Document generated on 08/05/2025 8:49 p.m.

Frontières

FRONTIÈRES

Augmentation significative de l'usage des antidépresseurs
Stratégies de contrôle, système médical dysfonctionnel ou besoin réel ?

Jean-François Saucier, M.D., Ph. D.

Volume 21, Number 2, Spring 2009

Détresse psychique et antidépresseurs

URI: https://id.erudit.org/iderudit/039460ar
DOI: https://doi.org/10.7202/039460ar

See table of contents

Publisher(s)

Université du Québec à Montréal

ISSN

1180-3479 (print)
1916-0976 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Saucier, J.-F. (2009). Augmentation significative de l'usage des antidépresseurs : stratégies de contrôle, système médical dysfonctionnel ou besoin réel ? *Frontières*, *21*(2), 70–72. https://doi.org/10.7202/039460ar

Tous droits réservés © Université du Québec à Montréal, 2009

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

Augmentation significative de l'usage des antidépresseurs

Stratégies de contrôle, système médical dysfonctionnel ou besoin réel ?

Jean-François Saucier, M.D., Ph. D.,
chercheur titulaire, Département de psychiatrie,
Université de Montréal,
Centre de recherche, CHU Sainte-Justine.

L'augmentation importante de la prescription de médicaments antidépresseurs au cours de la dernière décennie a soulevé des interrogations multiples, autant chez les professionnels que dans le grand public, en Occident. On a invoqué, entre autres, des stratégies de contrôle des individus, l'anesthésie de soi provoquée par la compulsion de prise de médicaments, la poussée conquérante des puissantes industries pharmaceutiques, l'abdication de l'indépendance médicale, etc.

La plupart des interventions semblent cependant présumer, comme allant de soi, que la fréquence de la dépression serait stable de façon permanente, donc que l'augmentation des antidépresseurs serait évidemment illégitime sinon scandaleuse. Est-on bien sûr de la stabilité de la dépression ? Il est essentiel d'aborder cette question avant toute autre.

FRÉQUENCE ACCRUE DE LA DÉPRESSION

Une recension des écrits apporte une réponse claire à la question. Il y a déjà vingt ans (voir Klerman et Weissman, 1989), on avait constaté, à la surprise générale, une augmentation significative de la fréquence de la dépression majeure en Amérique du Nord, et ceci à partir de multiples enquêtes épidémiologiques. Les études faites depuis ont confirmé cette tendance ici et également dans d'autres régions du monde. Par exemple, une recension récente des dernières enquêtes (Patten, 2008) a montré que le risque d'une dépression durant la vie d'une personne (*lifetime prevalence*) est au moins de 20 % chez les hommes et de 30 % chez les femmes. À la suite de toutes ces observations, l'Organisation mondiale de la santé a dû proclamer, récemment, que la dépression est devenue la deuxième cause de dysfonctionnement de la santé, juste après les maladies cardiovasculaires et avant le cancer (La Giorgia, 2008).

Une première famille de médicaments antidépresseurs (les tricycliques) avait déjà vu le jour dans les années 1950 et 1960, mais le taux fréquent d'effets secondaires, particulièrement cardiovasculaires, a incité la recherche de molécules plus adéquates ; l'augmentation significative de la fréquence de la dépression par la suite a été une raison de plus pour accélérer la recherche dans ce domaine et augmenter en conséquence la prescription de ces médications.

CINQ FACTEURS CORRÉLÉS

Divers changements importants récents dans nos sociétés, autant dans les domaines physiologiques, médicaux que psychologiques et sociaux, sont survenus en parallèle à l'augmentation de la fréquence de la dépression majeure et rendraient celle-ci davantage compréhensible. Voici une esquisse rapide des changements les plus notables.

LA BAISSE CONSIDÉRABLE DES OMEGA-3 DANS LA DIÈTE

Cet acide gras polyinsaturé essentiel est maintenant consommé vingt fois moins que le niveau normal, tel qu'il était dans les années 1950 ; ceci est dû à la consommation très diminuée de poissons et de crustacés (en partie causée par l'abandon des pratiques religieuses du vendredi maigre et du carême dans les régions catholiques) ainsi qu'à la détérioration de la qualité de la viande (causée en grande partie par la substitution du maïs à l'herbe dans la diète des animaux de boucherie herbivores).

L'évocation de la baisse des Oméga-3 comme facteur lié à la dépression peut sembler surprenante sinon farfelue pour des commentateurs de sciences psychosociales, mais des recherches sérieuses convergent vers cette évidence. Ce sont des cardiologues qui, les premiers, ont découvert

l'effet préventif des Oméga-3 sur les maladies cardiovasculaires (voir Liu et Stamler, 1982) ; des psychiatres, les premiers d'entre eux étant de l'Université Harvard (Stoll et Severus, 1999), ont ensuite détecté leur effet préventif et parfois curatif (Puri et Counsell, 2002 et Nemets et Stahl, 2002) sur les maladies dépressives. Une dépression majeure n'est pas confinée à la psychologie des sujets ; elle concerne l'être humain tout entier, de là la nécessité d'investiguer différents facteurs, y compris les facteurs physiologiques.

DIABÈTE ET OBÉSITÉ

Ces deux conditions médicales chroniques dont la fréquence a augmenté de façon catastrophique entraînent souvent des troubles dysthymiques (« la déprime », en langage populaire) dont certains se transforment en dépression majeure.

AUGMENTATION DE LA FRÉQUENCE DE L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL (BURN-OUT)

On a noté une augmentation des exigences de rendement au travail dans de nombreux milieux, ce qui entraîne un accroissement chronique de la tension chez l'employé et, si cette situation est de longue durée, un épuisement dépressif (Kraft, 2006). À titre d'indication, les données provenant des compagnies d'assurances indiquent que, dans les années 1980, environ 15 % des demandes d'arrêt de travail étaient dues à l'épuisement professionnel, alors que ce pourcentage varie actuellement entre 40 % et 45 %.

AUGMENTATION DE LA PRÉCARITÉ DE L'EMPLOI

Dans le passé, un employé qui se joignait à une entreprise pouvait compter, à moins de circonstances exceptionnelles, sur la permanence de son emploi. Aujourd'hui, les contrats d'emploi sont très souvent temporaires. De plus, plusieurs jeunes ne peuvent même pas entrer dans « le système » et doivent se contenter de multiples emplois à temps partiel. Cette insécurité chronique, accompagnée de temps à autre de périodes de chômage, augmente la vulnérabilité à la dépression.

DIMINUTION SIGNIFICATIVE DES RÉSEAUX DE SOUTIEN

Avec l'urbanisation, la nucléarisation graduelle des familles et la fréquence des déménagements, on constate l'effritement relatif des réseaux de soutien interpersonnel, ces réseaux étant un facteur crucial dans la prévention de la dépression (Wade et Kendler, 2000).

On pourrait évoquer la possibilité d'une mutation génétique récente pour expliquer l'augmentation de la dépression. Or cela relève de l'impossibilité ; pour qu'une mutation génétique en arrive à influencer toute une population, il faut une période de temps considérable se chiffrant en millénaires. L'augmentation de la dépression au cours des trente dernières années ne peut donc être expliquée que par des changements dans l'environnement tels que les six facteurs décrits plus haut et possiblement quelques autres. Tout ce que la génétique peut expliquer à cet égard est la plus grande vulnérabilité à la dépression de certains individus par rapport à d'autres, quand l'environnement, comme ce fut le cas au cours des trente dernières années, devient plus agressif ou moins protecteur.

Lacrimæ 476.14, graphite sur papier, 12 × 38 cm, 2003.

SYSTÈME MÉDICAL DYSFONCTIONNEL

Une seconde hypothèse pour rendre compte de l'augmentation de l'usage des antidépresseurs serait l'erreur de diagnostic. (Il ne sera pas question ici de l'augmentation des anxiolytiques, les benzodiazépines.) Plusieurs patients se présentent à la consultation avec une apparence de dépression majeure consistant en un mélange de tristesse, malaise existentiel, détresse psychique récente, sentiments d'insuffisance, perte de plaisir, irritabilité, c'est-à-dire un mélange d'intensité légère qu'on appelle « trouble dysthymique » (« déprime » en langage populaire). Le médecin peut alors faire l'erreur de statuer que ce mélange dysthymique est plutôt une dépression majeure, ce qui alors légitime la prescription d'un antidépresseur.

Deux réalités socioculturelles contribuent à faciliter cette erreur de diagnostic. Tout d'abord notre culture a été longtemps dominée par la vision sévère de la perspective judéo-chrétienne, insistant sur les aspects de devoir, de gravité et surtout de privation, de sacrifice et d'abnégation. L'hédonisme actuel célèbre plutôt la légitimité du plaisir, de la jouissance, de la jubilation.

Ce changement culturel important comporte cependant un effet pervers, peu remarqué, qui résulte en une moindre tolérance à l'égard des situations pénibles, en particulier des affects dépressifs. Ce qui était considéré, selon la tradition judéo-chrétienne, comme une simple dysphorie à laquelle on s'adaptait en silence, tant bien que mal, est devenu dans plusieurs milieux une situation émotionnelle intense perçue comme intolérable et dont on cherche à se libérer de diverses façons dont l'une est la demande d'antidépresseurs, une prescription pour ces derniers étant parfois même exigée par le patient ou par des membres de son entourage.

Parallèlement, une autre réalité pertinente est l'organisation actuelle du système de santé qui n'aide pas le médecin généraliste quand il est confronté à des cas frontières délicats où il est extrêmement difficile de distinguer le trouble dysthymique (mineur) de celui de dépression majeure. Dans ces cas frontières, la solution est de demander une consultation au psychiatre spécialiste, mais cela nécessite souvent un délai de plusieurs mois, vu la pénurie actuelle de ceux-ci. Le médecin ne pouvant imposer ce délai

à ses patients qui vivent dans la souffrance se résout alors à prescrire un antidépresseur. Cette situation semble être devenue encore plus fréquente lors des consultations sans rendez-vous où le médecin est débordé par une nombreuse clientèle et ne peut accorder que quelques minutes à chacun de ses patients. La majorité des prescriptions serait faite par des médecins généralistes (jusqu'à 80 % en France, selon Thibaudeau, 2008).

Cette convergence regrettable de l'hédonisme des patients et de la dysfonction du système de soins expliquerait, en partie, l'augmentation de la prescription d'antidépresseurs.

STRATÉGIES DE CONTRÔLE

On sait que les compagnies pharmaceutiques consacrent environ un tiers de leurs immenses budgets à la publicité. Ce fait génère une troisième hypothèse suivant laquelle la toute-puissance de ces sociétés aurait réussi à influencer tant les médecins que les patients, à tel point qu'il en serait résulté une utilisation scandaleuse des antidépresseurs.

Remarquons d'abord que la publicité directe aux patients est interdite au Canada en ce qui regarde les journaux, la radio et la télévision. Cependant, les chaînes américaines diffusées au Canada peuvent exposer le public canadien à des messages publicitaires sur les antidépresseurs provenant directement des compagnies pharmaceutiques (ce qui est légalement permis aux États-Unis). Bien qu'il soit difficile d'évaluer quelle est actuellement la proportion du public canadien exposée à ces messages publicitaires américains, il est certain que toute la population canadienne, encore moins celle de langue française, n'est pas exposée à la publicité directe américaine.

Remarquons ensuite que le but de la publicité pharmaceutique auprès des médecins se limite à montrer, dans la situation actuelle de compétition féroce entre diverses sociétés, que ce médicament-ci est meilleur que tous les autres, tant pour son effet primaire augmenté que pour ses effets secondaires diminués. Cette publicité tapageuse dans les revues professionnelles n'opérerait donc qu'un déplacement des choix entre médicaments.

On pourrait en conclure que la publicité pharmaceutique ne contribuerait que de façon limitée à l'augmentation globale de la prescription des antidépresseurs.

On a aussi invoqué des stratégies de contrôle de l'État pour expliquer la situation. À en juger par l'insuffisance notable des budgets publics pour la santé et la tendance constante à couper ceux-ci, il serait plus plausible de penser que s'il y a une stratégie de contrôle, celle-ci serait plutôt de diminuer l'utilisation des antidépresseurs que de les augmenter.

* * *

Dénoncer le scandale de l'augmentation de la consommation des antidépresseurs et émettre des hypothèses sur ses causes ne constituent que la toute première étape du long processus nécessaire à la correction de cette grande anomalie. Il y a un besoin urgent d'une recherche rigoureuse qui pourra nous renseigner sur ce qui est attribuable à un besoin réel de plus de médication relié à une fréquence accrue de la dépression majeure dans notre société et sur ce qui serait attribuable soit à des erreurs de diagnostic, soit à la publicité des compagnies pharmaceutiques, soit à d'autres causes que cette recherche pourrait identifier.

Cette recherche devrait aussi comprendre une exploration systématique des solutions au problème d'une trop grande consommation d'antidépresseurs, sur le modèle de l'enquête faite en France en 2006 par l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (voir Thibodeau, 2008).

Concernant d'abord la réalité épidémiologique de la fréquence accrue de la dépression majeure dans nos sociétés occidentales, il y aurait lieu d'explorer des correctifs en tenant compte des six facteurs mentionnés précédemment pour expliquer cette réalité. Par exemple, y aurait-il lieu d'encourager la consommation de poissons (en particulier des poissons gras tels que saumon, sardine, maquereau, anchois) afin d'augmenter l'apport d'Omega 3 ? Pourrait-on exiger une modification de la diète des animaux de boucherie en rendant obligatoire l'addition de graines de lin ? Au plan social, pourrait-on, par exemple, intervenir pour diminuer la fréquence de l'épuisement professionnel, la précarité de l'emploi ?

Concernant, en deuxième lieu, les erreurs de diagnostic, on pourrait identifier à quelles catégories appartiennent les médecins qui prescrivent le plus souvent des antidépresseurs. En France, on a identifié les médecins généralistes comme étant, dans 80 % des cas, les auteurs de ces prescriptions. Après avoir relevé les situations types d'erreurs de diagnostic, on pourrait explorer diverses solutions. Par exemple, devrait-on limiter la prescription des antidépresseurs aux seuls médecins spécialistes, les psychiatres ? (Cela causerait-il des goulots d'étranglement insupportables, vu la pénurie des psychiatres, surtout en région ?) Devrait-on plutôt promouvoir un programme intensif et continu d'entraînement à la prescription judicieuse d'antidépresseurs chez les médecins généralistes ? Devrait-on réclamer des pharmaciens qu'ils n'honorent que les prescriptions des seuls médecins généralistes qui auraient suivi ce programme intensif ? Y aurait-il d'autres solutions ?

En troisième lieu, concernant la publicité des compagnies pharmaceutiques sur les nouveaux antidépresseurs, il y aurait lieu d'informer objectivement et rapidement tous les médecins, spécialistes et généralistes, par des évaluations d'experts indépendants telles qu'on en trouve déjà pour tous les nouveaux médicaments dans la Lettre médicale publiée par le *New England Journal of Medicine*.

Il est capital de se rendre compte que l'augmentation des prescriptions d'antidépresseurs est le signal d'un profond malaise dans nos sociétés occidentales, y compris au Québec. Il est essentiel de ne pas banaliser ce signal mais au contraire d'en rechercher les causes de manière à pouvoir intervenir globalement et rapidement.

Bibliographie

KLERMAN, G.L. et M.M. WEISSMAN (1989). « Increasing rates of depression », *Journal of American Medical Association*, vol. 261, nº 5, p. 2229-2235.

KRAFT, U. (2006). « Burned out », *Scientific American Mind*, vol. 17, nº 3, p. 29-33.

LA GIORGIA, G. (2008). « Depression by the numbers », *Canada Health*, juillet-août, p. 54.

LIU, K. et J. STAMLER (1982). « Dietary lipids, sugar, fiber and mortality from coronary heart disease », *Atherosclerosis*, vol. 2, p. 221-227.

NEMETS, B. et Z. STAHL (2002). « Addition of Omega-3 fatty acids to maintenance medication treatment for recurrent unipolar depression disorder », *American Journal of Psychiatry*, vol. 159, p. 477-479.

PATTEN, S.B. (2008). « Major depression prevalence is very high, but the syndrome is a poor proxy for community populations. Clinical treatment models », *The Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 53, nº 7, p. 411-419.

PURI, B.K. et S.J. COUNSELL (2002). « Eicosapentaenoic acid in treatment of resistant depression », *Archives of General Psychiatry*, vol. 59, p. 91-92.

STOLL, A.G. et W.E. SEVERUS (1999). « Omega-3 fatty acids in bipolar disorder : A preliminary double-blind, placebo-controlled trial », *Archives of General Psychiatry*, vol. 36, p. 407-412.

THIBODEAU, M. (2008). « La France accro aux antidépresseurs », *La Presse*, 6 septembre, p. A-34.

WADE, T.D. et K.S. KENDLER (2000). « The relationship between social support and major depression : Cross-sectional, longitudinal and genetic perspectives », *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 88, p. 251-258.