

Opinion

Repenser les soins de santé mentale: combler le fossé de crédibilité

Vikram Patel

Les innovations en matière de santé mentale mondiale se sont concentrées sur la résolution des barrières "du côté de l'offre" afin de réduire les lacunes de traitement et, ce faisant, ont redéfini les trois postulats de base des soins de santé mentale, à savoir ce que comprend une intervention en santé mentale, qui est prestataire de soins de santé mentale et ce qu'est un milieu de soins de santé mentale. Cependant, de telles innovations à elles seules ne pourront pas réduire les lacunes de traitement en raison du fossé existant entre la compréhension du trouble mental en usage chez les spécialistes en santé mentale - parfaitement illustrée dans les systèmes de diagnostic et les instruments épidémiologiques qui en découlent- et la façon dont le reste du monde conçoit la souffrance psychologique. C'est ce fossé de "crédibilité" qui nécessite d'être comblé de trois façons principales : d'abord, en distinguant entre les troubles mentaux qui pourraient bénéficier d'interventions biomédicales et les états de détresse plus bénins; en offrant des interventions pour les états de détresse par le biais principalement d'interventions psychosociales de faible intensité fournies en dehors du système de soins de santé officiel; et en basant les descriptions des catégories de diagnostics sur les formes du phénomène observées dans l'ensemble des populations, plutôt que sur celles observées en milieu spécialiste.

Mots-clés: diagnostic, modèles explicatifs, santé mentale mondiale, lacunes de traitement

Introduction

La santé mentale mondiale a été fortement influencée par le concept de lacunes de "traitement", à savoir, la proportion de personnes au sein d'une population atteintes de troubles mentaux qui ne sont

pas en contact avec des services ni ne bénéficient de traitements fondés sur des preuves (Patel.2010). Afin de réduire ces lacunes, un nombre croissant de modèles novateurs de soins sont apparus dans divers milieux à faibles ressources, qui remettent en cause trois postulats de base en matière de soins de santé mentale : ce que les soins de santé mentale doivent recouvrir; qui est prestataire de soins de santé mentale; et où doivent être dispensés les soins de santé mentale. Avant d'aborder la question du fossé de crédibilité, j'examinerai brièvement comment les innovations visant à résoudre les lacunes de traitement redéfinissent chacun de ces postulats.

Redéfinir les postulats

Considérons premièrement les postulats concernant *ce que* devraient recouvrir les soins de santé mentale. L'essentiel du discours sur les soins de santé mentale se concentre sur des directives de traitement structurées, parfaitement illustrées dans le *Programme d'action: combler les lacunes en santé mentale (mhGAP)* de l'Organisation mondiale de la santé, qui met l'accent sur les interventions médicamenteuses et psychologiques (Dua et al., 2011). Au cœur de ces directives se trouve le statut privilégié des catégories de diagnostics biomédicaux tels que la dépression et la schizophrénie. Pourtant, il est désormais clair que l'emploi de ces étiquettes et des explications biomédicales qui leur sont associées est souvent inutile et peut même être contre-productif. Intégrer dans les interventions des modèles explicatifs culturellement appropriés et des labels de non-spécialistes, en allant même jusqu'à ne pas employer de termes tels que dépression, est ce caractérise les interventions en santé mentale accessibles et efficaces (Patel, Chowdhary, Rahman &

Verdeli, 2011). Inclure des interventions visant les résultats qui comptent pour les personnes affectées et leurs familles – par exemple, le fonctionnement social indépendant de personnes atteintes de schizophrénie – a autant de valeur ou même plus d'importance que des traitements focalisés sur les symptômes psychiatriques (Balaji et al., 2012). Mobiliser les ressources personnelles et collectives – par exemple, les systèmes d'aide sociale existants- est essentiel pour aborder les déterminants sociaux utiles et les conséquences des troubles mentaux. Les interventions en santé mentale doivent donc aller bien au-delà des concepts et des traitements biomédicaux étroitement définis.

Deuxièmement, considérons le postulat concernant *qui* est prestataire de soins de santé mentale. Le postulat que les prestataires de soins de santé mentale seraient assimilables à des spécialistes de santé mentale a été sérieusement remis en question par des innovations telles que le partage des tâches, les intervention en santé mentale de première ligne impliquant des agents de santé communautaire et des non professionnels. Un ensemble substantiel de preuves, le plus grand vraisemblablement en ce qui concerne les maladies non transmissibles, témoigne de l'efficacité de cette approche (van Ginneken et al., 2013). Parce que nous avons pu employer des ressources humaines largement disponibles et financièrement abordables pour assurer des soins de première ligne, nous avons réussi un glissement de paradigme, passant d'une focalisation sur le manque de ressources humaines spécialisées vers une mobilisation efficace des ressources humaines disponibles. Ces ressources humaines nécessitent bien-sûr des formations soigneusement conçues, et plus encore, une supervision continue pour assurer la qualité durable des soins. Le recours à des spécialistes pour assurer la formation et la supervision est crucial pour améliorer l'accès à des modèles de soins

reposant sur le partage des tâches. Néanmoins, une évaluation empirique récente a montré que, une fois la compétence acquise, des conseillers non professionnels sont capables d'évaluer la qualité des sessions de conseil avec autant de précision que les spécialistes (Singla et al., submitted). Ce modèle de partage des tâches de supervision signifie que le rôle des spécialistes se concentrera encore plus sur concevoir des programmes, garantir la qualité et se charger de la référence dans les cas complexes ou ceux de résistance au traitement, et cela permettra ainsi une couverture plus large de la population pour chaque spécialiste.

Troisièmement, examinons le postulat sur *où* les soins de santé mentale peuvent être assurés. Un aspect unique des innovations dans la santé mentale mondiale est que pratiquement aucune n'a eu lieu en milieu spécialisé. Les centres de soins de santé primaires sont bien-sûr des plateformes logiques d'offres de prestations, mais, de façon peut-être plus créative, les soins de santé mentale sont maintenant prodigués dans divers endroits "*non liés à la santé*", en particulier dans le logement des patients ou dans les écoles, s'agissant d'enfants. Ce faisant, la stigmatisation, la barrière des coûts d'accès et l'adhérence au traitement sont souvent résolus, et il en résulte un meilleur taux d'achèvement des traitements et, conséquemment, de meilleurs résultats.

Demande et fossé de crédibilité

Si beaucoup d'innovations de la santé mentale mondiale résumées ci-dessus se sont concentrées sur la résolution des barrières "*du côté de l'offre*" pour combler les lacunes en matière de traitement, ces lacunes peuvent également être attribuées aux barrières du côté de la demande, qui sont liées aux conceptions extrêmement diverses qui règnent dans les communautés en matière de troubles mentaux. De fait, l'hypothèse première du présent article est que les stratégies liées à l'offre ne pourront pas à elles seules réduire les lacunes de traitement de façon significative. Même

dans les pays les plus riches du monde qui jouissent d'un régime universel de soins de santé -avec des soins de santé mentale gratuits, multidisciplinaires, d'orientation collective, exhaustifs et coordonnés (comme dans les pays d'Europe occidentale)- un nombre important de personnes atteintes de troubles mentaux (la majorité même, dans certains pays), de troubles de l'humeur, d'anxiété, de troubles liés à l'abus de substances, n'ont pas accès aux services de soins de santé mentale d'un spécialiste, ainsi que des enquêtes l'ont révélé (Wang et al., 2007). Même si la reconfiguration du contenu des interventions, la division des tâches avec des ressources humaines non-spécialistes et les offres de soins dans des plateformes non liées à la santé peuvent, dans une certaine mesure, combler les lacunes, il est peu probable que cela soit suffisant. Je postule que le problème majeur réside dans le fossé entre la compréhension des troubles mentaux en usage chez les spécialistes de santé mentale -illustrée au mieux par les systèmes de diagnostic et les instruments épidémiologiques qui en découlent- et la façon dont le reste du monde conçoit la souffrance psychologique. En bref, ceci constitue le fossé - que je désigne par le terme fossé de "crédibilité"- que nous devons combler; et pour ce faire, il nous faut sérieusement revoir nos concepts sur les troubles mentaux et être prêts à abandonner des croyances auxquelles nous étions dévotement attachés.

Cependant, je dois d'abord préciser que mon postulat ne nie pas l'existence des troubles mentaux ni leurs fondements biologiques. Il ne fait aucun doute (dans mon esprit du moins) que le phénomène, que nous décrivons en tant que caractéristiques du trouble mental et que nous catégorisons en fonction des regroupements de symptômes observés, a une base biologique dans le cerveau. Comment pourrions-nous autrement expliquer l'expérience humaine universelle de la fatigue, de l'anhédonie (une perte

profonde d'intérêt caractérisant l'expérience de la dépression), des hallucinations ou de la recherche de substances nocives? Néanmoins, ces expériences sont bien-sûr inextricablement liées à de puissants déterminants sociaux et culturels et, peut-être s'agissant des troubles mentaux uniquement, avec l'identité propre à la personne elle-même. A cet égard, les troubles mentaux sont nettement distincts de l'état de santé physique: il n'y a tout simplement pas de similarité entre un furoncle douloureux et un sentiment de dépression, ou entre une forte fièvre et entendre des voix. Il y a eu dans certaines sections de la communauté des spécialistes de santé mentale (les sections les plus dominantes sans doute) un désir d'appartenir à la puissante guilde médicale, qui a fait délibérément peser dans la balance entre l'histoire personnelle et le concept biomédical, le poids de ce dernier, et adopter ainsi de plus en plus un obscur jargon de catégories de diagnostics pour communiquer ensemble et, peut-être, pour impressionner nos collègues des autres branches de la médecine. Cependant, en agissant ainsi, il semble que nous ayons virtuellement perdu la capacité de communiquer avec toute autre personne au sein de nos propres communautés.

Les controverses récentes sur le Manuel diagnostique et statistique V (Frances, 2013) sont, en grande partie, le reflet de ce fossé de crédibilité. Les critiques renvoient au problème que certaines catégories de diagnostics reflètent une médicalisation d'un phénomène normatif et sont coupables de privilégier le biologique au détriment du social. C'est particulièrement vrai pour les diagnostics concernant les troubles de l'humeur et ceux liés à l'anxiété, ceux liés à l'utilisation de substances, les troubles émotionnels et comportementaux de l'enfance, qui représentent des dichotomies artificielles plaquées sur le caractère naturel des réponses psychologiques face aux expériences ordinaires de la vie humaine. Naturellement, imposer des dichotomies

artificielles s'applique aussi à beaucoup d'états de la santé physique tels que l'hypertension et le diabète, mais, comme je le soulignais précédemment, il existe une différence notable avec la façon dont les communautés perçoivent ces états de santé physique, notamment parce qu'ils sont vus comme des "*maladies*" distinctes et séparées de l'identité personnelle de quelqu'un. D'un autre côté, la grande majorité des personnes chez qui une dépression ou une consommation nocive d'alcool ont été diagnostiquées, sur la base d'une interview de psychiatrie ou d'un diagnostic clinique, ne perçoivent pas leur problème comme un état de santé distinct lié à une causalité biomédicale; ils emploient au contraire, des labels significatifs sur le plan culturel et des explications causales de leur détresse comme étant inextricablement liée à leur vie personnelle. A cet égard, évidemment, leurs points de vue sont parfaitement consistants avec la littérature épidémiologique sur les déterminants de ces troubles mentaux.

Aucun de mes postulats n'est nouveau; plusieurs auteurs soutiennent depuis longtemps qu'il est nécessaire de revoir nos concepts sur les troubles mentaux afin de composer avec les points de vue qui prévalent dans les communautés. En clair, le fossé de crédibilité entre les communautés de spécialistes de la santé mentale et le reste du monde est l'une des causes principales des lacunes de traitement dans toutes les régions du monde. Le fossé de crédibilité s'illustre dans trois observations critiques: la médicalisation des mondes émotionnels et l'imposition de dichotomies artificielles normatives sur les dimensions de l'expérience psychologique; l'emploi de termes de jargon de plus en plus complexes, tels que le label diagnostique de Trouble de dérégulation dit d'humeur explosive chez les enfants; et l'accent mis toujours davantage sur des soins de santé mentale biomédicalement orientés, comme

représentant la solution principale de ces problèmes.

A beaucoup d'égards, les approches adoptées par les innovateurs dans le domaine de la santé mentale mondiale ont pour but spécifique de résoudre quelques-uns de ces défis. Beaucoup fuient l'emploi des catégories de diagnostics et le jargon compliqués (par exemple, la plupart des essais cliniques concernant le traitement psychologique de la dépression dans les pays en développement n'emploient pas le terme de "*dépression*" dans leur volet éducatif pour les patients), ils emploient des agents de santé non-professionnels pour réaliser les interventions, ils élargissent la définition de l'intervention de santé mentale afin d'y incorporer la mobilisation des ressources personnelles et communautaires ainsi que des stratégies pertinentes dans un contexte donné, et ils effectuent les interventions dans un lieu que la personne préfère, parfois même à leurs propres domiciles ou en milieu communautaire. Les innovateurs en matière de santé mentale mondiale doivent cependant se garder de tomber dans un piège semblable à celui où se trouvent les systèmes de santé mentale des pays riches, à savoir un système de soins fortement professionnalisé et inflexible, mené par des catégories de diagnostics biomédicaux et des modèles de traitement étroitement définis, et avec des systèmes de prestations descendants qui empêchent les communautés de jouer un rôle actif. Je propose un ensemble de stratégies qui, je l'espère, pourra faire diminuer le fossé de crédibilité béant et peut-être même croissant entre les professionnels de la santé mentale et leurs communautés.

Stratégies

Premièrement, nous devons cesser d'employer les estimations de prévalence produites par les enquêtes épidémiologiques comme sources de preuves servant à définir le dénominateur de la fraction révélant les lacunes de traitement. Cela semblera sans doute une

proposition provocatrice; pourtant, il est certain que seule une infime fraction de la population mondiale croit vraiment aux chiffres étonnamment élevés que ces enquêtes déglutissent. Ces chiffres manquent tout simplement de validité apparente car elles assimilent la détresse émotionnelle à un trouble mental nécessitant des interventions biomédicales spécifiques. Bien-sûr, les diagnostics sont importants. Néanmoins, le moyen de combler le fossé de crédibilité dans ce contexte est sans doute d'établir un seuil minimal pour le diagnostic de troubles spécifiques, basé non seulement sur un conglomérat de symptômes et leur impact, mais aussi sur la probabilité que les interventions biomédicales à offrir soient bénéfiques, en particulier pour réduire les déficiences empêchant de réaliser les tâches essentielles de la vie quotidienne. Si cela se faisait, jusqu'à plus de la moitié peut-être des personnes chez qui l'on diagnostique un emploi de substances, des troubles de l'humeur ou de l'anxiété -ce qui représente ensemble 75% du fardeau des troubles mentaux- ne se verraient probablement plus qualifiées de "dérangées". Le terme "*en détresse*", moins chargé de signification biomédicale, et sans distinctions supplémentaires en sous-catégories, pourrait peut-être servir à désigner des individus qui, sans répondre au critère de seuil permettant un diagnostic de trouble spécifique, ne fonctionnent néanmoins pas de façon optimale. Cette proposition est étayée par des preuves empiriques concrètes, qu'il est très difficile (et vraisemblablement tout-à-fait artificiel) de distinguer des sous-catégories de "*troubles*", aux niveaux bénins des dimensions des syndromes courants de la santé mentale.

Deuxièmement, nous devons admettre que, si les personnes qui sont "*en détresse*" (mais non pas "*dérangées*") peuvent être aidées à mieux faire face, l'aide qu'ils nécessitent pourrait être fournie de façon totalement différente en dehors du système de santé officiel, par exemple grâce à des

interventions sociales peu coûteuses, par des liens amicaux, en fournissant une aide pratique pour les difficultés d'ordre économique, en mobilisant et renforçant des sources d'aide non biomédicales existantes et acceptables dans le contexte donné (comme, à certains endroits, les interventions spirituelles) et en promouvant l'auto-assistance via des livres ou Internet (Fairburn & Patel., 2014). Ceci revient non seulement moins cher mais c'est également en accordance avec la compréhension que les personnes ont de leur problème, avec le cours et le résultat de ces états de détresse, et les preuves en matière de traitement.

Troisièmement, ainsi que je le soutenais ailleurs (Jacob & Patel, 2014), les descriptions des catégories de diagnostics doivent être basées sur les formes des phénomènes observées dans les populations en général et non pas sur celles observées dans les milieux spécialisés. Si nous suivions cet axiome, rien probablement ne pourrait justifier la séparation des diagnostics de l'humeur, de l'anxiété et des troubles somatoformes (du moins en milieux non spécialisés) puisque, pour une large majorité de personnes, le phénomène associé à ces diagnostics est simultané, et qu'évidemment, ces troubles présentent des étiologies similaires et tirent profit d'interventions similaires. Le concept concernant les troubles mentaux courants, défendu durant plus de deux décennies par les praticiens des soins de santé mentale primaire, demeure le concept le plus valide pour décrire ces expériences hétérogènes au sein des populations.

Conclusion

En conclusion, les troubles mentaux sont de réelles formes de la souffrance humaine qui sont observées mondialement dans toutes les populations, avec de remarquables similitudes dans la phénoménologie, toutes cultures confondues. Ceci n'implique pas cependant que les concepts descendants, biomédicaux

et psychiatriques ainsi que les paradigmes thérapeutiques soient universellement applicables et utiles. Il existe un gouffre béant, que j'appelle dans cet article le fossé de crédibilité, entre de tels paradigmes et les croyances circulant dans de larges parties des communautés de tous les pays. Ce fossé est dû en grande partie aux différences fondamentales entre les maladies "somatiques" et "psychologiques", dans la façon dont elles sont conceptualisées, influencées par les déterminants sociaux et traitées dans les interventions. Cette observation n'est nullement originale ou nouvelle : les communautés de professionnels et de défenseurs travaillant dans le cadre d'opérations humanitaires ont présenté un point de vue similaire en matière de conceptualisation des conséquences des conflits et d'autres situations d'urgence pour la santé mentale. Les différences fondamentales qui distinguent la pratique des soins de santé mentale des soins de santé physique forment de fait l'essence même de sa spécificité et de son attrait. Au lieu de les passer sous silence, dans l'espoir de susciter le respect et de faire partie du monolithe de la médecine, il faut défendre et souligner ces différences si nous voulons refermer le fossé de crédibilité entre les spécialistes de la santé mentale et les communautés que nous servons. En agissant ainsi, nous ne ferons que réaffirmer notre place légitime dans l'espace unique entre la médecine et la société, que les pratiques de la santé mentale ont occupé au cours de l'histoire.

Remerciements

L'auteur a bénéficié du soutien de Wellcome Trust Senior Fellowship in Clinical Science et des subventions de UKAid, Grand Challenges Canada et de NIMH.

Références

- Balaji, M., Chatterjee, S., Brennan, B., Rangaswamy, T., Thornicroft, G., Patel V. (2012). Outcomes that matter: a qualitative study with persons with schizophrenia and their primary caregivers in India. *Asian J Psychiatr.*, 5(3),258-65.
- Dua, T., Barbu, C., Clark, N., Fleischmann, A., Poznyak, V., Van Ommeren, M., et al. (2011). Evidence-Based Guidelines for Mental, Neurological, and Substance Use Disorders in Low- and Middle-Income Countries: Summary of WHO Recommendations. *PLoS Med.*, 8(11),e1001122.
- Fairburn, C.G. & Patel, V. (2014). The global dissemination of psychological treatments: a road map for research and practice. *Am J Psychiatry*, 171(5),495-8.
- Frances, A. (2013). The past, present and future of psychiatric diagnosis. *World Psychiatry*, 12(2),111-2.
- Jacob, K.S. Patel, V. (2014) Classification of mental disorders: a global mental health perspective. *Lancet*, 383,1433-5.
- Patel, V. & Prince, M. (2010). Global mental health: a new global health field comes of age. *JAMA*, 303(19),1976-7.
- Patel, V., Chowdhary, N., Rahman, A., Verdeli, H. (2011). Improving access to psychological treatments: Lessons from developing countries. *Behav Res Ther*,49(9),523-8.
- Singla, D.R., Weobong, B., Nadkarni, A., Chowdhary, N., Shinde, S., Anand, A., Patel, V. Improving the scalability of psychological treatments in developing countries:

a study of peer-led supervision and therapy quality in India. Behavioral Research and Therapy. In Press.

Van Ginneken, N., Tharyan, P., Lewin, S., Rao, G.N., Meera, S., Pian, J, et al. Non-specialist health worker interventions for the care of mental, neurological and substance-abuse disorders in low- and middle-income countries. Cochrane Database Syst Rev.,11,CD009149.

Wang, P.S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M.C., Borges, G., Bromet, E.J., et al. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. Lancet, 370(9590), 841-50.

*Vikram Patel est Professeur en santé mentale internationale et Chargé de recherches senior en science clinique auprès de Wellcome Trust, de London School of Hygiene & Tropical Medicine, London, UK, et de Public Health Foundation of India et Sangath, Inde.
email: vikram.patel@lshtm.ac.uk*