

Les paradoxes de la maladie dépressive

Publiée en 2001, une étude de l'OMS prévoit, si les tendances actuelles se maintiennent, que la dépression sera la première cause d'invalidité dans les pays développés dès 2020¹. De façon plus précise, en France, les statistiques de l'Assurance maladie, font apparaître que si en 1998, 6 661 salariés ont été déclarés invalides en raison de « Dépressions, névroses, troubles réactionnels », en 2006, leur nombre a pratiquement doublé s'élevant à 12 902 personnes². Pourtant, entre 1980 et 2001, les ventes d'antidépresseurs dans notre pays ont été multipliées par 6, 7³. Il n'est pas exagéré, dans ces conditions, de conclure à l'inutilité de ces produits en termes de santé publique. Ce constat a conduit plusieurs chercheurs à réévaluer les études antérieures qui avaient conclu à leur efficacité. Toutes récentes, ces méta-analyses établissent que lorsque l'ensemble des résultats des essais cliniques est pris en compte, et non plus seulement ceux qui ont conduit à des résultats favorables, les réponses des sujets sont identiques, que la molécule expérimentée leur ait effectivement été prescrite ou qu'ils aient reçu à leur insu un placebo⁴. Aujourd'hui, il est généralement admis que les antidépresseurs sont actifs dans la moitié des cas. Ce chiffre ne doit cependant pas faire illusion car, dans les protocoles, l'efficacité est retenue lorsque le score aux échelles de dépression a été divisé par deux, même si le résultat terminal se situe dans une zone pathologique. Les guérisons sont beaucoup plus réduites, leur taux étant compris entre un quart et un tiers des sujets traités.

Psychiatres « organicistes » et psychanalystes n'utilisent pas le signifiant dépression exactement dans le même sens. Pour les premiers, en effet, celle-ci est avant tout le résultat d'un dysfonctionnement du cérébral, dont la nature exacte reste encore à déterminer à ce jour, précisément corrigé par les effets métaboliques des antidépresseurs. Comme l'ont écrit trois éminents psychiatres français en 2003 : *Depuis 1957, date de la découverte des antidépresseurs, il est en effet montré que ces médicaments sont efficaces dans toutes les dépressions, quelle qu'en soit l'hypothétique physiopathologie. Qu'une dépression névrotique résiste aux*⁵.

Dans cette perspective, il a été longtemps soutenu que si les tranquillisants avaient une action indifférenciée, proche des effets de l'alcool, les antidépresseurs n'agissaient que sur la seule maladie pour laquelle ils étaient indiqués. En même temps, les critères cliniques de diagnostic étant toujours incertains, il n'y avait aucun inconvénient à les prescrire en cas de doute : l'amélioration de l'état du patient au décours du traitement confirmait la réalité de sa dépression. Pourtant, témoignage d'un optimisme résolu qui a mis longtemps à être démenti, les indications des antidépresseurs ont été élargies à l'ensemble des troubles névrotiques et anxieux. Comme l'ont écrit les auteurs responsables de la préparation du DSM-V en 2002 : *L'efficacité de nombreuses médications psychotropes déborde les catégories diagnostiques du DSM-IV ; par exemple les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (IRS) ont démontré leur efficacité dans une grande quantité de troubles décrits dans différentes sections du DSM, incluant le trouble dépressif majeur, le trouble panique, le trouble obsessionnel compulsif, le trouble dysthymique, la boulimie nerveuse, le trouble anxiété sociale, l'état de stress post-traumatique, le trouble anxiété généralisé, l'hypocondrie, le trouble dysmorphophobique, et le trouble de la personnalité état limite*⁶.

C'est pourquoi, la désillusion thérapeutique actuelle ne peut pas conduire seulement à reporter les espoirs sur de nouveaux traitements (en particulier la stimulation électrique intracérébrale au moyen d'électrodes implantées chirurgicalement), elle oblige à remettre en cause les fondements même de la psychiatrie athéorique. En effet, comme je l'ai établi dans un autre travail, *la maladie dépressive est une construction*⁷. Celle-ci, qui se réclame pourtant d'une perspective empirique, a reposé, comme nous venons de le voir, sur l'assomption de l'efficacité non discuté des

antidépresseurs ; elle a joué un rôle essentiel dans la démarche qui a conduit aux éditions successives du DSM. Avant toutes choses, il faut rappeler que, des décennies durant, des médecins ont prescrit des antidépresseurs, que des malades les ont réclamés et que, d'une façon plus générale, l'ensemble de la communauté scientifique a adhéré à cette croyance. Elle a même inspiré des travaux philosophiques, en particulier l'essentiel de la critique d'Adolf Grünbaum à la psychanalyse⁸. C'est donc peu dire que ces travaux apparaissent comme particulièrement dépassés. Dans la situation présente, nous sommes confrontés à d'autres défis. Au minimum, nous devons comprendre ce qui a conduit à l'entrée dans « l'ère du Prozac »⁹.

Si l'efficacité réelle des antidépresseurs avait été conforme à ce qu'elle prétendait être, nous n'aurions guère d'objections à la croissance vertigineuse des prescriptions à laquelle nous avons assisté ces dernières décennies. S'il est vrai qu'il faut dans bien des cas souffrir pour comprendre, nous devons limiter cette expérience au minimum tolérable. Dès lors qu'elle est inutilement prolongée, la douleur, fût-elle psychique, est le plus souvent avilissante. Au cours des siècles, dans la plupart des cultures, les hommes ont voulu donner un sens à ce qui leur paraissait autrement intolérable en la présentant comme le signe d'une punition infligée par la Transcendance ayant valeur de rédemption. Les bienfaits attribués à l'expérience douloureuse doivent être dès lors compris comme le rabattement laïque de cette nécessité.

Le succès des antidépresseurs constitue un cas unique dans l'histoire de la médecine. Par principe, une révolution thérapeutique si elle ne s'accompagne pas toujours de la disparition de la maladie traitée permet du moins d'en réduire l'incidence sociale. L'amélioration de la santé publique est le meilleur indice, après la phase initiale des essais cliniques de l'efficacité réelle d'une molécule. Ainsi, la découverte des antibiotiques a entraîné, au lendemain de la II^{ème} Guerre mondiale une révolution de nos conditions d'existence, en faisant disparaître, en quelques mois, des fléaux séculaires. Dans les années 50, les antibiotiques antituberculeux ont entraîné la fermeture des sanatoriums de la même façon que la diffusion des neuroleptiques, en favorisant un meilleur contact pour les patients psychotiques, ont apporté une contribution non négligeable au développement du secteur psychiatrique en autorisant le développement de soins ambulatoires. La question mérite donc d'être posée de savoir si, contrairement à ce qui est affirmé avec insistance, les modalités actuelles biologiques de prise en charge des dépressions, loin d'améliorer l'état des patients¹⁰.

Dès lors, l'histoire de la dépression est marquée par une triple tendance : tout d'abord tenter de mettre en évidence des perturbations cérébrales spécifiques par la constatation de l'action du médicament ; d'autre part, contribuer en permanence à populariser la dépression auprès du grand public pour qu'il identifie sa souffrance aux tableaux cliniques présentés (en France, la dernière tentative en date est la campagne de prévention de l'INPES en 2006). D'une façon plus générale, à partir du postulat de l'efficacité spécifique des antidépresseurs, la clinique s'est trouvée considérablement infléchie. Tout d'abord, la nécessité de tester les médicaments psychotropes d'abord sur l'animal de laboratoire oblige à construire pour eux des modèles équivalents aux troubles psychiques humains. À cet égard, la dépression occupe une place privilégiée puisque, comme nous le savons depuis Darwin, l'ensemble des émotions aussi bien humaines qu'animales peut être ramené soit à celles qui excitent soit à celles qui dépriment. Ainsi, il est relativement facile d'abattre un animal, par médicaments ou mise en place de réflexes conditionnés, pour ensuite tester les produits susceptibles de le relever. Le problème est de savoir si l'infinie diversité des difficultés psychiques éprouvées par les êtres humains peut être ramenée à une seule maladie, elle-même déduite de ce qui est observé chez l'animal. En effet, à partir de 1980, le DSM-III a imposé pour la clinique humaine les mêmes critères que ceux utilisés lors des essais cliniques de médicaments chez l'animal. Paradoxalement, cette simplification grossière a été présentée comme un progrès décisif puisque qu'elle prétendait appliquer à l'homme des méthodes issues de la recherche. À partir du moment où, toute subjectivité étant écartée, seuls ont été pris en compte des index très grossiers de

la vie psychique, le nombre de diagnostics de dépression n'a cessé de croître.

Le postulat de l'efficacité absolue des antidépresseurs a conduit tout d'abord à considérer que lorsqu'un patient n'était pas guéri, ce n'était pas tant l'efficacité du produit qui était en cause mais, bien au contraire, la maladie qui présentait un génie évolutif particulier : celui d'être une dépression chimio-résistante. Dans un deuxième temps, pour expliquer l'efficacité de plus incertaine à long terme des antidépresseurs, de nouvelles directions ont été proposées : d'une part, il a été dit que les antidépresseurs n'étaient pas prescrits à bon escient et qu'il fallait revenir à des critères stricts de dépression (en d'autres termes à ceux du DSM-IV). En France, selon un rapport parlementaire, publié en juin 2006, 122 millions de boîtes de psychotropes auraient été vendues en France en 2005, un adulte sur quatre en a consommé cette année, 80% de ces produits étant prescrits par des médecins généralistes. Hélène Verdoux et Bernard Bégaud, coordonnateurs du rapport, écrivent : « La moitié des personnes consommant des antidépresseurs et plus des deux tiers de celles utilisant des somnifères et des anxiolytiques ne présentent pas de troubles psychiatriques relevant d'une indication reconnue ; inversement, moins d'une personne sur trois ¹¹. L'importance de ces chiffres confirme le caractère hasardeux des données cliniques qui conduisent à la décision de prescription. L'assertion selon laquelle les deux tiers des déprimés ne seraient pas traités est une estimation personnelle des rapporteurs ¹².

Le tableau de dépression majeure du DSM-IV est d'une grande banalité. En résumé, le malade doit présenter, au minimum depuis deux semaines, de façon continue, au moins cinq des neuf symptômes suivants : humeur dépressive permanente, diminution de l'intérêt et du plaisir, perte d'appétit et de poids d'au moins 5 % par mois, insomnie ou hypersomnie, agitation ou ralentissement au niveau psychomoteur, fatigue et perte d'énergie, sentiment de dévalorisation ou culpabilité inappropriée, trouble de concentration, pensée de mort et de suicide. De plus, ces symptômes provoquent une détresse chez la personne ou une diminution du fonctionnement au niveau social ou au travail, ils ne sont pas provoqués par l'utilisation de médicaments ou de drogues, ils ne sont pas dus à un problème médical et ils ne résultent pas d'un deuil ¹³.

Ces critères sont particulièrement vagues et incomplets : aucune référence n'est faite à la sexualité, alors que la perte d'appétit est relevée. Ils sont peu spécifiques puisqu'on ne peut évoquer la dépression lorsque les troubles constatés sont mieux expliqués par un deuil, et enfin ils présentent une façon prétendument objective des données qui ne le sont pas. Ainsi, compte-tenu des neuf critères, il est impossible pour un étudiant anxieux à l'approche de ses examens de ne pas satisfaire aux conditions du diagnostic. D'autre part, la notion même de rechute s'est trouvée écartée. Ainsi lorsque le patient, transitoirement amélioré, revient à son trouble initial, loin de conclure à un échec thérapeutique, on conclut aujourd'hui à un trouble bipolaire car le patient a présenté un nouvel épisode de trouble de l'humeur. La constatation de ce diagnostic impose un traitement à vie. Il arrive même que le trouble bipolaire puisse être diagnostiqué après un épisode initial de dépression, si un membre de la famille a lui-même été déprimé. Cette extension de l'ancienne psychose maniaco-dépressive justifie un débat éthique. Aux Etats-Unis, de graves accusations ont été portées sur d'éminents psychiatres. Dans son édition du 8 juin 2008, le *New-York Times* a annoncé que, au sein de la *Harvard Medical School*, l'une des plus prestigieuses facultés de médecine qui soient, deux chercheurs, dont le premier est un pédopsychiatre de renommée mondiale, ont été accusés d'avoir violé les lois fédérales américaines et les règles éthiques de l'université pour avoir touché, en ne les déclarant que pour une faible part, 1 600 000 dollars chacun - un troisième ayant, quant à lui, reçu seulement 1 000 000 dollars - par les *drug-makers* afin de promouvoir l'idée que la fréquence du trouble bipolaire chez l'enfant avait été jusque là considérablement sous-estimée ¹⁴. En pratique, les travaux des trois chercheurs de Harvard ont conduit, en quelques années, à une explosion de ce diagnostic, ce qui a eu pour conséquence directe d'accroître le volume des prescriptions de psychotropes imposés aux enfants. Enfin, plus récemment, la puissante *American Psychiatric*

Association (APA), a fait l'objet de vives suspicions pour savoir si l'importance de ses liens avec l'industrie pharmaceutique n'avait pas compromis son indépendance scientifique¹⁵. Au décours de son enquête, le sénateur Charles E. Grassley a demandé un audit détaillé des comptes de l'APA.

Toutefois, comme le constatent régulièrement les hommes politiques à leurs dépens, toute la publicité du monde n'est pas en mesure d'imposer aux consommateurs un produit dont ils n'auraient que faire. Dans le cadre de consultations individuelles, j'ai pu constater, à l'occasion, des améliorations chez certains patients. A une échelle plus globale, l'engouement pour les antidépresseurs ne semble pas devoir se ralentir. Alors ? Pour pouvoir répondre, il est nécessaire d'analyser dans un premier temps les modifications affectives induites par la mise en place du traitement médicamenteux. Les antidépresseurs ne sont pas des placebos car ils entraînent des modifications psychiques, assez facilement perceptibles : le sommeil, l'appétit, la sexualité, pour ne citer qu'elles, se trouvent modifiées. Il est vraisemblable alors que ces modifications puissent être interprétées, au moins parmi les plus susceptibles des patients, comme le signe même d'une action antidépressive. En somme, l'action des antidépresseurs, à l'instar de ce qui a été reproché aux tranquillisants, ne serait pas différenciée. A l'appui de cette dernière hypothèse, il faut relever l'élargissement des indications de ces produits qui, pour leur très grande majorité, sont maintenant proposés pour les troubles névrotiques et anxieux les plus divers. Mais ce n'est pas le plus important. A leur insu, la mise en place des protocoles de prescription pose le cadre d'une forme spécifique de psychothérapie et c'est elle qui a la part la plus importante. Un seul exemple, décisif, doit être rappelé : celui des perfusions d'antidépresseurs. Il a été souvent constaté que les effets thérapeutiques sont plus marqués lorsque le médicament a été prescrit par cette voie. Or, le recours à la perfusion n'est vraiment justifié que pour les patients en réanimation pour lesquels il est important de maintenir en permanence un équilibre hydroélectrique ou pour certains antibiotiques, molécules organiques complexes, qui, autrement, seraient digérés par la muqueuse gastrique. Rien de tel n'est observé avec les antidépresseurs constitués de molécules simples qui sont absorbés sans transformation. Dans ces conditions, la décision du recours à la perfusion, comme la constatation de ses effets plus marqués, relèvent uniquement d'un effet de suggestion renforcé par un soutien plus marqué par l'équipe infirmière.

D'une façon générale, la seule annonce du diagnostic par un médecin a un retentissement psychologique important sur le patient dans l'immédiat comme à long terme. Le plus souvent, l'effet est immédiat, à lui seul, il entraîne une amélioration sensible et, dans les cas les plus favorables, le sentiment de guérison. En effet, lorsqu'une personne en souffrance, éprouve des sentiments d'incapacité et d'échec, se sent malaimée et rejetée, le fait de lui dire qu'elle se perçoit à travers le prisme déformant de sa dépression, revient à lui indiquer que ses pensées négatives relèvent d'une erreur de jugement due à sa maladie. Sa guérison, toujours présentée comme très prochaine, ne manquera pas de lui apporter une autre image d'elle.

Annoncer la dépression est une façon d'inciter le patient à ne plus s'interroger sur ses préoccupations pour l'inviter à accepter un statut de malade qui va l'amener progressivement à ne plus prendre en compte que des symptômes coupés de sa vie relationnelle : où en sont le sommeil, l'appétit, la vivacité d'esprit et le dynamisme ? Ce qui était signe d'incapacité il y a peu devient, au contraire, par le bref regard du médecin, une preuve de la maladie qui légitime le droit aux soins. En termes plus psychologiques, poser le diagnostic de dépression permet de favoriser le refoulement. Non seulement celui qui est déprimé n'a plus à s'inquiéter, mais il lui est expressément demandé de tout remettre au lendemain. Loin de s'entendre, son activité se bornera, au moins pendant quelques semaines, à s'écouter. Il le fera d'autant plus volontiers que les échelles de comportement lui auront appris vers où porter ses signes d'inquiétude. Il sera conforté dans son attitude par le fait que, pour les adeptes de la psychiatrie athéorique, la rédaction d'observations longues et détaillées, à laquelle les psychiatres d'autrefois attachaient un grand prix en essayant de mettre en évidence leurs talents

littéraires, est désormais considérée comme inutile.

De ce fait, aujourd'hui, le diagnostic de dépression, n'est pas seulement comme en médecine somatique la reconnaissance d'une maladie, mais l'adoption d'un mode de vie et la porte d'entrée dans un nouveau monde culturel. Être malade oblige à suivre une ordonnance. Mais ici, bien plus qu'en médecine interne, elle porte sur l'ensemble de l'existence : le médecin est sollicité, le plus souvent malgré lui, à donner son avis sur le travail, le conjoint, les enfants, les loisirs, les histoires d'amour, le choix d'un logement ou encore le mode et la désignation du lieu de vacances. Plus délicates encore les relations avec l'entourage sont à redéfinir. Les déprimés ne sont pas rares à se plaindre en permanence de l'incompréhension de leur entourage. Cette plainte n'a pas d'équivalent dans d'autres domaines de la médecine. C'est ce qui explique également l'insistance à annoncer que la dépression est constamment méconnue alors même qu'elle se place aujourd'hui au premier plan. Pour le patient, demander à être compris, n'est-ce pas reconnaître que, contrairement à ce que prétend la psychiatrie athéorique, la dépression n'est pas une maladie comme les autres ? A-t-on besoin de comprendre une grippe, un cancer ou même un accès massif d'angoisse ? En pratique, ce que beaucoup de déprimés demandent à leur entourage c'est de leur reconnaître le statut de malade et en même temps, c'est là où est le paradoxe de percevoir le sens de cette souffrance, alors que le patient refuse, quant à lui de le prendre en compte. Dans une

Notes

1. OMS (2001) Rapport sur la santé dans le monde : *La santé mentale, nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Genève, OMS, p. 30.
2. Anne Cuenq, Michel Païta, Philippe Ricordeau (2008), *Les causes médicales de l'invalidité en 2006*, Points de repère, 16, 2008, p. 5.
3. Michel Boutsen, Jean-Marc Laasman, Nadine Reginster (2006), *Données socio-économiques et étude longitudinale de la prescription des antidépresseurs*, Bruxelles, Publications de la mutualité socialiste.
4. EH Turner, AM Matthews, E Linardos, RA Tell, R Rosenthal (2008) Selective publication of antidepressants trials and its influence on apparent efficacy. *New England Journal of Medicine*, Jan 17; 358(3): 252-60; Corrado Barbui, Toshiaki Furukawa, Andrea Cipriani (2008) Effectiveness of paroxetine in the treatment of acute major depression in adults: a systematic re-examination of published and unpublished data from randomized trials, *Canadian Medical Association Journal - Journal de l'Association médicale canadienne*, January 29; 178 (3): 296-305.
5. Jean-Pierre Olié, Marie-France Poirier et Henri Lôo (2003), *Les maladies dépressives*, Paris, Flammarion, Introduction p. XIII.
6. D.J. Kupfer, M. F. First, D. A. Regier. 2002, « A research Agenda for DSM-V », Washington, *American Psychiatric Association Press*, pp. XVIII-XIX.
7. S. Lepastier (2008), « La construction de la maladie dépressive dans la psychiatrie athéorique », *Cliniques méditerranéennes*, 77, 77-92.
8. A. Grünbaum (1993), *Les fondements de la psychanalyse, une critique philosophique*, Paris PUF, 1996.
9. Edward Shorter (1997), *A History of Psychiatry : From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, New York, Wiley.
10. William L. Laurence (1957), *Drug Called a 'Psychic Energizer' Found Useful in Treating Mental Illnesses*, New York Times, December, 22, 1957, p. 97.
11. M. Briot. 2006, *Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes*, Paris, Journal Officiel, Annexes, 22 juin 2006.
12. Comme il ressort du débat lors de la présentation du rapport (Bulletin des Travaux de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, séance du 15 juin 2006).
13. American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental*

Disorders, DSM-IV-TR, fourth edition, text revision, Washington (D. C.): American Psychiatric Association Press, p. 356.

14. Gardiner Harris, Benedict Garey (2008) « Researchers Fail to Reveal Full Drug Pay », *New York Times*, June 8th.
15. Benedict Garey, Gardiner Harris, (2008) « Psychiatric Group Faces Scrutiny Over Drug Industry Ties », *New York Times*, July 12th.