	29,2	30,7
plus rarement	22,4	19,8	36,6	35,3
jamais (abstinence)	21,2	22,2	29,0	31,1
<b>Drogues illicites</b>				
expérience avec le haschisch	24,3	36,1	10,9	24,4
consommation actuelle de haschisch	9,8	16,3	4,3	7,7
expérience avec une drogue dure	4,6	3,8	2,7	2,7
expérience avec l'ecstasy (comparaison 1997 et 2002)	4,1	3,1	3,2	1,5

# ***Schizophrénie***

- **prévalence ponctuelle : 0,4 %**
- **fréquence identique dans les deux sexes (plus tardif chez la femme, et meilleur pronostic)**
- **traitements (médicaments, thérapies psychosociales) efficace (50% des schizophrènes évoluent vers une guérison complète et durable)**
- **20% des malades avec activités quotidiennes profondément perturbées (schizo grave très incapacitante, au 3<sup>e</sup> rang des invalidités, avant paraplégie et cécité**
- **suicide chez 10 % des schizophrènes, tentamen chez 30%**

# *épilepsie*

- **l'affection cérébrale la plus répandue dans la population générale : 37 mio (épilepsie primaire), 50 mio au total**
  - **80% vivent dans les pays en développement**
- **causes : génétique, lésions périnatales, infections ou parasitoses (cysticercose, schistosomiase, toxoplasmose, paludisme), traumatismes crâniens, intoxication, tumeurs**

# *maladie d'Alzheimer*

- **maladie cérébrale dégénérative primitive**
- **déclin progressif des fonctions cognitives** (mémoire, idéation, compréhension, calcul, langage, capacité d'apprendre, jugement)
- **survient généralement > 65 ans**
  - **incidence double tous les 5 ans d'âge**
- **prévalence ponctuelle : 0,6% dans la population générale**
  - **après 60 ans : hommes 5%, femmes 6%**
- **cause inconnue** (perturbation du métabolisme et de la régulation du précurseur de la protéine amyloïde, des protéines de la plaque, des protéines tau, du zinc et de l'aluminium, ...)
  - **Pas de prévention connue**

# *retard mental*

- **Le retard mental est un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet**
- **Caractérisé par un faible niveau global d'intelligence, notamment des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales**
- **Trouble permanent**
- **Isolé (retard mental non syndromique) ou associé à un autre trouble mental ou physique**
- **Prévalence globale: 1 - 3 %**
  - **plus fréquent dans les pays en développement (par traumatisme, anoxie néonatale, infection)**
- **Carence en iode, première cause évitable de retard mental**

# ***TCM spécifiques de l'enfance et de l'adolescence***

- **Troubles du développement psychologique**
  - **difficultés ou retard dans l'acquisition de la parole et du langage (dyslexie) ou troubles envahissants du développement (autisme)**
  - **évoluent de manière régulière, sans rémission ni rechutes**
  - **la plupart tendent à s'atténuer avec l'âge**
- **Troubles du comportement et émotionnels**
  - **troubles hyperkinétiques, déficits de l'attention, troubles des conduites, troubles émotionnels**

# *Plan*

- **Définitions**
- **Épidémiologie des TMC**
- **Troubles dépressifs**
- **Abus de substances**
- **Schizophrénie**
- **Épilepsie**
- **Alzheimer**
- **Retard mental**
- **Enfants et adolescents**
- **Stratégies de santé publique**

# ***Stratégies de santé publique***

- **Progrès de la psychopharmacologie (neuroleptiques, antidépresseurs) et des interventions psychosociales**
- **Mouvement des droits de l'homme**
  - ➔ ***diminution asile***
  - ➔ ***prise en charge dans les soins primaires***

## ***Stratégies de santé publique: disparition des asiles***



***San Clemente, 1975***

IUMSP

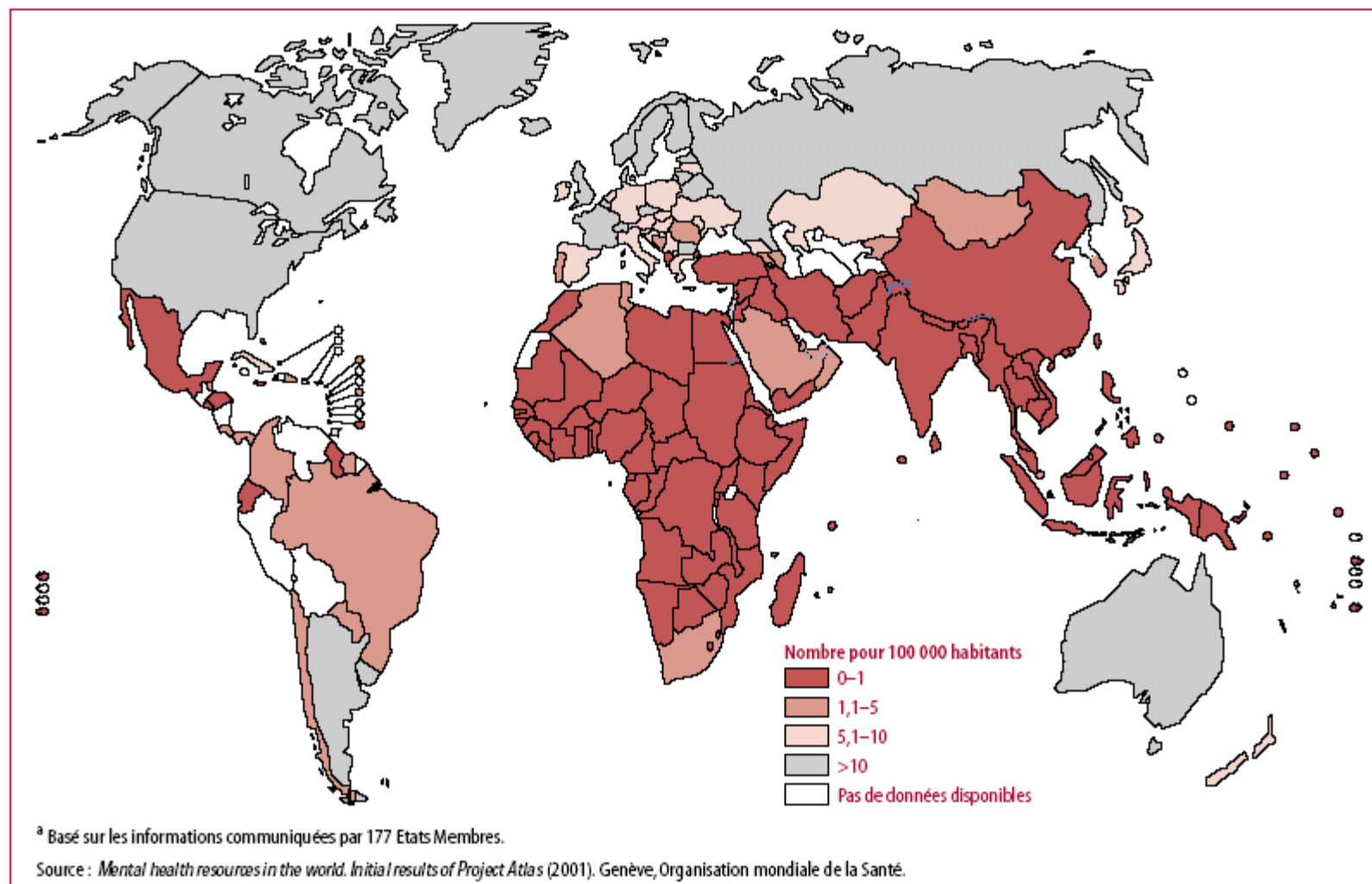
Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

# ***Épidémiologie du TMC***

*WHO Report, 2002*

- **12-13 % de la charge globale de morbidité**
- **À comparer au 1% des dépenses de santé consacré par la plupart des pays à la santé mentale**

Figure 4.4 Nombre de psychiatres pour 100 000 habitants, 2000<sup>a</sup>



# *Plan*

- **Définitions**
- **Épidémiologie des TMC**
- **Troubles dépressifs**
- **Abus de substances**
- **Schizophrénie**
- **Épilepsie**
- **Alzheimer**
- **Retard mental**
- **Enfants et adolescents**
- **Stratégies de santé publique**