

regards

sur la santé publique

*Pathologies mentales :
un problème
de santé
publique
sous-estimé ?*





Changer le regard sur les maladies mentales

On estime à 400 millions le nombre de personnes aujourd'hui atteintes de troubles mentaux ou neurologiques ou souffrant de problèmes psychosociaux. Selon les experts, ces maladies, de la dépression à l'épilepsie, seront la deuxième cause de mortalité et de handicap d'ici à 2020. À elle seule, la dépression est actuellement la cinquième cause de mortalité et de handicap dans le monde, d'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Selon l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), la schizophrénie concerne, quant à elle, environ 0,7 % de la population mondiale, dont 600 000 personnes en France.

Si le vieillissement de la population et les maladies liées à la démence ainsi qu'un meilleur dépistage expliquent en partie cette hausse, les spécialistes mettent également en cause les effets de notre mode de vie, qu'il s'agisse des troubles de l'attention chez l'enfant ou des problématiques liées à la souffrance au travail.

Nous sommes ainsi face à un véritable problème de santé publique, dont les conséquences à long terme sont encore mal connues, et pour lequel les structures de prise en charge paraissent au mieux insuffisantes, au pire inadaptées. Les maladies mentales ont en effet ceci de particulier que s'ajoute au poids de la maladie celui du regard stigmatisant de la société.

Il faut donc à tout prix agir sur deux fronts en parallèle : celui des traitements et celui de la déstigmatisation de la maladie. À la pointe de la recherche sur le dépistage et le traitement des maladies mentales depuis sa création, Janssen mène également, à son échelle, des actions pour changer d'approche sur la maladie mentale, avec notamment l'initiative du SchizoLab.

Ce numéro entend apporter sa pierre à l'édifice. Puisse-t-il montrer la voie pour enfin changer de regard sur la maladie mentale.

EMMANUELLE QUILÈS
Présidente de Janssen France

Maladies mentales : pourquoi il est urgent d'agir

Alors que les maladies mentales touchent plus d'un Européen sur trois au cours de son existence, elles restent, en France, le parent pauvre de la médecine. Psychiatre, chercheur, professeur des universités et praticien hospitalier, Marion Leboyer nous explique pourquoi il est urgent d'agir et comment.



Marion Leboyer, professeur de psychiatrie, responsable du Pôle de psychiatrie et d'addictologie, Hôpitaux Universitaires

Henri-Mondor, directeur du laboratoire de psychiatrie translationnelle (Inserm U955) et directeur de la fondation FondaMental.

SELON L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), LES MALADIES MENTALES SERONT LA PREMIÈRE CAUSE DE HANDICAP DANS LE MONDE EN 2020. COMMENT EXPLIQUEZ-VOUS CETTE SITUATION ?

MARION LEBOYER : Précisons d'abord ce qu'on entend par maladies mentales. Même si l'OMS n'en reconnaît officiellement que cinq, pour la plupart des professionnels de santé les maladies mentales regroupent tous les troubles du neurodéveloppement de l'enfant – autisme, dyspraxie, dyslexie, hyperactivité – et les maladies qui commencent le plus souvent chez les jeunes adultes, entre 15 et 25 ans, comme les troubles bipolaires, les schizophrénies, les troubles des conduites alimentaires, les troubles anxieux ainsi que les conduites suicidaires. Une fois ce périmètre posé, examinons le constat de l'OMS. Si les maladies mentales sont aujourd'hui sur le devant de la scène, c'est en raison de la stagnation de leur prise en charge par rapport aux autres pathologies, et non parce que leur nombre augmente.



Seuls les troubles du spectre de l'autisme, de mieux en mieux dépistés, ont vu leur incidence grimper en flèche, avec aujourd'hui 1 cas pour 100, contre 1 cas pour 1 000 dans les années 1970. Pour prendre en charge ces maladies, la France dépense chaque année près de 110 milliards d'euros (coûts directs et indirects). Et le suicide tue encore chaque année 11 000 personnes, ce qui en fait la première cause de mortalité chez les jeunes.

QU'EN EST-IL DE CETTE PRISE EN CHARGE EN FRANCE, JUSTEMENT ?

M. L. : La France a beaucoup de retard en matière de diagnostic : dix ans pour les troubles bipolaires et plus de cinq ans pour la schizophrénie. C'est grave quand on sait que c'est justement pendant ces cinq premières années du début de la maladie que les chances de rémission sont les plus importantes. Ce retard s'explique par plusieurs facteurs : stigmatisation des maladies mentales, qui pénalise l'accès aux soins ; absence d'outils de repérage et de diagnostic pour les généralistes et les pédiatres ; cartographie des structures de diagnostic et de prise en charge, qui est très mal faite ; et absence de parcours de soins lisible. Pour toutes ces raisons, il est très compliqué, par exemple, d'envoyer chez un psychiatre un jeune qui a des hallucinations ou qui se sent déprimé. À toutes ces causes du retard français, s'ajoute une organisation territoriale de la santé mentale trop généraliste, avec des centres médico-psychologiques (CMP) sectorisés. Dans la plupart des autres pays, l'organisation de la psychiatrie est spécialisée par grands groupes de pathologies. En France, on va vous envoyer dans le même CMP pour une anorexie mentale, un épisode maniaque ou des hallucinations, alors que vous n'irez pas chez le même spécialiste pour un cancer du poumon ou un

cancer de la prostate. Par ailleurs, il y a en France un vrai clivage entre la prise en charge psychiatrique et le somatique. Alors que les maladies physiques associées aux maladies mentales sont la première cause de mortalité, ces comorbidités ne sont pas diagnostiquées et donc pas soignées. Inversement, les maladies mentales présentes dans certaines pathologies physiques sont occultées. Un autre grand problème de notre pays est la recherche en psychiatrie, parent pauvre de la recherche biomédicale. La France n'y consacre que 2 % de son budget, contre 11 % au Royaume-Uni et 16 % aux États-Unis. Enfin, mais c'est là un problème mondial, nous ne disposons pas encore de biomarqueurs propres aux maladies mentales, contrairement à toutes les autres pathologies. Cela entrave l'identification de sous-groupes homogènes de patients, indispensable pour le développement d'une médecine de précision, la prévention nécessaire à l'identification des sujets à risque et pénalise l'efficacité des prises en charge. Trop génériques, les médicaments actuels, qui se font vieux, ne reposent pas encore sur les mécanismes en cause dans les maladies psychiatriques et ne sont vraiment efficaces que pour un patient sur trois. ...

“LA FRANCE DÉPENSE
CHAQUE ANNÉE PRÈS DE
110 MILLIARDS D’EUROS
POUR PRENDRE EN CHARGE
LES MALADIES MENTALES.”



BIOGRAPHIE

À la tête du Pôle de psychiatrie et d'addictologie des Hôpitaux Universitaires Henri-Mondor de Créteil et d'une équipe de recherche Inserm, le professeur Marion Leboyer dirige la fondation FondaMental depuis dix ans. Ses nombreux travaux de recherche, ses multiples publications internationales et son expertise en tant que praticien hospitalier lui ont valu de nombreux prix, dont le prix Inserm de la recherche en santé publique, en 2002, le prix Jean-Bernard de la Fondation pour la recherche médicale en 2007, et le prix Mogens-Schou pour la recherche internationale sur les troubles bipolaires, en 2011.

...

LES PAYS D'EUROPE DU NORD FONT FIGURE D'EXEMPLE DANS CE DOMAINE. QUE FAUDRAIT-IL FAIRE POUR QUE LA FRANCE SE HISSE À LEUR NIVEAU ?

M. L. : La situation est telle, en France, qu'il faut aujourd'hui agir sur tous les fronts. En créant des parcours de soins lisibles et organisés par pathologie, des outils et des centres experts spécialisés indispensables pour améliorer le dépistage, le diagnostic et la prise en charge ; en développant la formation et l'éducation à tous les niveaux – grand public, décideurs, professionnels de santé, médico-social – pour déstigmatiser les maladies mentales et améliorer l'accès aux soins. Mais surtout en soutenant la recherche. Des pas de géant pourraient être faits en matière de compréhension et de traitement, mais le manque de moyens bloque tout. Et ce sont les patients qui en payent le prix. Pour faire progresser le diagnostic et la prise en charge, la fondation FondaMental (www.fondation-fondamental.org) a créé et coordonne 43 centres experts, spécialisés chacun dans une pathologie : syndrome d'Asperger, schizophrénie, troubles bipolaires et dépression résistante. Leur succès est tel qu'on nous presse aujourd'hui d'en créer d'autres pour l'hyperactivité, les troubles obsessionnels compulsifs (TOC), le suicide, etc. Répartis dans toute la France, ces centres, financés par les hôpitaux, font à la fois du diagnostic, de la formation et de la recherche. La fondation s'investit dans la recherche en psychiatrie de plusieurs manières : à travers la création de chaires d'excellence, comme une chaire d'université dédiée à la prévention du suicide, mais aussi en créant des bourses pour les jeunes psychiatres

et chercheurs, en participant à de nombreux programmes nationaux ou européens, dans tous les domaines de la santé mentale, qu'il s'agisse d'économie, de prise en charge psychosociale, de recherche physiopathologique ou thérapeutique.

PARMI TOUS CES PROJETS DE RECHERCHE, LESQUELS SONT DÉTERMINANTS POUR AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE ?

M. L. : Ces études ont fait avancer ou permettront à la psychiatrie française d'avancer de façon inédite. Parmi elles, on peut citer nos études sur le coût des maladies mentales en France¹ ou encore l'étude ROAMER² qui a permis à l'Europe de définir la feuille de route de la recherche en psychiatrie. Sur le plan purement médical, nous avons beaucoup avancé sur l'identification de marqueurs de stratification en utilisant des outils comme la génétique, l'inflammation ou l'imagerie cérébrale. Sur le plan européen, nous faisons partie de projets comme l'étude *Mood Stratification*, une étude européenne très prometteuse pour caractériser des marqueurs inflammatoires dans la dépression et mettre en face des stratégies thérapeutiques, ou encore EU-AIMS² qui va également développer des marqueurs de stratification dans l'autisme. Sans oublier celles (*E-compared*³ et *Implement*) qui nous ont permis de valider à l'échelle européenne l'usage du numérique dans les thérapies des troubles dépressifs et l'éducation à la santé. Un usage précieux, compte tenu de l'efficacité de ces outils et du nombre insuffisant de thérapeutes. •

1. *Le Coût de la pathologie mentale en France en 2007*. Karine Chevrel, Isabelle Durand-Zaleski, Aurélie Bourmaud, Amélie Prigent. En collaboration avec Marion Leboyer (FondaMental), Catherine Sermet, Thomas Renaud (Irdes), juin 2009.

2. *A Roadmap for mental health research in Europe*. Matthias Brunn, Karine Chevrel, Jean-Baptiste Hazo, Jeanne Gervais, Thomas Lefèvre, Isabelle Durand-Zaleski. En collaboration avec Marion Leboyer (FondaMental), Jacques Demotes (Ecrin, Inserm), Josep Maria Haro (Cibersam).

3. *European comparative effectiveness research on Internet-based depression treatment*. www.e-compared.eu/



Santé mentale et société, de l'errance à la résilience

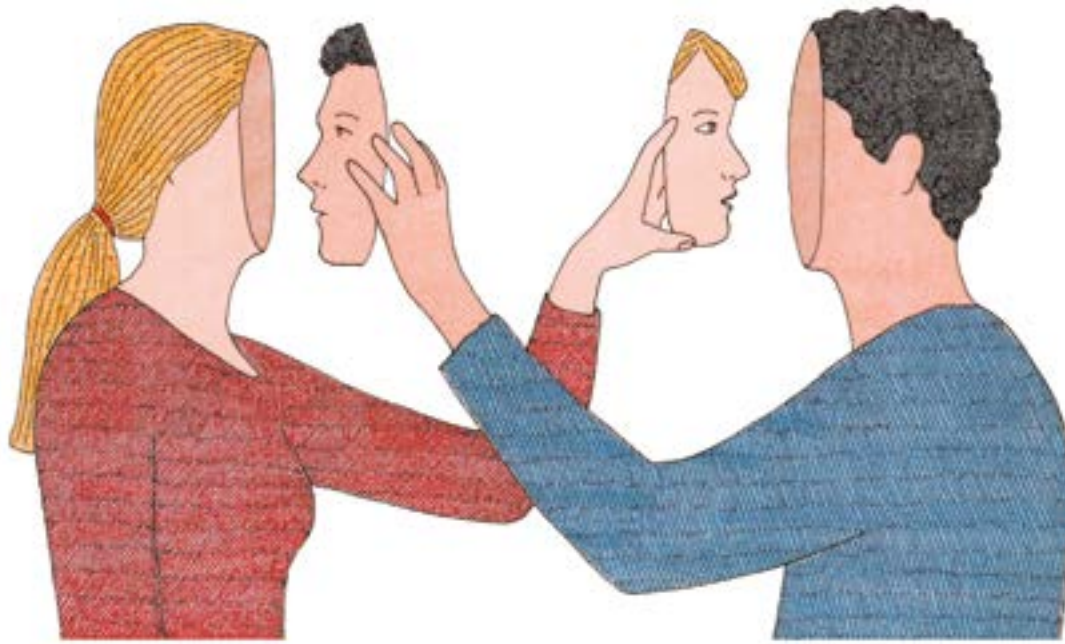
Des errants du Moyen Âge aux résilients du XXI^e siècle, le regard porté sur la « folie » n'a cessé de changer selon les époques, les cultures et les individus. Boris Cyrulnik nous explique comment notre société a conditionné, et conditionne toujours, la souffrance psychique comme la façon dont elle est prise en charge.

Boris Cyrulnik, neuropsychiatre et directeur d'enseignement à l'université de Toulon.



DEPUIS L'ANTIQUITÉ, LE REGARD PORTÉ SUR LA « FOLIE » N'A CESSÉ DE CHANGER. COMMENT L'EXPLIQUEZ-VOUS ?

BORIS CYRULNIK : Le contexte social et les récits culturels jouent un rôle crucial. Au Moyen Âge, dans une société violente et dangereuse, étaient considérés comme fous ceux qui quittaient leur famille pour se mettre à errer, prenant de ce fait un risque vital. Des errants qu'on a d'ailleurs enfermés à partir de 1656, à l'Hôpital général de Paris qui abrite, deux siècles plus tard, jusqu'à 50 000 désocialisés, c'est-à-dire un Parisien sur quatre. Quant à ceux qui déliraient, on disait depuis l'Antiquité qu'ils étaient frappés de malédiction divine, à cause d'une faute ou d'un blasphème. Lorsque Nabuchodonosor s'est mis à marcher à quatre pattes et à aboyer, à la suite d'un rêve qui avait « déplu » à Dieu, on a dit qu'il était possédé. De telles croyances se retrouvent encore aujourd'hui dans certains pays d'Afrique. En France, il faut attendre le XIX^e siècle pour penser la folie comme une maladie et voir naître



...

les premières cliniques privées. Les malades y sont pris en charge avec bienveillance, mais sans grande efficacité, sauf lorsque leur cas est banal. L'approche ne se médicalise vraiment qu'au début du XX^e siècle, grâce aux progrès de la médecine. Folie syphilitique, méningite tuberculeuse, folie urémique et crétinisme disparaissent alors, tout comme le mot « folie ». On aurait pu, à ce moment-là, arrêter de médicaliser la psychiatrie, car cette médicalisation n'avait plus aucun sens, mais cela n'a pas été le cas. Avec l'arrivée des antidépresseurs et autres molécules, on s'est mis à médicaliser la souffrance psychique.

DIRIEZ-VOUS QUE CETTE SOUFFRANCE PSYCHIQUE S'EST ÉTENDUE ET QU'ELLE EST EN PARTIE LIÉE À NOTRE FAÇON DE VIVRE ?

B. C. : Paradoxalement, alors que nos conditions de vie n'ont jamais été aussi bonnes et la violence aussi faible, le niveau d'anxiété des individus a augmenté. Tout d'abord parce que la nature et les conditions de notre travail ont fondamentalement changé depuis le début du

“DE NOUVELLES SOUFFRANCES SONT ENTRÉES DANS LE PÉRIMÈTRE DE LA PSYCHIATRIE.”

XX^e siècle. Aujourd'hui, on ne travaille plus avec son corps, ni avec sa force physique, ni avec son sexe. Autrefois, les hommes en arrivaient à être hébétés de fatigue, voire mutilés par la lourdeur de leur tâche ; autrefois, le plus grand souhait des femmes était de se marier, pour échapper à l'usine, tant la vie y était rude ; de nos jours, on travaille avec sa tête et ses diplômes, avec l'art de bien parler et de bien se comporter, ainsi qu'avec sa capacité à traiter des informations. Or ces informations nous bombardent et bousculent nos certitudes. Le stress n'est plus d'origine physique, mais émotionnelle. Il s'agit d'un

véritable sprint culturel qui crée une anxiété de la performance. Anxiété qu'on vit comme une agression, car on est seul. Autrefois sources de solidarité et soutiens inconditionnels, le couple et la famille sont aujourd'hui vécus comme des entraves et peuvent voler en éclats à tout moment, notamment si la performance n'est plus au rendez-vous. C'est cet isolement, cette anxiété de la performance qui pousse tant de personnes au suicide. À ces carences sociales s'ajoute par ailleurs l'effet délétère de certaines drogues, dont le cannabis, qui augmente de 40 % le risque de développer une schizophrénie chez les sujets jeunes et de 50 à 200 % le risque de souffrir de troubles mentaux*. Enfin, de nouvelles souffrances sont entrées dans le périmètre de la psychiatrie. Autrefois, un soldat qui rentrait du front déboussolé était lâche; aujourd'hui, il souffre d'un syndrome post-traumatique ; autrefois, un élève agité ou qui avait du mal à se concentrer était jugé insupportable ou paresseux; aujourd'hui, il est atteint d'un trouble de l'attention avec hyperactivité (TDAH); autrefois, on était épuisé par son travail; aujourd'hui, on fait un *burn out*, etc.

PLUTÔT QUE DE MÉDICALISER CETTE SOUFFRANCE, VOUS ÊTES EN FAVEUR D'UNE PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE. POURQUOI ?

B. C. : La souffrance humaine fait partie de la vie ; elle est inévitable. La combattre avec des médicaments seuls ne sert à rien, même si certains traitements semblent donner d'excellents résultats chez les personnes atteintes de troubles bipolaires, de schizophrénie ou d'autisme. Il faut une approche pluridisciplinaire, dans la recherche comme dans la prise en charge. Parce que la santé mentale n'est ni monocausale ni normative ; parce qu'elle dépend du sujet dans son milieu et parce qu'il faut l'aborder sous un angle systémique pour appréhender l'ensemble

des facteurs : le facteur génétique et la façon dont les gènes s'expriment différemment d'un milieu à l'autre ; l'affectivité, désormais étudiée scientifiquement ; la neuro-imagerie qui renforce les thèses développementales; et les déterminants psychosociaux, qui prennent de plus en plus de place. C'était inimaginable il y a vingt ans ! Quant aux équipes, elles associent aujourd'hui une multitude de disciplines et d'acteurs : psychiatres et psychologues, bien sûr, mais aussi sociologues, artistes, philosophes, neurobiologistes, musiciens, associations, familles, etc. Avec, à la clé, de vrais succès. Ainsi, par exemple, les schizophrènes dont les proches sont associés aux soins présentent deux fois moins de rechutes que les autres.

AU-DELÀ DE LA PRISE EN CHARGE, N'EST-CE PAS AUSSI TOUTE NOTRE SOCIÉTÉ QUI DOIT ENTRER EN RÉSILIENCE ?

B. C. : Les progrès de l'humanité se sont toujours faits par crises, au cours desquelles le système s'est régulé après être allé trop loin. Ainsi, après les antibiotiques à outrance, on se mobilise tous aujourd'hui pour limiter les effets de l'antibiorésistance. Après la société de consommation à gogo, on chante les vertus de l'économie circulaire, voire de la décroissance. Il va, je l'espère, se passer la même chose pour la solitude dans laquelle nous avons plongé notre nouvelle façon de vivre. Cette révolution est déjà en marche avec de nouveaux espaces qui restaurent le lien : les fêtes de quartier, les épiceries solidaires, les initiatives de partage, etc. •

* *The Lancet*, 2007.



BIOGRAPHIE

Psychiatre et psychanalyste, connu pour ses nombreux travaux sur la résilience, Boris Cyrulnik est responsable d'un groupe de recherche en éthologie clinique à l'hôpital de Toulon. Il a largement contribué à faire connaître cette discipline pour permettre de mieux comprendre l'Humain dans sa globalité. Il a signé de nombreux ouvrages dont : *Mémoire de singe et paroles d'homme*, en 1983, *Mourir de dire*, *La Honte*, en 2010, *Sauve-toi, la vie t'appelle*, en 2012, *Les Âmes blessées*, en 2014, *Comment fonctionnent nos émotions*, en 2015 et *Santé mentale et Société*, en 2017, aux côtés de Roland Coutanceau et Rachid Bennegadi.

Dépression périnatale : la prédire pour l'empêcher de survenir

Stigmatisée ou banalisée, la dépression périnatale touche souvent les femmes en silence. Une souffrance qu'il est grand temps de prendre en charge avant qu'elle n'advienne, comme nous l'explique le docteur Kevin Wildenhaus, en charge des sciences du comportement au sein de la plateforme Disease Interception Accelerator (DIA) de Janssen.



Kevin Wildenhaus, docteur en psychologie, étudie la prévention et l'impact de la dépression périnatale sur la mère et son enfant, au sein de la plateforme d'innovation Disease Interception Accelerator (DIA) de Janssen.

SIMPLE BABY BLUES OU VÉRITABLE SOUFFRANCE PSYCHIQUE, QU'ENTEND-ON EXACTEMENT PAR DÉPRESSION PÉRINATALE ?

KEVIN WILDENHAUS : Contrairement à certaines idées reçues, la dépression périnatale (DPN) est une vraie dépression qui se manifeste par une tristesse extrême, une grande faiblesse, de l'anxiété, des troubles du sommeil, des désordres alimentaires, des épisodes de pleurs et de l'irritabilité. Souvent appelée à tort « dépression post-partum », la DPN peut frapper à n'importe quel moment de la grossesse, de la conception jusqu'à six mois après la naissance du bébé. Et ce, quels que soient le pays et le milieu, avec un taux de prévalence de 12 à 20 %. 800 000 femmes en souffriraient ainsi chaque année aux États-Unis, sur 4 millions de naissances.

SI PRÈS D'UNE FEMME SUR CINQ PEUT, AU COURS DE SA GROSSESSE, SOUFFRIR D'UNE DÉPRESSION, COMMENT SE FAIT-IL QUE LA DPN RESTE AUSSI PEU CONNUE ?

K. W. : L'un des objectifs de la plateforme d'innovation DIA est de sensibiliser les femmes comme leur entourage et les professionnels de santé à la DPN, pour changer les mentalités. Car l'association grossesse-santé mentale reste encore tabou, avec un vrai diktat social : être enceinte doit rester une joie et toute femme doit en être heureuse. Ce qui explique pourquoi celles qui se sentent déprimées se cachent et finissent par souffrir en silence. Changer de regard sur la DPN, la prévenir et soutenir les mères qui en souffrent plutôt que de les isoler ou de les aliéner est donc essentiel pour améliorer leur prise en charge.

CETTE PRISE EN CHARGE EST CAPITALE. POURQUOI ?

K. W. : Tout d'abord parce que la DPN ne touche pas un individu mais deux – la mère et son enfant. Une femme déprimée pendant sa grossesse a trois ou quatre fois plus de risques d'accoucher de façon prématurée ou de donner naissance à un bébé trop petit. Par ailleurs, il a été prouvé que la dépression affectait le développement neurocognitif du fœtus ; avec un risque accru de difficultés d'apprentissage, de troubles du comportement ou de retards de socialisation et un risque quatre fois plus important de diagnostic psychiatrique avant l'âge de 11 ans. À chacun de ces enjeux de santé publique correspondent des coûts. Les États-Unis dépensent chaque année plus de 1 milliard de dollars pour prendre en charge les femmes atteintes de dépression périnatale et pas loin de 6 milliards si on y ajoute les coûts indirects comme l'invalidité ou la perte de productivité. Naissances prématurées, faibles taux de natalité, séjours



“LA DÉPRESSION PÉRINATALE NE TOUCHE PAS UN INDIVIDU MAIS DEUX – LA MÈRE ET SON ENFANT.”

prolongés en clinique, invalidités, incapacités... Les répercussions économiques de la dépression périnatale vont bien au-delà de ce qu'on imagine de prime abord.

QUE FAIT LA PLATEFORME D'INNOVATION DIA POUR AMÉLIORER CETTE PRISE EN CHARGE ?

K. W. : Contrairement aux modèles de prise en charge traditionnels qui reposent sur le diagnostic et le traitement, le nôtre est prédictif et proactif. Nous n'attendons pas que les femmes tombent malades pour les traiter, mais nous ciblons les mères en bonne santé qui présentent un risque élevé de dépression périnatale pour prévenir leur maladie, l'éviter, l'arrêter ou au moins la ralentir et en atténuer l'impact. L'algorithme qui permettra à terme de calculer ce risque est en cours d'élaboration. Il se fonde sur

des biomarqueurs sanguins, mais aussi sur des données recueil-

lies en vie réelle telles que le sommeil ou le soutien social perçu.

OÙ EN ÊTES-VOUS DE CES TRAVAUX ? POURRA-T-ON VRAIMENT PRÉVOIR UN JOUR QUI PRÉSENTE UN RISQUE ÉLEVÉ DE DÉPRESSION PÉRINATALE ?

K. W. : Nos travaux ont démontré qu'il existait plusieurs catégories de dépression périnatale, toutes prévisibles. Ainsi, les femmes qui dépriment au cours du premier trimestre n'ont pas du tout les mêmes raisons que celles qui dépriment après l'accouchement. Identifier ces différents types de dépression nous a permis d'en cerner les facteurs pour pouvoir les intercepter, avant qu'ils ne provoquent la maladie. Et ce au plus tôt, c'est-à-dire intra-utérus, pour prévenir les effets sur les bébés. •



REPÈRES

12 à 20 %

des femmes enceintes sont atteintes de dépression périnatale. Un quart de ces dernières reconnaissent avoir été déprimées.¹

50 %

Moins d'une femme sur deux fait l'objet d'un dépistage.²

PRÉMATURÉ

Le risque d'accouchement prématuré ou de faible poids à la naissance est trois à quatre fois plus élevé chez les mères déprimées.³

1,1 Md\$

Montant des dépenses annuelles aux États-Unis destinées à soigner les femmes atteintes de dépression périnatale.⁴

1. WHO, 2008.
2. BabyCenter Survey, 2016.
3. The National Business Group on Health, 2005.
4. Deloitte, 2012.

Des lunettes pour changer de regard sur la schizophrénie

Changer de regard sur la schizophrénie est essentiel pour améliorer la santé de 600 000 patients en France. David Travers, psychiatre au CHU de Rennes, a conçu, avec le laboratoire Janssen, un outil de réalité virtuelle, SchizoLab, destiné à tous ceux qui s'occupent de ces malades au quotidien.



David Travers, psychiatre au CHU de Rennes depuis 2004 et enseignant à la faculté de médecine, travaille notamment à la prise en charge des patients atteints de schizophrénie. C'est à ce titre qu'il a mis au point en 2015, avec le laboratoire Janssen, le simulateur virtuel SchizoLab. Parmi ses publications, on citera l'article sur « La conscience des troubles dans la schizophrénie », paru en 2008 dans la revue *L'Encéphale*.

LE SCHIZOLAB PERMET DE VIVRE SOI-MÊME L'EXPÉRIENCE DES SYMPTÔMES D'UNE PERSONNE SOUFFRANT DE SCHIZOPHRÉNIE. POUVEZ-VOUS NOUS EN DIRE PLUS ?

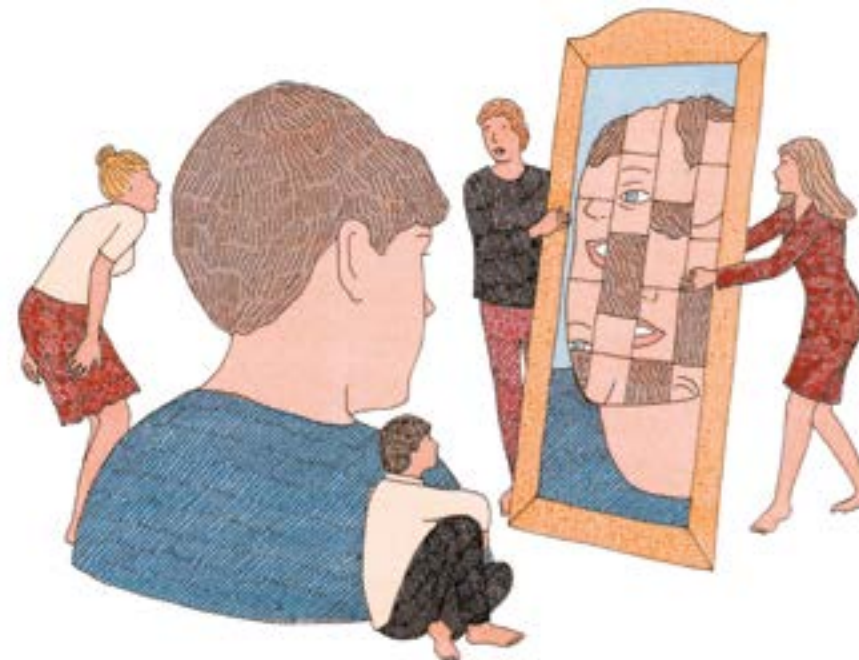
DAVID TRAVERS : Le SchizoLab a en effet été conçu comme une vignette clinique, c'est-à-dire un « cas patient ». Son format inédit permet de découvrir les symptômes dont parlent les patients, en se mettant dans la peau d'un schizophrène, à l'aide d'une paire de lunettes de réalité virtuelle et d'une application mobile. Trois situations de la vie courante sont abordées : seul chez soi, dans le bus et dans une bibliothèque, pour y rendre un DVD en retard. Dans ces trois séquences, vous allez vivre de l'intérieur comment un patient souffrant de schizophrénie pense et agit, alors que des voix qui viennent de la personne elle-même la mettent en difficulté et augmentent son anxiété. La présence de ces voix s'accroît quand il y a du monde autour d'elle, renforçant son malaise et accroissant le rejet suscité par son état initial. Un véritable cercle vicieux s'enclenche, dont vous faites l'expérience durant trois minutes.

DESTINÉ À L'ORIGINE AUX PSYCHIATRES, IL A TRÈS VITE ÉTÉ TESTÉ PAR D'AUTRES PUBLICS. POURQUOI ?

D. T. : La schizophrénie reste mal connue et souvent stigmatisée, y compris par ceux qui s'occupent des malades au quotidien. L'outil, conçu au départ pour des professionnels de la psychiatrie, a été présenté à des personnes ne travaillant pas dans le milieu du soin psychiatrique ou même de la santé. Tous nous ont ainsi rapporté avoir saisi que les patients souffraient d'une agression permanente d'hallucinations menaçantes, interférant constamment dans leur vie ; que c'était difficile pour eux et qu'il s'agissait d'une véritable maladie ; qu'enfin, le cercle vicieux qui s'installait, entre symptômes et anxiété, bloquait les interactions sociales. Ces trois constats, spontanément pointés par les utilisateurs du SchizoLab, rejoignaient exactement les trois objectifs pédagogiques du SchizoLab, objectifs qui ne leur avaient pas été présentés en amont.

EN QUOI CE CHANGEMENT DE REGARD DE LA PART DE L'ENTOURAGE EST-IL ESSENTIEL POUR PERMETTRE L'AMÉLIORATION DE L'ÉTAT DES PATIENTS ATTEINTS DE SCHIZOPHRÉNIE ?

D. T. : Déstigmatiser la schizophrénie est notre priorité pour sortir du cercle vicieux de l'exclusion, mais aussi pour développer l'accès aux soins. En effet, occulter ou ignorer qu'il s'agit d'une véritable maladie n'incite pas à consulter. Par ailleurs, méconnaître ses symptômes et les problèmes qu'elle génère engendre un rejet qui majore le stress des malades. Les professionnels comme les proches ne s'y sont pas trompés : avec le SchizoLab, ils bénéficient d'un vrai outil de déstigmatisation. Non seulement notre outil a été primé (lors du Festival de la Communication Santé), mais l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (Unafam) a tout de suite compris à quel point le SchizoLab pouvait aider les aidants à être mieux informés, moins inquiets et donc plus efficaces.



COMMENT EXPLIQUEZ-VOUS CE SUCCÈS ?

D. T. : Au-delà de la qualité du scénario sur le plan médical, le succès du SchizoLab repose avant tout sur sa nature. La réalité virtuelle offre une expérience subjective unique qui focalise l'attention et majore l'empathie, même si la qualité des images n'a rien à voir avec ce qu'on peut faire aujourd'hui – l'outil a déjà quatre ans –, et la praticité de l'outil compte aussi pour beaucoup dans son succès. Ne nécessitant qu'une paire de lunettes et un smartphone, il peut être utilisé partout très facilement.

PEUT-ON IMAGINER D'AUTRES APPLICATIONS EN PSYCHIATRIE ?

D. T. : Le SchizoLab n'est pas aujourd'hui un outil pour les patients, mais pourrait le devenir, via des jeux de rôle par exemple, pour permettre de prendre conscience des symptômes, de s'entraîner à la relation sociale ou de pallier certains troubles cognitifs. Il pourrait ainsi devenir un outil de réhabilitation sociale et de remédiation cognitive, deux enjeux thérapeutiques clés dans la prise en charge des schizophrènes. D'autres pathologies pourraient aussi être concernées, à condition que

les symptômes soient apparents. On pourrait ainsi utiliser un simulateur comme le SchizoLab pour sensibiliser l'entourage au ralentissement lié à la dépression ou pour traiter des phobies. Certains malades pourraient en effet être désensibilisés petit à petit avec ce type d'outil, dans le cadre d'une thérapie comportementale et cognitive (TCC). Imaginez : vous chaussez vos lunettes, et vous vous retrouvez avec une mygale dans la main. •

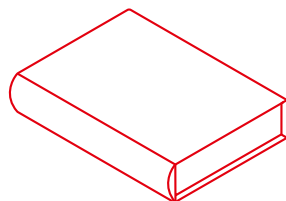


50 JOURNALISTES DANS LA PEAU D'UN PATIENT SCHIZOPHRÈNE

Engagé depuis près de soixante ans dans la prise en charge des pathologies neuropsychiatriques, Janssen s'est fixé comme objectif d'améliorer la qualité de vie des patients avant que leur état ne s'aggrave grâce à une meilleure prise en charge globale et en travaillant sur la déstigmatisation. Fin 2016, le laboratoire a décidé d'agir auprès

des médias, vecteur idéal pour apporter un éclairage complet sur la schizophrénie. Objectif : changer le regard des journalistes pour qu'ils traitent différemment la schizophrénie dans leurs articles. Une tournée de deux jours à bord de la caravane a permis d'accueillir près de 50 journalistes grand public qui se sont tous plongés dans le quotidien d'un patient

atteint de schizophrénie, grâce à la réalité virtuelle. Tous ont pris conscience de la souffrance des malades et de l'urgence à changer de regard pour qu'ils aillent mieux. Développé par le laboratoire Janssen depuis 2015 avec l'aide du psychiatre David Travers, SchizoLab a reçu le prix Or au Festival de la Communication Santé 2016.

OUVRAGES
ET ARTICLESLA FATIGUE D'ÊTRE SOI,
DÉPRESSION ET SOCIÉTÉ

Alain Ehrenberg,
Odile Jacob poche, 2000.

Fatigue, inhibition, insomnie, anxiété, indécision sont autant de symptômes de la dépression pour Alain Ehrenberg dans *La Fatigue d'être soi, dépression et société*. Selon lui, les changements sociétaux depuis les années 1970 pourraient être à l'origine de l'augmentation du nombre de patients atteints de cette pathologie. Désormais, les idéaux portés par la société de liberté de choix, d'initiative individuelle, de transformation de soi favorisent l'émergence de souffrances psychiques chez l'individu.

THE AGE OF UNREASON

John Prideaux,
The Economist,
11 juillet 2015.

Dans le cadre d'un dossier consacré par *The Economist* aux maladies mentales, John Prideaux, correspondant du magazine à Washington, étudie les conséquences du vieillissement de la population, en particulier des pays riches, sur les maladies mentales. Loin de les considérer comme une « pathologie du monde moderne », il suggère plutôt qu'elles prennent de plus en plus de place dans notre quotidien en raison d'une intolérance croissante à leur égard. Il se montre par ailleurs sceptique face aux innovations récentes sur le sujet qui, selon lui, sont nécessaires, mais insuffisantes pour saisir toute la complexité du cerveau.

www.economist.com/news/special-report/21657023-world-grows-richer-and-older-mental-illness-becoming-more-common-john-prideaux

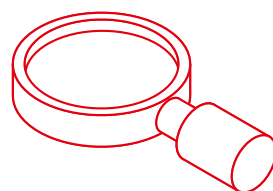
LA RÉALITÉ VIRTUELLE
AU SERVICE
DE LA PSYCHIATRIE

Sylvie Leroy,
L'ADN, 24 février 2017.

Rencontre avec le docteur Éric Malbos, à l'occasion de l'édition 2017 du Salon Virtuality, à Paris. Le docteur Malbos propose une approche originale pour traiter les troubles mentaux chez l'individu, faisant de la réalité virtuelle un outil médical. L'entretien permet au praticien de justifier sa démarche, démontrant les vertus de la reproduction fidèle d'un environnement, notamment dans le traitement des phobies sévères chez l'individu. Une méthode douce et efficace déjà couronnée de succès.

www.ladn.eu/tech-a-suivre/homme-augmente/la-realite-virtuelle-au-service-de-la-psychiatrie/

ÉTUDES

RAPPORT RELATIF
À LA SANTÉ MENTALE

Michel Laforcade,
octobre 2016.

Ce rapport de Michel Laforcade, rédigé en 2016 pour accompagner la loi sur la modernisation de notre système de santé sur la question de la santé mentale, a pour objectif d'épauler les travaux du Conseil national de la santé mentale. Dans cet objectif, il propose des solutions efficaces et concrètes pour l'amélioration du système de santé français à ce sujet.

www.solidarites-sante.gouv.fr/http://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-de-michel-laforcade-relatif-a-la-sante-mentale

Sur le même sujet:

La loi de modernisation de notre système de santé Synthèse documentaire, octobre 2017

www.irdes.fr/documentation/syntheses/loi-de-modernisation-du-systeme-de-sante-francais.pdf

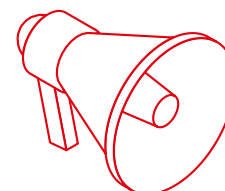
IDENTIFYING AND
TREATING MATERNAL
DEPRESSION : STRATEGIES
& CONSIDERATIONS FOR
HEALTH PLANS

NIHCM Foundation,
juin 2010.

Partant du constat qu'environ 10 à 20 % des femmes souffrent de dépression pendant la grossesse ou dans les douze mois suivant la naissance de l'enfant, la fondation NIHCM (National Institute for Health Care Management Foundation) a réalisé en 2010 un rapport complet sur ce phénomène alarmant. Fournissant d'abord une définition claire d'une pathologie aux contours encore flous, la NIHCM propose ensuite des stratégies, qui se déclinent en « plans de santé », pour répondre efficacement à un problème grandissant.

www.nihcm.org/pdf/FINAL_MaternalDepression6-7.pdf

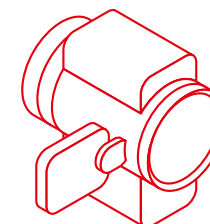
INITIATIVES

LES SEMAINES
D'INFORMATION SUR LA
SANTÉ MENTALE (SISM)

Ce rendez-vous annuel consacré à la santé mentale favorise l'organisation d'événements et d'initiatives sur l'ensemble du territoire. Il se donne pour objectif de sensibiliser le public, de l'informer sur les différentes approches de la santé mentale, de rassembler acteurs et spectateurs des manifestations autour d'une thématique, d'aider au développement des réseaux de solidarité et, enfin, de faire connaître les dispositifs existants pour inciter les gens à les soutenir. L'édition 2018 des SISM s'est déroulée du 12 au 25 mars 2018 avec pour thème : « Parentalité et Enfance ».

www.semaine-sante-mentale.fr/

VIDÉOS

DÉPRESSION, UNE
ÉPIDÉMIE MONDIALE ?

Michèle Dominici,
ARTE France, Flach Film
Production, 2013.

Partant d'un fait alarmant – la consommation mondiale d'antidépresseurs a doublé en une décennie, de 2000 à 2011 –, Michèle Dominici questionne les causes de la dépression. Son documentaire a le mérite d'élargir le débat en cherchant les causes de « l'épidémie », non pas chez l'individu, mais dans la société tout entière. Les experts (médecins, philosophes, sociologues), issus de tous les horizons, renouvellent le débat sur la question.

www.boutique.arte.tv/http://boutique.arte.tv/f10246-depression_une_epidemie_mondiale



regards en chiffres

 **1^{ÈRE} CAUSE**

de handicap dans le monde en 2020 selon l'OMS : les maladies mentales.

 **10 À 20 %**

des femmes développent une dépression périnatale (DPN)⁴ aux États-Unis.

 **+ 18 %**

de dépressions entre 2005 et 2015, soit plus de 300 millions de personnes à travers le monde¹, selon l'OMS.

 **10 500**

décès par suicide tous âges confondus en France⁵ et 2^e cause de décès chez les jeunes après les accidents de la route.

 **600 000**

personnes sont touchées par la schizophrénie en France.²

 **1 %**

des nouveaux-nés en France sont touchés par un trouble du spectre de l'autisme (TSA).⁶

 **16 000 MD\$**

Coût estimé des maladies mentales entre 2011 et 2030, à travers le monde.³

 **- 10 ANS**

d'espérance de vie pour un schizophrène par rapport à une personne non atteinte.⁷

1. OMS - Journée mondiale de la santé mentale 2017. 2. Inserm. 3. Étude de la Harvard School of Public Health et du Forum économique mondial. 4. National Institute for Health Care Management (NIHCM) Foundation. *Identifying and treating maternal depression; strategies and considerations for health plans, 2010, page 1*. 5. Planétoscope, statistiques mondiales sur le nombre de suicides en France. 6. Site Spectre de l'autisme. 7. Blog Guide de la schizophrénie.

