

## Prévalence sur la vie des maladies psychiques

### Point de vue

Les maladies mentales peuvent affecter sensiblement la vie quotidienne et le bien-être des personnes touchées et de leur environnement social. Le but du système de santé est de mettre à disposition une offre thérapeutique et de prévention adéquate et d'assurer ainsi un soutien efficace à la population.

Une bonne connaissance de l'état de santé de la population et du nombre de malades constitue un élément important pour mettre en place un processus de planification et d'évaluation au sein du système de santé. Pour répondre à ce besoin, l'Obsan a publié par le passé plusieurs rapports de monitoring complets sur la santé mentale en Suisse. Ceux-ci se basent sur des études épidémiologiques et, lorsque c'est possible, sur des enquêtes représentatives au niveau national.

Afin d'organiser et d'interpréter les résultats des études et des enquêtes, il faut tenir compte à la fois des aspects méthodologiques et de contenu. Comment les personnes ont-elles été interrogées, par écrit ou lors d'un entretien avec un professionnel? Quelle partie de la population a participé à l'étude? Les personnes ont-elles été interrogées à une ou à plusieurs reprises? Quels systèmes de classification ont été utilisés et ont-ils changé ces dernières années? Les derniers développements, perspectives et orientations dans les disciplines de recherche doivent également être pris en compte car ils participent à l'interprétation des résultats et des tendances temporelles.

Les débats actuels sur la prévalence et le diagnostic des maladies mentales, ainsi que sur les conséquences pour les besoins en soins sont présentés et résumés dans ce bulletin. Nous espérons ainsi contribuer à une discussion éclairée.

Claudio Peter

Responsable du domaine de compétences Santé mentale, maladie et handicap, Obsan

Il importe de mesurer précisément la prévalence des maladies psychiques pour pouvoir assurer la planification, la mise en œuvre et le monitoring des soins de santé dans ce domaine. Le rapport que l'Obsan a publié l'année dernière sur la santé psychique en Suisse (Schuler et al., 2016) a montré qu'environ une personne sur deux souffre d'un problème psychique à un moment ou à un autre de sa vie et qu'une personne sur cinq est touchée par la dépression. Ces chiffres coïncident avec les chiffres américains de la *National Comorbidity Survey Replication* (NCS-R; Kessler et al., 2005), l'étude de prévalence la plus citée dans le monde. Cette étude estime à 46,4% la prévalence sur la vie des troubles psychiques en général et conclut par extrapolation à un risque de 50,8% de souffrir d'un trouble psychique jusqu'à l'âge de 75 ans (voir encadré). La prévalence sur la vie de la dépression est estimée à 16,6% et son risque d'être atteint au cours d'une vie à 23,2%. Ces chiffres se sont imposés comme des valeurs de référence solides et généralement fiables. Ils sont repris dans presque toutes les publications sur les maladies psychiques. Mais des indices semblent indiquer aujourd'hui qu'ils sont fortement sous-estimés, pour des raisons méthodologiques.

Les méthodes de mesures qui sous-tendent ces estimations seront analysées ci-après afin de déterminer pourquoi les mesures prospectives de la prévalence sur la vie des troubles psychiques aboutissent à des chiffres nettement plus élevés que les mesures rétrospectives, comme celles effectuées par la NCS-R. Des études internationales et des estimations récentes pour la Suisse seront présentées. Mais si la prévalence sur la vie des troubles psychiques, et notamment des maladies dépressives, est, selon les études les plus récentes, nettement plus élevée que ce qu'on a longtemps cru (Angst et al., 2016; Moffitt et al., 2010), cela ne signifie pas nécessairement que les besoins de prise en charge doivent eux aussi être revus à la hausse. De plus, un taux de prévalence élevé ne signifie pas forcément que les diagnostics identifiés soient cliniquement pertinents. A cet égard la deuxième partie de ce bulletin examinera la validité des systèmes de classification des troubles psychiques et les implications que le choix des critères de diagnostics peut avoir sur le système de soins.

## Estimation de la prévalence sur la vie: limites méthodologiques

### Études rétrospectives

Le recours à de grands échantillons représentatifs donne un degré élevé de crédibilité à la NCS-R et à d'autres études du même ordre pour ce qui est de la prévalence à 12 mois au niveau de la population. Ces études n'en présentent pas moins certaines limites pour ce qui est de la mesure de la prévalence sur la vie. Les maladies psychiques y sont considérées rétrospectivement dans le cadre d'interviews structurées réalisées une seule fois dans un groupe de personnes. L'interview porte sur la prévalence à 12 mois et sur la prévalence sur la vie. Les personnes interrogées doivent dire si elles ont éprouvé des symptômes au cours des 12 mois écoulés et de manière générale au cours de leur vie. Les estimations ne sont fiables que si les personnes interrogées se souviennent des symptômes qu'elles ont eus parfois plusieurs dizaines d'années auparavant. Or la littérature spécialisée a maintes fois souligné que cette condition n'est généralement pas remplie, en raison des défaillances de la mémoire et à cause de certains mécanismes de réinterprétation des événements passés. Beaucoup de troubles passés sont oubliés ou ne sont plus interprétés après coup comme des troubles au moment de l'enquête (Andrews et al., 2005; Streiner et al., 2009). Les prévalences sur la vie mesurées rétrospectivement sous-estiment donc la véritable prévalence (Takayanagi et al., 2014).

### Études prospectives

Les études prospectives permettent de contourner cette difficulté. Elles consistent à suivre une cohorte d'âge (un groupe de personnes de même âge) sur une période d'observation aussi longue que possible. Ces personnes sont interrogées à intervalles réguliers, par exemple tous les trois ou cinq ans. La prévalence sur la vie s'appuie ainsi sur toute une série de mesures de la prévalence à 12 mois. On peut ainsi déterminer si une personne a été malade au cours d'une période d'observation relativement longue sans qu'elle ait à se souvenir de faits remontant trop loin dans le passé. Les mesures ainsi effectuées sont sensiblement moins biaisées par les défaillances de la mémoire et les mécanismes de réinterprétation. Les personnes interrogées n'ont jamais à solliciter leur mémoire au-delà des 12 derniers mois. Les estimations prospectives sont dès lors plus fiables et plus précises que les estimations rétrospectives (Andrews et al., 2005; Takayanagi et al., 2014).

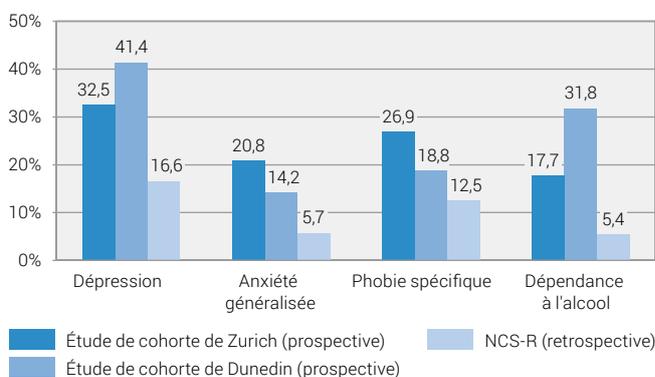
Toutefois, les études prospectives ne procèdent généralement pas à une enquête par an. Les troubles qui se manifestent les années où aucune enquête n'est réalisée ne sont pas pris en compte. Les études prospectives sous-estiment donc elles aussi, tendanciellement, la véritable prévalence.

### Résultats des études sur la prévalence sur la vie

Le graphique G1 montre la prévalence sur la vie de plusieurs maladies psychiques sur la base de deux études prospectives réalisées l'une à Zurich (Angst et al., 2016), l'autre à Dunedin en Nouvelle-Zélande (Moffitt et al., 2010). Ces chiffres sont confrontés aux estimations rétrospectives de la NCS-R (Kessler et al.,

2005). Comme on le voit, les chiffres rétrospectifs de la NCS-R sont nettement moins élevés que les estimations prospectives des études de cohorte de Zurich et de Dunedin.

### Prévalence sur la vie de quelques maladies psychiques dans deux études prospectives (Zurich et Dunedin) et dans l'étude rétrospective NCS-R (USA) G1



Source: Angst et al., 2016; Moffitt et al., 2010; Kessler et al., 2005

© Obsan 2017

Dans l'étude de cohorte de Zurich, par exemple, la prévalence sur la vie (limitée à la tranche d'âge de 20 à 50 ans) était de 32,5% pour la dépression et de 73,9% pour l'ensemble des troubles étudiés (sans la dépendance au tabac). Ces chiffres sont nettement supérieurs à ceux de la NCS-R: 16,6% pour la dépression, 46,4% pour tous les troubles. Et le risque au cours d'une vie est probablement encore sensiblement plus élevé dans la réalité. Premièrement parce que dans la cohorte zurichoise, on n'a pas tenu compte de tous les troubles psychiques. Les troubles de la personnalité, par exemple, dont la prévalence est relativement élevée dans les pays industrialisés occidentaux (environ 10%; Lenzenweger, 2008), n'ont pas été pris en considération. Deuxièmement parce que la prévalence sur la vie ne porte, dans l'étude

#### Termes définissant la fréquence d'un trouble dans la population

*Prévalence*: nombre de cas d'une maladie pendant une période d'observation définie.

*Prévalence ponctuelle*: nombre de cas au moment de l'enquête.

*Prévalence à 12 mois*: nombre de cas au cours des 12 mois précédant le moment de l'enquête.

*Prévalence sur la vie*: nombre de personnes atteintes au cours de leur vie jusqu'au moment de l'enquête.

*Risque au cours d'une vie*: extrapolation de la prévalence sur la vie à la durée entière de la vie (généralement l'espérance de vie moyenne).

*Prévalence sur la vie rétrospective*: les maladies survenues au cours de la vie sont déterminées une seule fois en faisant appel aux souvenirs d'un échantillon de personnes représentatives de la population (généralement des adultes ≥18 ans).

*Prévalence sur la vie prospective*: les maladies qui surviennent au cours de la vie sont déterminées en suivant pendant une longue durée un échantillon de la population, pour lequel on détermine à intervalles réguliers la prévalence sur 12 mois des maladies étudiées.

zurichoise, que sur les personnes de 20 à 50 ans et non sur la vie entière de l'enfance à la vieillesse. Or on sait que la dépression peut fort bien se déclarer après l'âge de 50 ans (Zisook et al., 2007). En conséquence, l'estimation du risque au cours d'une vie des maladies psychiques en général et de la dépression en particulier est probablement, jusqu'au troisième âge, supérieure aux chiffres de 73,9% et de 32,5% que donne l'étude de Zurich.

La comparabilité des trois études est limitée par le fait qu'elles portent sur trois populations qui diffèrent par leur structure d'âge et par leur composition sociodémographique. Takayanagi et al. (2014) ont comparé directement des estimations prospectives et rétrospectives basées sur un seul et même échantillon (adultes de la région de Baltimore, Maryland). Ils ont trouvé que la prévalence sur la vie est plus de deux fois et demie supérieure dans les mesures prospectives que dans les mesures rétrospectives. Plusieurs études prospectives ont été réalisées (sur la dépression, voir p. ex. la liste établie par Andrews et al., 2005; Lorenzo-Luaces, 2015). Elles ont toutes en commun que la prévalence sur la vie est nettement plus élevée que dans les études rétrospectives comme celles de la NCS-R.

## Diagnostic des maladies psychiques

Dans l'interprétation des données sur la prévalence sur la vie, il faut tenir compte du fait que les diagnostics psychiatriques comportent une grande part d'incertitude.

Une théorie psychobiologique fonctionnelle des troubles psychiques fait aujourd'hui encore défaut (Hyman, 2010). A l'inverse de beaucoup de troubles somatiques, on n'a pas encore trouvé en psychiatrie de marqueurs biologiques objectifs et mesurables et il n'existe pas de tests médicaux suffisamment fiables pour établir des diagnostics sûrs (Kapur et al., 2012). Les maladies psychiques sont diagnostiquées de manière purement descriptive, sur la base de symptômes généralement subjectifs.

Il n'existe pas non plus de critères adéquats pour déterminer à partir de quand un symptôme donné acquiert un caractère pathologique. Un syndrome psychopathologique n'est pas une construction dichotomique, mais une réalité «dimensionnelle» qui s'inscrit dans un continuum santé-maladie (Hengartner & Lehmann, 2017). Il n'existe pas de limite claire entre un psychisme sain et un psychisme malade, contrairement à ce que suggèrent les systèmes de classification actuels. La psychiatrie est en retard, pour la précision de ses diagnostics, sur la médecine somatique – qui n'est pas non plus toujours capable de tracer des frontières précises (Cuthbert & Insel, 2013).

La prévalence élevée de certaines maladies psychiques s'explique peut-être directement par l'absence d'une définition objective et incontestable des maladies psychiques (Wakefield, 2007). Nombre de personnes qui remplissent les critères de diagnostics de la dépression ne sont pas malades au sens de la médecine traditionnelle (Dowrick & Frances, 2013). Il en va des symptômes dépressifs comme de la toux, qui est parfois l'indicateur d'une pathologie médicale mais souvent aussi une réaction adaptative normale du corps à une agression: La tristesse et l'apathie peuvent être l'indicateur d'un dysfonctionnement, c'est-à-dire d'une maladie au sens médical du terme. Mais dans certains cas – par exemple après l'expérience d'une perte ou d'un échec –, ces symptômes peuvent être normaux et adaptatifs, et

on aurait tort de les diagnostiquer et de les classer comme des maladies (Nesse & Stein, 2012). Ainsi, les prévalences élevées qui sont mesurées ne reflètent pas les besoins réels de traitements (Dowrick & Frances, 2013; Parker, 2007). Il faut toutefois garder à l'esprit que même les formes bénignes d'un trouble mental sont souvent très pénibles pour les personnes affectées et qu'un soutien ciblé peut être utile.

A l'autre bout du spectre se trouvent les formes de dépression chroniques les plus sévères, qui semblent résister à toute thérapie, qui posent de gros problèmes d'intégration psychosociale et qui peuvent aller jusqu'au suicide (Richards, 2011). L'hétérogénéité des diagnostics de la dépression a été comparée par Lorenzo-Luaces (2015) – de manière un peu provocante – à un continuum qui va de la simple indisposition aux troubles sévères très handicapants.

Puisque les diagnostics psychiatriques consistent à décrire les symptômes et à les rapporter à un système de classification des troubles psychiques, il existe en la matière, depuis des années, des catalogues tels que les classifications CIM de l'OMS ou DSM de l'American Psychiatric Association (APA). Mais pour développer des traitements efficaces, il est impératif de mieux connaître l'étiologie des maladies psychiques. Pour pouvoir déterminer spécifiquement chaque dysfonctionnement psychobiologique, pour pouvoir distinguer clairement entre santé et maladie, entre ce qui nécessite un traitement et ce qui n'en nécessite pas, il faudrait que la recherche s'affranchisse des systèmes de diagnostics en vigueur (Hyman, 2010). Les systèmes de classification «dimensionnels», fondés sur des faits objectifs, permettent de décrire et d'expliquer les symptômes et les syndromes psychopathologiques sans les restrictions inhérentes aux diagnostics (Hengartner & Lehmann, 2017). RDoC (Cuthbert & Insel, 2013) et HiTOP (Kotov et al., 2017) sont les deux programmes de recherche les plus importants dans ce domaine. RDoC cherche essentiellement à déterminer, sur le terrain de la neurobiologie, les mécanismes dysfonctionnels qui sont à la base des syndromes psychopathologiques. Cette approche est très prometteuse, en particulier pour le développement de nouvelles thérapies biomédicales (Cuthbert & Insel, 2013). HiTOP, de son côté, propose de structurer les psychopathologies en plusieurs niveaux hiérarchiques sur la base de leurs manifestations. On cherche ici à grouper empiriquement, de la manière la plus homogène possible, les symptômes pathologiques qui se manifestent ensemble, avant de les réunir par syndromes et selon des dimensions plus générales. Cela permet de définir des catégories plus précises des troubles observés et d'entreprendre des recherches étiologiques sur des bases plus sûres (Kotov et al., 2017).

## Les besoins en soins

Les méthodes diagnostiques et les mesures de prévalence sur la vie sont étroitement liées à la question des besoins en soins.

Quelques experts ont laissé entendre ces dernières années que certains troubles psychiques, comme la dépression, seraient surdiagnostiqués et surtraités (Dowrick & Frances, 2013; Parker, 2007). Une méta-analyse a montré que les dépressions non traitées évoluent dans 32% des cas en moyenne vers une rémission complète au bout de six mois; la proportion est de 53% au bout de 12 mois (Whiteford et al., 2013). Les personnes qui souffrent d'une forme de dépression passagère et modérée ne présentent à moyen

terme pas plus de problèmes ni de troubles que les personnes non dépressives (Wakefield & Schmitz, 2014). Ces observations ne concernent cependant pas les formes sévères de la dépression.

Les dépressions sévères avec symptômes suicidaires et psychotiques doivent être traitées. Même si beaucoup de dépressions sévères résistent aujourd'hui encore à tout traitement (Solomonov & Barber, 2016; Pigott et al., 2010), ce serait certainement une erreur de parler dans ce contexte de surtraitement.

## Conclusions

Les mesures rétrospectives de la prévalence des troubles psychiques, qui sont biaisées par l'imprécision de la mémoire des personnes interrogées et par des erreurs d'interprétation de leur part, donnent un risque au cours d'une vie d'environ 50%, tous troubles confondus, et d'environ 20% pour la dépression (Kessler et al., 2005). Les études prospectives de longue durée suggèrent que la prévalence sur la vie avoisinerait plutôt les 80% pour l'ensemble des troubles psychiques et 40% pour la dépression (Angst et al., 2016; Moffitt et al., 2010). Ces chiffres élevés soulèvent la question de la valeur clinique des diagnostics. Dans le cas de la dépression, notamment, certains diagnostics pourraient correspondre non à une pathologie véritable, mais à une réaction de stress normale et passagère (Parker, 2007). Selon le niveau de stress psychologique du patient, un soutien ciblé peut s'avérer utile.

Malheureusement, il n'existe pas de définition objective des troubles psychiques, laquelle donnerait une idée des besoins en soins (Dowrick & Frances, 2013). Les méthodes diagnostiques actuelles constituent un problème fondamental car elles surestiment vraisemblablement la prévalence des maladies nécessitant un traitement.

L'introduction de systèmes de classification « dimensionnels » pourrait ouvrir la voie à des progrès dans la recherche étiologique et dans le développement de protocoles de traitement efficaces (Hengartner & Lehmann, 2017). Les programmes de recherche en cours dans ce domaine aboutiront peut-être à des systèmes de soins et à des mesures de prévention plus efficaces, et ils pourraient faciliter le développement de traitements novateurs (Cuthbert & Insel, 2013; Kotov et al., 2017).

La bibliographie de ce bulletin se trouve sous:  
www.obsan.ch → Publications → Bulletin 5/2017

**L'Observatoire suisse de la santé (Obsan)** est une institution mandatée par la Confédération et les cantons. L'Obsan analyse les informations existant en Suisse dans le domaine de la santé. Il soutient la Confédération, les cantons et d'autres institutions du secteur de la santé publique dans leur planification, leur prise de décisions et leur action. Pour plus d'informations, veuillez consulter [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch).

## Impressum

### Éditeur

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

### Auteur

Michael P. Hengartner (ZHAW)

### Référence bibliographique

Hengartner, M. P. (2017). *Prévalence sur la vie des maladies psychiques* (Obsan Bulletin 5/2017). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

### Renseignements/informations

Observatoire suisse de la santé  
Espace de l'Europe 10, CH-2010 Neuchâtel, tél. 058 463 60 45,  
[obsan@bfs.admin.ch](mailto:obsan@bfs.admin.ch), [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch)

### Langue du texte original

Allemand; cette publication est également disponible en allemand (numéro OFS: 1033-1705).

### Traduction

Services linguistiques de l'Office fédéral de la statistique (OFS)

### Mise en page/graphiques

Office fédéral de la statistique (OFS), Section DIAM, Prepress/Print

### Commandes d'imprimés

Tél. 058 463 60 60, fax 058 463 60 61, [order@bfs.admin.ch](mailto:order@bfs.admin.ch) (gratuit)

### Numéro OFS

1034-1705

### Téléchargement du fichier PDF/bibliographie

[www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) → Publications (gratuit)

© Obsan 2017



**GDK** Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren  
**CDS** Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé  
**CDS** Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

**Eidgenössisches Departement des Innern EDI**  
**Département fédéral de l'intérieur DFI**  
**Dipartimento federale dell'interno DFI**



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.  
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.  
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.