Gabriela Stoppe

WinWinWin: la perspective scientifique

L'importance des maladies psychiques

Au niveau international, l'importance de la santé psychique ou mentale pour le bien-être de la population est toujours davantage mise en exergue: *There is no health without mental health* [1, 2]. Personne ne peut plus ignorer les données relatives à l'épidémiologie et à l'économie de la santé. A titre d'exemple, les maladies psychiques représentent 3-4% du produit intérieur brut (PIB) contre 1% pour les cardiopathies coronariennes [1].

Une enquête récente décrit les enjeux principaux [3]: concernant la prévalence, les troubles anxieux (14,0%) arrivent devant les troubles du sommeil (7,0%), les dépressions (6,9%), la démence (5,4%), les troubles hyperkinétiques/TDAH (5%), les troubles somatoformes (4,9%) et la dépendance à l'alcool et aux drogues (>4%).

Vis à vis de la charge de morbidité, les maladies neuropsychiatriques représentent 30,1% chez les femmes et 23,4% chez les hommes. Il est vrai que la fréquence de ces maladies n'a pas clairement augmenté durant les dernières années (à l'exception de la démence); toutefois, une augmentation des coûts directs et indirects des maladies psychiques est anticipée: de 2,5 milliards de dollars en 2010 à 6,0 milliards de dollars en 2030 [4]. Aujourd'hui déjà, les maladies psychiques sont le facteur principal dans les invalidités et départs en retraite anticipés [5].

L'OCDE déplore le fait que les offres soient actuellement axées sur les maladies graves et que trop peu soit fait en faveur des malades atteints de formes modérées ou légères ainsi que de la prévention [5]. Simultanément, un écart toujours plus important du taux de mortalité est observé chez les patients atteints de maladies psychiques graves, ce qui signifie que ces patients profitent de moins en moins des avantages du système de santé [6].

Les maladies psychiques ne surviennent presque jamais de manière isolée. La plupart du temps, elles sont accompagnées d'autres diagnostics psychiques ou somatiques. Ces associations suffisent à suggérer d'intégrer plus étroitement la prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique dans le cadre des traitements somatiques. Actuellement, les personnes âgées constituent

un groupe particulier qui ne bénéficie pas ou pas suffisamment de toutes les formes de psychothérapie [7]. En outre, la prise en charge des migrants est toujours problématique.
Des nouvelles évolutions doivent être prises en compte à l'avenir: il a été observé au cours des dernières années que toujours davantage de personnes utilisent internet pour rechercher des informations, également sur la santé psychique, et que le niveau de connaissance sur les maladies psychiques a augmenté au fil du temps [8, 9]. Parallèlement, des services de conseil et de psychothérapie par téléphone ou internet sont proposés et affichent de bons résultats qui laissent espérer qu'ainsi, certaines barrières thérapeutiques connues pourraient être franchies [10].
Par ailleurs, la transformation démographique ainsi que la pénurie de personnel spécialisé appellent un débat sur un «nouveau découpage des métiers de la santé» [11].

Quelle forme de coopération pour améliorer la prise en charge?

Tout d'abord, le système de soins de santé primaires peut être amélioré de différentes manières. La formation des médecins généralistes ou de leurs collaborateurs est relativement coûteuse pour le système. D'un autre côté, le transfer en établissement psychiatrique est également lourd pour celui-ci. Les services de liaison et de consultation ainsi que les modèles de soins en collaboration se situent entre les deux [12]. Aujourd'hui, les études scientifiques favorisent sans équivoque ces derniers, lesquels sont étudiés principalement pour des troubles affectifs [12–14]. En revanche, sans un «programme» défini, les programmes de formation classiques ainsi que la mise en place de dépistages n'ont aucun effet attesté sur la prise en charge [12, 15]. Les soins en collaboration constituent une prise en charge qui remplit les critères de base suivants:
- accès pluridisciplinaire, en général les médecins généralistes et les professions psychosociales;
- un plan de gestion structuré;
- un suivi des patients soigné;
- des échanges interdisciplinaires plus nombreux.

Conclusions et concept de WinWinWin

La prise en charge au niveau des médecins généralistes et celle au niveau des psychiatres doivent davantage se rapprocher [15]. La science a étudié les coopérations structurées dans le cadre de maladies répandues, notamment la dépression, l'anxiété et la démence, et a montré que celles-ci sont supérieures aux traitements classiques.
Durant la manifestation[1] il s'est confirmé que des coopérations existent déjà, mais plutôt sous forme de réseaux informels de certains médecins généralistes et psychiatres, lesquels se consolident grâce à une expérience de collaboration croissante. Afin d'améliorer cette collaboration allant dans le sens d'une approche (très suisse) du bas vers le haut, il convient de mieux comprendre ce qui favorise les coopérations existantes. Il serait ensuite possible de construire à partir de cette base. Nous avons rassemblé les premières idées à ce sujet en novembre.

[1] Voir la page – de ce cahier

Références

1 http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0630:FIN:DE:PDF (Zugriff 3.1.2013).
2 http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/ (Zugriff 3.1.2013).
3 Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol. 2011;21:655–79.
4 Zylka-Menhorn V. Psychische Erkrankungen. Eine weltweite «Epidemie». Dtsch Ärztebl. 2011;11:510–1.
5 http://www.oecd.org/berlin/publikationen/sickonthejobmythsandrealities-aboutmentalhealthandwork.htm (Zugriff 3.1.2013).
6 Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? Arch Gen Psychiatry. 2007;64:1123–31.
7 Heuft G, Telger K, Wolter D, Imai, T. Versorgungssituation Älterer bezüglich ambulanter Richtlinienpsychotherapie. In: Stoppe G (Hrsg.): Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen. Bestandsaufnahme und Herausforderung für die Versorgungsforschung. Report Versorgungsforschung 3 (Reihen-Hrsg. Fuchs C, Kurth BM, Scriba PC). Köln: Deutscher Ärzteverlag; 2011:55–68.
8 Horch K, Ryl L, Hintzpeter B, Dierks ML. Kompetenz und Souveränität im Gesundheitswesen – Die Nutzerperspektive. Hrsg. Robert Koch Institut Berlin. GBE kompakt 2011;2(2).
9 Angermeyer CM, Matschinger H. Have there been any changes in the attitudes towards psychiatric treatment? Acta Psychiat Scand. 2005;111: 68–73.
10 Bee PE, Bower P, Lovell K, Gilbody S, Richards D, et al. Psychotherapy mediated by remote communication technologies: a meta-analytic review. BMC Psychiatry. 2008;8:60.
11 Frank J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet. 2010;376 (9756):1923–58.
12 Bower P, Gilbody S. Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency: narrative literature review. Brit J Psychiat. 2005;186:11–7.
13 Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. Cochrane Database Syst Rev. 2012;10:CD006525.
14 Smolders M, Laurant M, Roberge P, van Balkom A, van Rijswijk E, et al. Knowledge transfer and improvement of primary and ambulatory care for patients with anxiety. Can J Psychiatry. 2008;53:277–93.
15 Sikorski C, Luppa M, König HH, van den Bussche H, Riedel-Heller SG. Does GP training in depression care affect patient outcome? - A systematic review and meta-analysis. BMC Health Serv Res. 2012;12:10.
16 Thielke S, Vannoy S, Unützer J. Integrating mental health and primary care. Prim Care. 2007;34(3):571–92.

Correspondance:
Prof. Dr. med. Gabriela Stoppe
St. Alban-Anlage 37
CH-4052 Basel
gabriela.stoppe[at]unibas.ch