

Université de Lille
Faculté D'Ingénierie et Management de la Santé (ILIS)
Master Ingénierie de la Santé parcours Healthcare Business
Année universitaire 2021-2022

Imane Mlahfi

Mémoire de fin d'études de 2^{ème} année de Master

Sous la direction de : Mme Cyrielle DUMONT

La perception de l'efficacité des antidépresseurs au sein de la société

Date de la soutenance : Mardi 12 juillet 2022

Composition du jury :

- Président de jury : Mme Hélène GORGE, Maître de Conférences, Université de Lille
- Directeur de mémoire : Mme Cyrielle DUMONT, Maître de Conférences, Université de Lille
- 3^{ème} membre de jury : Mme Sana YAHIAOUI, Value & Access Manager, Internal Medecine, Servier Global

Faculté Ingénierie et Management de la Santé

42 rue Ambroise Paré

59120 LOOS

Remerciements

Ce mémoire clôture la fin de mes études, en partie réalisée à ILIS, qui m'ont permis de trouver ma voie et de concrétiser mon projet professionnel dans un domaine qui m'a toujours passionné.

Je tiens à remercier chaleureusement Madame Cyrielle Dumont, ma directrice de mémoire, pour avoir accepté de m'encadrer tout le long de la réalisation de ce travail. Son expérience, sa disponibilité et ses commentaires pertinents et constructifs m'ont été d'une grande aide.

Mes remerciements vont aussi à Madame Hélène Gorge, présidente du jury, pour l'engagement dont elle fait preuve auprès des étudiants, sa disponibilité et ses précieux conseils.

J'adresse également mes remerciements à toutes les personnes interrogées dans le cadre de l'enquête qualitative qui ont prodigué des informations aussi riches que variées et ont contribué de façon importante à cet écrit.

J'aimerais remercier tout particulièrement Océane Peinnequin, ma collègue durant cette année d'alternance au sein de l'entreprise Servier, pour ses conseils, ses recommandations et son aide précieuse. Je remercie également Sana Yahiaoui, Françoise Picarel et Adela Gaia qui m'ont aidé dans la réalisation de mon étude de terrain.

Enfin, je souhaite remercier infiniment mon père et ma sœur qui ont pris le temps de relire mon mémoire et m'ont apporté soutien et réconfort.

Table des matières

Remerciements	2
Liste des figures.....	5
Liste des annexes	5
Liste des abréviations.....	6
Introduction	7
Partie 1 : Revue de la littérature.....	8
I. La dépression : évolution des concepts au cours des années	8
1) Histoire de la dépression.....	8
2) La dépression aujourd’hui : définition et physiopathologie.....	10
3) Stigmatisation et tabou des maladies neurologiques	14
4) Impact épidémiologique	16
II. Le marché des antidépresseurs : entre variation de l’efficacité, traitements inadéquats et mésusage.....	18
1) Perception de l’efficacité des antidépresseurs	18
2) Différence de réponse face aux traitements chez certains patients atteints de dépression.....	19
3) Comparaison de l’efficacité des antidépresseurs face à la psychothérapie et aux traitements innovants	21
4) Traitements inadéquats et mésusage induisant inévitablement une inefficacité	23
III. Stratégies marketing mises en place par les entreprises pharmaceutiques	25
1) Approches stratégiques conventionnelles.....	25
2) Approches stratégiques non conventionnelles	28
Partie 2 : Méthodologie du terrain d’étude.....	30
I. Enquête auprès de professionnels de santé : les psychiatres.....	31
1) Objet de l’étude	31
2) Choix de la méthode.....	31
3) Description de la population Ciblée	32
4) Collecte de données	34

II. Enquête auprès de patients	34
1) Objet de l'étude	34
2) Choix de la méthode	35
3) Description de la population étudiée	35
4) Collecte de données	36
Partie 3 : Résultats	36
I. La perception de la dépression	36
1) Les psychiatres	36
2) Les patients	42
II. L'efficacité des antidépresseurs	45
1) Les psychiatres	45
2) Les patients	52
III. Enjeux des industries pharmaceutiques et recommandations	57
1) Améliorer la perception de l'efficacité des antidépresseurs	57
2) Promouvoir la décision médicale partagée	58
3) Recommandations	59
IV. Discussion	62
Partie 4 : Recommandations	63
I. A destination des entreprises pharmaceutiques	64
1) Continuer d'informer sur l'importance de la décision médicale partagée	64
2) Renforcer l'engagement des patients	65
3) Optimiser les stratégies marketing	65
II. A destination des professionnels de santé et des institutions de santé publique	66
1) Mettre en place une collaboration entre psychiatres et journalistes	66
2) Améliorer la coopération entre psychiatres et médecins généralistes	66
3) Permettre aux patients de devenir des acteurs de la promotion de santé	67
Conclusion	68
Références	69
Annexes	71

Liste des figures

Figure 1: Les mécanismes biologiques de la dépression (9)	12
Figure 2: Activités cérébrales chez un sujet sain/ rétabli et chez un sujet dépressif.	13
Figure 3: Psychiatres ayant participé à l'enquête de terrain	33
Figure 4: L'implication des patients dans le choix du traitement	52
Figure 5: Patients sous traitement antidépresseur	54
Figure 6: Patients ayant déjà suivi un traitement antidépresseur	54
Figure 7: L'impact des effets secondaires sur l'observance du traitement.....	56
Figure 8: Arrêt prématuré du traitement.....	56
Figure 9: La prescription des antidépresseurs.....	61

Liste des annexes

<u>Annexe 1 : Guide d'entretien pour les psychiatres</u>	71
<u>Annexe 2 : Texte accompagnant mon questionnaire à destination des patients</u>	72
<u>Annexe 3 : Guide d'entretien pour les patients</u>	73
<u>Annexe 4 : Résultats du questionnaire destiné aux patients</u>	74
<u>Annexe 5 : Retranscription de l'entretien réalisé avec le Dr Emmanuel</u>	75

Liste des abréviations

AFSSAPS: Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé	18
ALD: Affection de Longue Durée	25
Anaes: Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé	66
ANSM: Agence Nationale de la Sécurité des médicaments	18
CMU-C: Couverture Maladie Universelle Complémentaire	25
DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual, troisième révision	11
EDM: Episode Dépressif Majeur	16
ESEMed: The European Study of Epidemiology of Mental Disorders/Mental Health Disability	16
FDA: Food Drug Administration	18
GAMIAN: Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks	63
IRM: Imagerie par résonance magnétique	40
IRSNA: Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline	20
ISRS: Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine	19
JAMA: Journal of the American Medical Association	19
NICE: Le National Institute for Health and Care Excellence	66
NK1: Neurokinin (Récepteur)	13
OMS: Organisation Mondiale de la Santé	11
OPEPS: Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé	17
rTMS: Stimulation Magnétique transcrânienne répétitive	46
SAPHIR: Shared decision-making Process to enhance positive patients' experiences	63
TSA: Trouble du Spectre de l'Autisme	53

Introduction

La dépression est l'un des problèmes de santé mentale les plus courants, représentant l'une des principales causes d'incapacité. En 2021, l'organisation mondiale de la santé estime que 280 millions de personnes souffrent de dépression, soit environ 5,0 % de la population adulte mondiale. (1) Plus de 60 ans de recherche sur la dépression ont mené à des progrès substantiels dans les traitements disponibles actuellement pour améliorer la qualité de vie des patients. Cependant, malgré un large éventail d'alternatives thérapeutiques, notamment les antidépresseurs, il y a encore des millions de personnes souffrant de dépression qui ne voient pas leur état s'améliorer. De plus, il existe de nombreuses idées reçues sur ces médicaments, justifiant parfois des diagnostics tardifs et des dénis de la part des patients.

Cette pathologie représente donc des enjeux majeurs pour l'industrie pharmaceutique, qui déploie beaucoup de moyens pour combattre l'image qu'ont les antidépresseurs dans la société.

Cela nous amène alors à nous pencher sur la problématique suivante : ***Comment est perçue l'efficacité des antidépresseurs par les psychiatres et les patients et quelles sont les stratégies mises en œuvre par les entreprises pharmaceutiques pour améliorer cette perception ?***

Dans la première partie de ce travail de recherche, nous allons nous intéresser de près à l'histoire de cette pathologie afin de comprendre sa perception par la société et de définir les mécanismes physiopathologiques responsables de sa survenue. Puis, nous étudierons la place qu'occupent les antidépresseurs dans le marché de la santé, avant de comparer leurs efficacités avec les autres solutions thérapeutiques et s'attarder sur leurs mésusages. Nous terminerons cette partie en abordant les différentes approches mises en place par les entreprises pharmaceutiques pour faire face à tous les enjeux qui subsistent autour de la dépression

La seconde partie de ce mémoire présentera le contexte méthodologique de l'enquête de terrain menée auprès de psychiatres et des patients. Puis, dans la troisième partie, nous dévoilerons les résultats d'analyse et les conclusions de cette enquête.

Enfin, dans la dernière partie, nous émettrons des recommandations destinées à la fois aux professionnels de santé et aux entreprises pharmaceutiques.

Partie 1 : Revue de la littérature

I. La dépression : évolution des concepts au cours des années

1) Histoire de la dépression

La dépression existe depuis les débuts de l'humanité sous le terme de mélancolie. Avant l'avènement de la médecine, elle a été décrite et expliquée de manière religieuse ou mystique, étant associée à une punition divine. (2) Ainsi, plusieurs conceptions de la dépression se sont succédées au cours du temps, intégrant des facteurs psychologiques, sociaux, biologiques, puis avec la naissance de la psychiatrie, des approches génétiques, biochimiques et neuroanatomiques ont été proposées.

Plusieurs grands philosophes se sont intéressés de près à la dépression et chacun apporte une perception distincte. Par exemple, Descartes l'associait déjà à un dysfonctionnement du bon corps humain provoquant des craintes, du chagrin tandis que d'autres philosophes tels que Platon ou encore Voltaire avaient un raisonnement opposé. En effet, ils affirment que la dépression est un choix et qu'il suffit de vouloir être heureux, mais aussi que l'homme est contraint de subir l'inquiétude, la tristesse et donc la dépression, on peut citer « l'homme est né pour vivre dans les convulsions de l'inquiétude ou la léthargie de l'ennui ». (3)

D'autres pensent que cet état de tristesse, de mal être est normal et que c'est un sentiment comme un autre. En effet, Leibniz banalise l'inquiétude, la tristesse et les considère comme des sentiments nécessaires à la connaissance de soi. (2) Cette perception est partagée également par Kant qui pense que : « seul le mélancolique accède aux sommets de l'esthétique et de la morale ». (3)

Avec la naissance de la médecine, des approches médicales ont vu le jour. Ainsi, certaines tentatives d'explication des troubles psychologiques étaient basées sur la théorie de l'humeur intégrant des références religieuses mais aussi physiologiques, comme le démontre Hippocrate ou encore Ambroise Paré. D'autres, avaient plutôt une approche psychique, par exemple Asclépiade qui considérait la dépression comme un trouble de l'esprit, de l'imagination, qui serait traité par les voyages, la musique et des moments de

détente. (3) Nombreux sont ceux qui pensaient que cette condition était liée à une faiblesse d'esprit, survenant chez les personnes âgées et isolées. Selon Avicenne, Rufus d'Ephèse et bien d'autres, c'est la combinaison de références médicales et religieuses qui expliquent la survenue de cette maladie. On peut citer « Chassé du paradis terrestre, l'Homme fut déséquilibré par le chaud et le sec qui le rendirent colérique, le froid et l'humide qui le rendirent flegmatique, et le froid et le sec qui le rendirent mélancolique ». (3)

La sociologie a permis d'apporter un nouveau regard sur les maladies mentales. En effet, la conception sociologique de la dépression prend en compte le milieu extérieur et le tient même pour responsable des troubles mentaux. C'est ainsi qu'apparaît l'antipsychiatrie, concept selon lequel l'individu n'est pas malade mais le milieu dans lequel il évolue qui est en cause et donc la solution se trouve dans le changement de cet environnement extérieur.

Selon Alain Ehrenberg, l'évolution de la société a fait en sorte que les individus sont livrés à eux-mêmes et se sentent perdus dû à un manque de règles, et c'est ce qui est à l'origine de la dépression. On peut citer « elle est symptomatique du passage d'une société fondée sur l'autorité à une société dans laquelle les individus sont affranchis des règles intangibles et des rôles assignés... Ils sont livrés à eux-mêmes et à la culture du malheur intime ». (3)

D'autre part, l'impact du stress sur les troubles mentaux et son rôle déterminant dans la survenue de la maladie a été découvert à travers la théorie de la psychologie de la réaction. Cependant, la difficulté à définir un événement ou un facteur stressant impactant réellement la survenue de la pathologie, a empêché le développement des modèles psychosociaux qui intègrent les stress environnementaux.

La perception psychologique de la dépression englobe les théories psychanalytiques et cognitivo-comportementales. De ce fait, la théorie psychanalytique affirme que la dépression est liée au deuil, la perte d'une chose chère, la solitude. Pour Winnicott, c'est l'existence de sentiments contradictoires d'amour et de haine de l'objet maternel qui est à l'origine de la dépression. Aussi, Beck dans sa théorie pionnière, explique que la dépression trouve son origine dans un raisonnement négatif, des pensées et croyances pessimistes. Il faudrait donc essayer de changer sa manière de voir le monde, les choses pour s'en sortir.

(3)

Enfin, la conception moderne de la dépression propose différentes investigations ; génétiques, biochimiques, neurophysiologiques et neuroanatomiques entre autres.

Ainsi, la théorie de la dégénérescence met en évidence une certaine vulnérabilité génétique, qui en interaction avec l'environnement, joue un rôle important dans l'apparition de la pathologie. Quant à l'approche biochimique, elle déclare que l'origine des troubles mentaux se trouve dans des changements moléculaires endogènes comme l'indique Henry Maudsley. La théorie des neurotransmetteurs va venir répandre cette approche et contribuer à son développement.

D'autres scientifiques ont opté pour une approche neurophysiologique tel que Meynert, qui a émis une théorie vasculaire de la dépression. De ce fait, il affirme qu'elle est liée à un rétrécissement du diamètre des vaisseaux cérébraux. (3)

Pour finir, l'approche neuroanatomique sera détaillée dans la partie suivante.

2) La dépression aujourd'hui : définition et physiopathologie

L'OMS définit la dépression comme « *un trouble mental courant, caractérisé par la tristesse, la perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de faible estime de soi, des troubles du sommeil ou de l'appétit, d'une sensation de fatigue et d'un manque de concentration.* » (1)

Il existe un outil de classification des troubles mentaux ; le manuel DSM-III, créé en 1980 par R. Spitzer, membre de l'American Psychiatric Association et son équipe. Permettant de caractériser les critères de diagnostic d'un épisode dépressif, cet outil a permis d'uniformiser la conception de la dépression et de distinguer les différentes formes en fonction du degré de sévérité et en se basant sur une identité d'essence. (4) Une des critiques communes de ce manuel est qu'il n'impose pas de limites claires entre la tristesse normale et pathologique dans les différentes catégories diagnostiques de dépression proposées.

La dépression est une pathologie, avec une prévalence élevée de 18%, se manifestant non seulement par des symptômes physiques ; modification de l'appétit, insomnie ou hypersomnie, agitation, mais aussi par des symptômes psychiques ; anxiété, difficultés de

concentration, difficultés à prendre des décisions, agitation, sentiment d'inutilité, de culpabilité ou de désespoir, pensées autour de l'automutilation ou du suicide. Selon le référentiel de psychiatrie, on peut parler de dépression si ces symptômes sont présents pendant deux semaines au moins. (5)

Comme évoqué précédemment, les facteurs environnementaux peuvent influencer la survenue de cette pathologie. Une corrélation entre la solitude et le risque de déclencher un épisode dépressif caractérisé a été mis en évidence d'après le bulletin épidémiologique hebdomadaire de 2017. (6) Par ailleurs, un lien de corrélation entre le risque de survenue de dépression chez un individu ayant des antécédents familiaux de dépression et ayant certaines variations neuroanatomiques ; présence d'un substrat cérébral suggéré par la neuroimagerie, a été révélé, ce qui laisse entendre qu'il existe une certaine prédisposition héréditaire.

Afin d'expliquer la physiopathologie de la dépression, plusieurs hypothèses ont vu le jour ; une implication du système immunitaire, microbiote intestinal, axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien ou encore une dérégulation du flux ou dysfonctionnement des neurotransmetteurs impliqués dans le système monoaminergique. Cette dernière théorie est celle à l'origine du développement des antidépresseurs.

Au cours des dernières années, le rôle majeur des monoamines dans les troubles affectifs a été démontré. En 1960, des chercheurs ont découvert le premier neurotransmetteur impliqué dans la dépression ; la noradrénaline, intervenant dans la régulation de l'humeur, l'anxiété, la réaction au danger et la vigilance. Ainsi, une carence de ce neurotransmetteur induirait une baisse de l'humeur, un syndrome d'anxiété et une hypervigilance ; des symptômes caractéristiques de la pathologie. (7)

Une dizaine d'années plus tard, le rôle clé de la sérotonine dans l'humeur, la satiété et le cycle éveil-sommeil a été mis en évidence. On peut citer "En effet, la sérotonine serait synthétisée dans les noyaux gris du pont, et libérée vers les aires de projections dans le cortex (apprentissage, humeur) expliquant l'effet antidépresseur." (8)

La dépression est caractérisée par une anhédonie, qui signifie un manque de motivation général, c'est ce qui a permis de découvrir la dopamine, impliquée dans le mécanisme de

régulation du plaisir, la motivation et le système de récompense. Cette dernière découverte constitue la 3^{ème} hypothèse de la cause de la dépression.

En ce qui concerne les mécanismes à l'échelle moléculaire expliquant la survenue de cette pathologie, c'est un dysfonctionnement de la transmission de l'information d'un neurone à un autre à travers les neurotransmetteurs, au niveau de la synapse. Ces derniers transitent par l'axone et sont conduits jusqu'au neurone suivant via un influx nerveux, qui permet leurs sécrétions dans la synapse (Figure 1). (9)

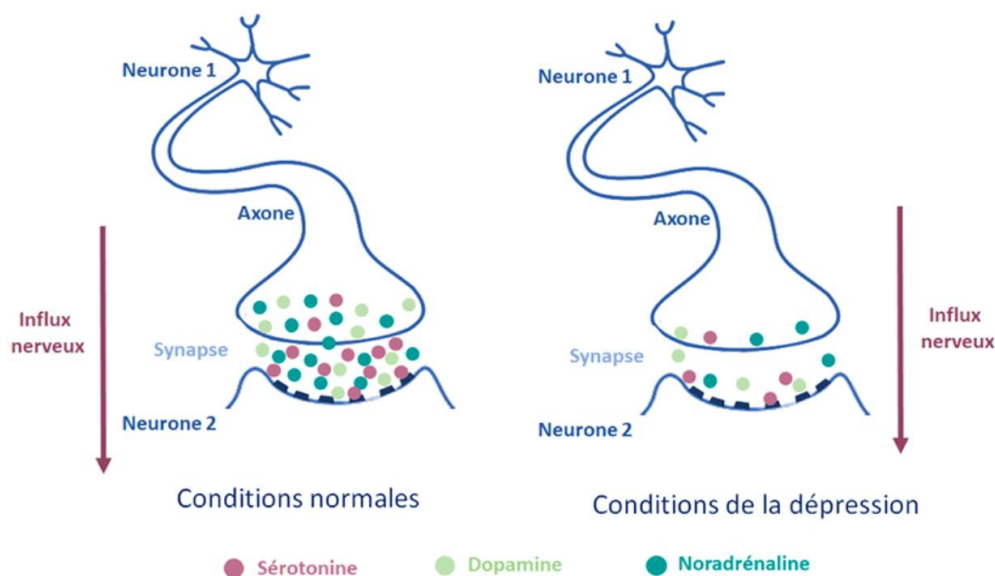


Figure 1: Les mécanismes biologiques de la dépression (9)

Le développement de la neuroimagerie a révélé l'existence de zones cérébrales atrophiées, telles que l'hippocampe chez les personnes déprimées (Figure 2). C'est ainsi que plusieurs systèmes ont été associés à cette pathologie comme les systèmes neuroendocriniens (axe corticotrope), peptidergiques (substance P) et hormonaux (mélatonine). (7)

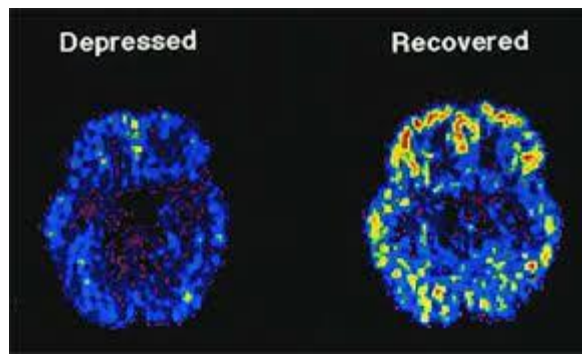


Figure 2: Activités cérébrales chez un sujet sain/ rétabli et chez un sujet dépressif (10)

Selon des études conduites chez l'animal et l'Homme, les récepteurs neurokinines (NK) et leur substrat endogène, la substance P, contribuent au contrôle de l'humeur. D'après une étude réalisée chez des souris, les antagonistes des récepteurs NK1 induiraient une action antidépressive, toutefois cette hypothèse reste incertaine car les études cliniques n'ont pas été concluantes donc le développement des antagonistes de NK1 comme traitement contre la dépression reste incertain. (7)

Parmi les symptômes les plus communs chez les personnes déprimées, on retrouve les troubles du sommeil. Certains traitements ciblent ce dysfonctionnement en resynchronisant les rythmes biologiques circadiens, par le biais de la molécule active "agomelatine", qui est un agoniste puissant des récepteurs de la mélatonine, l'hormone du sommeil.

La découverte de la plasticité cérébrale et le remodelage cellulaire liée à la dépression et aux traitements antidépresseurs a favorisé l'émergence de nouvelles hypothèses pouvant expliquer cette maladie. De ce fait, il a été prouvé que tous les antidépresseurs agissent sur la prolifération neuronale. (7)

Dans les années 2000, de nouvelles pistes de recherches de systèmes impliqués dans les troubles mentaux ont été envisagées. On a ainsi identifié le microbiote intestinal comme potentiel système impliqué. En effet, des études ont démontré l'apparition de symptômes psychiatriques chez des souris en condition stérile et il a été remarqué qu'en cas d'administration de souche de bactérie "saine", ces symptômes disparaissaient. Par ailleurs, l'hypothèse d'un lien entre le déclenchement d'une dépression et un trouble du microbiote intestinal par défaut de stimulation du nerf vague, ayant un rôle dans le traitement de la dépression, a été émise. Cette piste de recherche est prometteuse ; cependant elle est confrontée à de nombreux obstacles, notamment la définition d'un microbiote sain due à une grande variabilité interindividuelle. (11)

3) Stigmatisation et tabou des maladies neurologiques

Le diagnostic et le traitement de la dépression sont assez délicats notamment due à la stigmatisation que subissent les patients, dont la majorité n'osent pas consulter chez un psychiatre ou sont dans le déni.

La pathologie est perçue par la société comme étant honteuse, les sujets déprimés sont considérés comme étant faibles, faisant preuve de paresse. Souvent, on préfère employer le terme burn-out, épuisement moral ou fatigue psychique car ils permettent de se justifier d'une certaine manière. Cette vision péjorative est également associée aux antidépresseurs, qui sont perçus par le grand public comme étant des médicaments à haut potentiel addictif, favorisant la maladie d'Alzheimer, le passage à l'acte suicidaire et qui altèrent la personnalité. (12) De plus, les médias ont tendance à associer les antidépresseurs à des anxiolytiques ou des somnifères. Par ailleurs, des études scientifiques mal interprétées ou sorties de leur contexte viennent appuyer cette perception négative des antidépresseurs. Ces études peuvent induire une certaine confusion dans le diagnostic : « La dépression est un diagnostic fourre-tout dans lequel on retrouve la tristesse « normale », le deuil, les troubles de l'adaptation, les personnalités pathologiques, ou les troubles de l'anxiété ». (13)

La santé mentale s'est nettement détériorée ces dernières années, notamment dû à notre style de vie, les crises économiques et sanitaires y ont fortement contribué. Cependant, la perception ne s'améliore pas pour autant, les individus déprimés sont de plus en plus rejetés, exclus, jugés et stigmatisés par la société.

Selon Heinz et al. Il existe des éventuelles associations entre une perception stigmatisante de la dépression et le nombre et types de symptômes signalés à leur médecin. L'hypothèse émise serait que le patient tente de dissimuler des symptômes de troubles mentaux par peur de rejet et stigmatisation. En effet, il a été avéré que la stigmatisation de la dépression pourrait engendrer des mécanismes de défenses tels que l'amplification des aspects somatiques afin de masquer les symptômes d'ordre psychique qui peuvent nécessiter une prise en charge pour anticiper des conséquences graves. (12)

On distingue la stigmatisation personnelle, qui décrit les attitudes d'une personne à l'égard d'un trouble de santé mentale, qu'elle appartienne ou non au groupe stigmatisé, et la stigmatisation perçue ; qui est liée à la stigmatisation publique et qui décrit la croyance d'une personne à l'égard des attitudes du public à l'égard d'un trouble de santé mentale.

Une étude réalisée par Singh et al. a mis en évidence le niveau de connaissances des adolescents de différentes origines concernant la dépression. Il s'est avéré que les adolescents ne connaissaient pas les symptômes liés à la dépression et avaient donc peu de chances de la reconnaître et de solliciter de l'aide. De plus, ils avaient tous une perception stigmatisante de la pathologie. (14)

Cette étude a démontré que parmi les différentes formes de stigmatisation, la stigmatisation personnelle de la dépression était la plus fréquente, suivie de la distance sociale vis-à-vis d'une personne déprimée, de la perception stigmatisante du grand public de la dépression par un individu et de l'auto-stigmatisation. (14)

La majorité des adolescents affirment dissimuler leur dépression si jamais ils en souffraient et percevaient les personnes atteintes de dépression comme étant imprévisibles. Cette révélation est alarmante car reflète le manque de connaissance et de compréhension de la dépression par les adolescents. Ils ne réalisent pas que c'est un problème de santé majeur qui nécessite une prise en charge médicale adéquate. Elle a également souligné la préférence de s'informer via des sources informelles plutôt que de solliciter de l'aide auprès des professionnels de santé. (14)

Une autre étude a souligné des faits importants sur la stigmatisation des troubles mentaux. Entre 1999 et 2003, un questionnaire composé de questions ouvertes et semi-ouvertes dans 47 sites publics, a permis de collecter des données sur les représentations sociales de la maladie mentale, de la folie et de la dépression, sur un échantillon de personnes représentatifs de la population générale. Plus de 75 % des 36 000 individus qui ont fait partie de l'étude, associent les termes "fou", "malade mental" avec des comportements violents et dangereux et le mot "dépressif/ve" avec la tristesse, l'isolement et le suicide. Cette étude a montré que la population générale distinguait bien les personnes atteintes de folie, troubles mentaux, des personnes dépressives. En effet, les personnes folles et présentant des troubles mentaux sont décrites comme étant anormales, irresponsables, rejetées par la société et incurables et doivent être internées dans un hôpital psychiatrique et traitées contre leur volonté avec des psychotropes. Tandis que les personnes dépressives sont

considérées avec indulgence comme étant des personnes souffrantes et qu'il est possible de traiter avec des médicaments psychotropes et le soutien des proches et de la société et ne nécessitent pas une hospitalisation. Ainsi, cette étude révèle des représentations sociales de la folie et des troubles mentaux encore basées sur des stéréotypes, la discrimination et la stigmatisation. On remarque aussi un manque de connaissance à propos de la dépression puisqu' elle n'est pas considérée comme un trouble psychiatrique comme les autres. (15)

4) Impact épidémiologique

A) Prévalence et comorbidité

Chaque année 300 millions de personnes dans le monde souffrent de dépression. Selon l'étude ESEMed, la prévalence tout au long de la vie des épisodes majeurs dépressifs (EDM) selon les critères du DSM-IV et de 21,4 personnes sur 100. (4)

En 2017, c'est la première cause d'invalidité dans le monde devant les maladies cardiovasculaires. Il s'est avéré qu'il y avait une corrélation entre la survenue de maladies cardiovasculaires et la dépression. En effet, selon plusieurs études, le risque d'infarctus augmente de 40 % chez les personnes atteintes de dépression modérée à sévère. La dépression est à l'origine d'autres complications, notamment des cancers hépatiques et pulmonaires.

En France, malgré une couverture sociale parmi les meilleures et un accès au soin facilité, la morbidité liée à la dépression reste la plus élevée en Europe selon le rapport « Le bon d'usage des médicaments psychotrope », OPEPS. Le taux de suicide est également très élevé, avec un nombre de décès par suicide estimé à 13 000 cas par an, trois fois plus fréquent chez les hommes que chez les femmes. (8)

B) Dépression par âge et sexe

Si la dépression est une pathologie commune, touchant toutes les catégories d'âges, il a été remarqué néanmoins que les adultes âgés entre 35 et 44 ans étaient plus concernés. Les personnes de plus de 55 ans seraient moins affectées. La fréquence d'apparition d'un

épisode dépressif chez l'enfant est estimée entre 2% à 3% et chez les adolescents à 14%. (8)

Selon l'OMS, les femmes auraient plus tendance à être touchées par cette pathologie. Cependant cette déclaration a été contredite par certaines études révélant une tendance masculine à nier et occulter des symptômes afin d'éviter d'avoir recours aux services de soins et aux professionnels de santé. (8)

C) Conséquences économiques liées à la dépression

L'impact socio-économique de la dépression est considérable surtout avec un pourcentage non négligeable de 50% de congés maladies et prestations d'invalidité liés le plus souvent à des burn-out découlant ainsi sur une perte inévitable de productivité. Une autre conséquence est celle liée au recours à des soins inadéquats (multiplication d'examen paracliniques et de traitements symptomatiques de la séméiologie somatique dépressive non diagnostiquée comme telle). (4)

« En France, la prise en charge des pathologies liées à la santé mentale, dont la dépression, aurait un coût de 13 millions d'euros par an. Une prise en charge globale serait de 109, 2 milliards d'euros par an dont 5 milliards d'euros par an liés au suicide en France ». (8)

D) Conséquences économiques directement liées aux antidépresseurs

Avec environ 65 millions de boîtes d'antidépresseurs vendus par an, la France est l'un des pays européens où l'on prescrit le plus d'antidépresseurs. Selon l'ANSM (anciennement AFSSAPS), les ventes d'antidépresseurs en France augmentent de manière linéaire depuis au moins 15 ans (doublement entre 1990 et 2003). Cela peut s'expliquer par le fait que depuis les années fin 1990, les antidépresseurs sont présentés comme provoquant moins d'effets secondaires, favorisant ainsi leur utilisation massive. Cependant, des méta-analyses conduites par la FDA chez les enfants et les adolescents, ont mis en évidence un risque de comportement ou d'idéation suicidaires augmenté de 2 à 4 %. (4)

Avec un coût à l'assurance maladie de 470 millions d'euros environ en 2012, les antidépresseurs représentent la catégorie de médicaments à l'origine du plus grand nombre de remboursements par personne et par année. Plus de 50% des prescriptions proviennent des médecins généralistes, suivi des psychiatres et neurologues. (4)

II. Le marché des antidépresseurs : entre variation de l'efficacité, traitements inadéquats et mésusage

1) Perception de l'efficacité des antidépresseurs

L'efficacité pourrait être mesurée à travers l'étude de l'impact sur la mortalité, le taux de suicide, ou les arrêts de travail. Toutefois, en pratique c'est rarement applicable et d'autres moyens sont utilisés. En effet, comme la douleur, la dépression est une donnée subjective d'intensité variable, mesurée à travers des échelles d'intensité. (16) Ainsi, on utilise le plus souvent l'échelle de sévérité d'Hamilton, qui est la plus répandue.

Certains essais cliniques ont démontré une efficacité modérée supérieure des antidépresseurs au placebo. Une méta-analyse conduite en 2015 sur la base de données de Cochrane, incluant 2283 patients, a montré une efficacité des antidépresseurs supérieure au placebo. (17)

Cependant, certaines études remettent en cause cette efficacité et affirment que les effets des antidépresseurs sont imprécis et majoritairement dû au placebo. Une catégorie de patients ayant un taux élevé de réponse favorable aux antidépresseurs en raison de la fixation élevée des molécules actives sur leurs récepteurs spécifiques, pourrait induire une surestimation des effets des antidépresseurs. Une autre méta-analyse, publiée dans le JAMA, incluant 718 patients de soins psychiatriques ambulatoires, a révélé quant à elle, que la différence d'efficacité entre le médicament et le placebo dépendait de la sévérité de l'état dépressif. (17)

D'autres essais cliniques ne montraient pas de différences statistiquement significatives entre antidépresseur et placebo donc ne permettent pas d'émettre des conclusions cliniques pertinentes.

Les antidépresseurs ont une efficacité perçue comme étant faible dans le traitement de la dépression de l'adulte avec une efficacité cliniquement significative que pour les dépressions les plus sévères.

Plusieurs études ont également démontré que les antidépresseurs ne réduisaient pas les risques suicidaires en comparaison avec le placebo. En effet, en 2005, il a été mis en évidence en pédiatrie un risque de comportement suicidaire et/ou hostile associé à

l'utilisation des antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS). Ensuite, en 2008, deux méta-analyses de qualité ont évalué l'efficacité des antidépresseurs et ont montré des résultats bien inférieurs à ceux trouvés habituellement. (17)

L'initiation du traitement est l'étape la plus importante dans la prise en charge d'une personne atteinte de dépression et plusieurs facteurs peuvent avoir une influence sur celle-ci. Ainsi, le regard porté sur les médicaments et le praticien les prescrivant jouent un rôle primordial dans l'observance du traitement. Un grand nombre de patients pensent que la prise d'antidépresseurs conduit à une dépendance et qu'ils modifient la personnalité d'un individu. (18) En 2001, un essai clinique randomisé d'individus dans 2 villes allemandes, ayant pour but d'évaluer les croyances autour des antidépresseurs, a montré un taux élevés de croyances négatives sur les traitements de la dépression, notamment les antidépresseurs ; « 80% pensaient que les antidépresseurs étaient addictifs, 71% croyaient que les antidépresseurs provoquaient des effets négatifs, 69% croyaient que ces médicaments avaient une influence sur la personnalité des personnes ». (18)

Nous constatons donc que la perception de l'efficacité des antidépresseurs est fortement biaisée par la publication sélective de certaines études. Des études de longue durée et dépourvues de conflits d'intérêt devraient être menées et systématiquement publiées quels que soient leurs résultats.

2) Différence de réponse face aux traitements chez certains patients atteints de dépression

La complexité de la physiopathologie de la maladie engendre différentes réponses aux antidépresseurs. Par exemple, la majorité des patients âgés en épisode dépressif caractérisé ne répondent pas à une première ligne de traitement antidépresseur (ISRS ou IRSNA). Ainsi, seulement environ 44 % de patients présentent des résultats positifs à un premier antidépresseur (34 % sous placebo). (19)

L'estime de soi est affectée lorsqu'un individu est atteint de trouble dépressif majeur. C'est pourquoi la plupart des stratégies thérapeutiques de la dépression ciblent le changement de processus de référence à soi afin de rectifier le biais cognitif négatif du patient.

L'efficacité des traitements est mesurée à travers un questionnaire auto rapporté évaluant la qualité de vie et les symptômes dépressifs. Certains traitements provoquent un changement de perception de la maladie, nommé « Response shift », qui peut perturber la mesure de la dépression et une mauvaise interprétation de ces résultats. En effet, on pourrait croire à une évolution positive de la dépression, à une réduction de symptômes et ainsi aboutir à des conclusions erronées sur l'efficacité du traitement.

Le changement de perception représente un grand intérêt car c'est l'un des objectifs de la thérapie. Il est donc crucial de quantifier la « response shift » de patient souffrant d'une dépression résistante.

Un essai randomisé a été mené chez 170 patients ayant reçu un traitement antidépresseur ou une stimulation magnétique transcrânienne répétée ou combinaison des 2. C'est uniquement chez les patients traités par antidépresseur seul qu'a été détectée la « response shift » et qu'a été remarquée une diminution significative du niveau moyen de dépression. Ces résultats peuvent refléter une meilleure conscience du biais négatif de référence à soi grâce à la prise du traitement. Cette étude nous permet d'en déduire que l'effet « response shift » peut expliquer certaines différences de réponse face aux traitements. (20)

La dépression résistante chez certains patients peut également expliquer cette variation de réponse face aux traitements. Ce terme sous-entend un échec d'au moins deux essais successifs de traitement antidépresseurs, qui ont bien été suivis en termes de dose et durée. (21)

De nombreux facteurs sociodémographiques et cliniques tels que des comorbidités psychiatriques ou somatiques rentrent en jeu dans le mécanisme de cette dépression résistante et peuvent l'expliquer.

Cette dépression résistante favorise le risque accru de rechute et récurrence en favorisant la persistance de symptômes dits résiduels. Elle a des effets délétères sur le fonctionnement social, familial ou professionnel et a un impact sur la qualité de vie avec des conséquences socio-économiques importantes.

La variabilité interindividuelle de réponse aux traitements peut être due à plusieurs facteurs ; des éventuelles erreurs médicamenteuses, la compliance ou l'observance du traitement, qui représente un problème de santé majeur, les facteurs pharmacocinétiques et pharmacodynamiques rentrent en jeu également. Les caractéristiques propres de chaque

patient peuvent expliquer cette variabilité individuelle de réponse au traitement et la variabilité de l'efficacité des antidépresseurs. En effet, les comorbidités psychiatriques, somatiques, les co-médications du patient ou encore l'effet placebo, qui est lui-même très variable, pouvant aller jusqu'à 40% de la réponse, sont des facteurs déterminants dans la variabilité de la réponse. (21)

Cette variabilité interindividuelle agit inévitablement sur la perception de l'efficacité des antidépresseurs car le patient va être influencé par l'expérience qu'il va vivre.

3) Comparaison de l'efficacité des antidépresseurs face à la psychothérapie et aux traitements innovants

Comme vu précédemment, la perception de l'efficacité des antidépresseurs est très nuancée.

Les approches psychothérapeutiques reposant sur la psychologie positive proposent des perspectives cliniques prometteuses. Elle est considérée comme étant « l'étude scientifique des conditions et processus qui contribuent à l'épanouissement ou au fonctionnement optimal des personnes, des groupes et des organisations ». (22)

Des résultats d'études empiriques ont révélé l'efficacité significative et les effets positifs de cette approche dans le traitement de la dépression. Il a été constaté aussi qu'elle complémentait les prises en charge cognitivo-comportementales et potentialisait même ses effets ; « Ainsi, nous promovons l'usage par les cliniciens français d'exercices thérapeutiques préconisés par Martin Seligman et al. pour cultiver un sentiment de bien-être permettant de faire face de manière plus optimale à la dépression » (22)

Une vingtaine d'études visant à tester les effets d'une de ces approches ; les Interventions Psychologiques en Psychologie (IPP) sur un total de 1821 sujets, ont révélé une nette diminution des symptômes dépressifs et une amélioration du bien-être général des patients grâce à ce mode de prise en charge. Parmi les exercices proposés, on peut retrouver l'exercice « des trois bonnes choses » qui consiste à répertorier tous les jours, 3 points positifs et la raison de leur apparition. De plus, ces exercices sont simples et facilement réalisables par tous, ce qui favorise l'observance du traitement et l'adhésion thérapeutique. Ces résultats encourageants laissent à penser que cette approche est efficace dans le traitement de la dépression et qu'elle devrait être de plus en plus utilisée. (22)

C'est pourquoi on préconise les thérapies cognitivo-comportementales et les thérapies interpersonnelles, ayant fait la preuve de leur efficacité.

F.Gonon et al. ont évalué la thérapie psychanalytique et l'ont comparée à des traitements actifs. Ils ont évalué l'amélioration des symptômes à l'issue du traitement à travers l'analyse des résultats de onze articles de méta-analyses et sont parvenus à la conclusion que les psychothérapies psychanalytiques avaient un effet robuste. D'autres méta-analyses ont comparé une psychothérapie psychanalytique à un traitement actif (e.g. autre psychothérapie, médication). Une seule étude seulement rapporte une infériorité cliniquement significative des psychothérapies psychanalytiques par rapport aux psychothérapies cognitivo-comportementales. La plupart des études menées par F.Gonon et al. montrent que les psychothérapies psychanalytiques sont aussi efficaces que les psychothérapies cognitivo-comportementales dans le traitement des troubles mentaux les plus fréquents. De plus, il a été révélé que les psychothérapies sont également aussi efficaces que les antidépresseurs avec un certain avantage ; pas d'effets secondaires et de syndrome de sevrage.

Pour d'autres experts, les psychothérapies psychanalytiques, bien que très fréquentes et pratiquées en France, n'ont pas apporté la preuve méthodologique de leur efficacité dans le traitement de la dépression, en raison de la complexité du processus relationnel, de la durée de la thérapie et de la difficulté d'évaluation quantitative. (23)

Concernant la perception de l'efficacité de la stimulation magnétique transcrânienne, elle semble mitigée. Certaines études menées versus placebo, versus thérapie électroconvulsive (ECT), versus antidépresseurs ou combinées avec des antidépresseurs, ont démontré l'efficacité de la Stimulation transcrânienne magnétique (rTMS) pour environ 50% des patients, ce qui représente un pourcentage statistiquement significatif par rapport au placebo. En revanche, certaines études affirment que cette méthode est efficace uniquement dans certaines formes de dépression. (24)

La stimulation du nerf vague, appliquée pour la première fois dans le traitement de la dépression en 1998, a montré des taux de réponses statistiquement significatifs par rapport

au traitement usuel, entre 30% et 40% après un an de traitement. (24) Cette stratégie est essentiellement associée au traitement médicamenteux dans les dépressions résistantes.

La photothérapie, souvent associée à la privation de sommeil, est intéressante dans certains cas de dépression. La première méta-analyse prouvant son efficacité a été menée en 1989 et a montré que 67% des patients atteints de dépression modérée à sévère, ont vu une nette amélioration de leur état. L'effet antidépresseur de la privation de sommeil avec interdiction totale de sommeil durant la nuit et la journée pendant plusieurs jours a été exploré et confirmé par plusieurs études dans différents types de dépression. « Deux tiers des patients décrivent une nette amélioration de leur humeur après privation de sommeil nocturne et diurne mais ce bénéfice est perdu par la plupart dès une nuit de sommeil. » (24)

4) Traitements inadéquats et mésusage induisant inévitablement une inefficacité

L'hétérogénéité du trouble majeur dépressif conduit à des problèmes de classifications et spécificité du traitement. Les modèles actuels classent toutes les dépressions dans la même catégorie alors qu'elles n'ont pas le même type de prise en charge.

Il existe d'importantes différences entre les dépressions sévères, qui nécessitent un traitement médicamenteux et les formes modérées, faibles, qui peuvent répondre à la psychothérapie.

Afin d'évaluer la durée des traitements antidépresseurs et ses déterminants, une étude a été réalisée sur trente-cinq mille et cinquante-trois mille patients ayant reçu une délivrance incidente d'antidépresseurs entre le 1er janvier 2005 et le 31 décembre 2006 et ils ont été suivis jusqu'au 31 décembre 2007 pour estimer leur observance au traitement. En raison du délai d'apparition de l'effet thérapeutique (2 à 4 semaines), la durée conforme aux recommandations d'un traitement antidépresseur est de minimum 6 mois pour le premier épisode. Cependant, il a été remarqué que la plupart des traitements antidépresseurs, indépendamment de leur classe thérapeutique, duraient moins de six mois (81,8 %) et plus de la moitié 28 jours ou moins (58,1 %). (25)

Ainsi, on relève une fréquence très élevée des traitements antidépresseurs de courte durée au sein de notre population. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les individus se sentent mieux, voient leur qualité de vie améliorée et décident d'arrêter le traitement après une courte période de traitement, sans renouvellement même en cas de retour des symptômes. Néanmoins, ce sont surtout les nombreuses prescriptions hors indications qui expliquent ce fait. En effet, des études ont montré qu'il existe un diagnostic excessif et inapproprié de dépression, souvent de la part des médecins généralistes. (25)

Les résultats de cette étude révèlent également que la spécialité du prescripteur a un impact sur l'observance au traitement et influe sur la durée de traitement. Un traitement initié par un psychiatre induisait un engagement plus fort dans les soins de la part des patients car il est perçu comme reflétant le diagnostic d'une pathologie plus sévère. A l'opposé, les prescriptions de traitements par les médecins généralistes avaient tendance à avoir une courte durée. Il a été également observé que la probabilité d'interruption de traitement avant la fin de la durée de sa prescription était diminuée de moitié si le patient était informé des conséquences d'arrêt soudain d'un traitement et donc de la nécessité de le conserver sur toute la durée de la prescription ainsi que des effets indésirables. La co-prescription d'un autre psychotrope peut avoir un impact sur l'efficacité de l'antidépresseur et sur la sévérité des symptômes ainsi que leur fréquence, c'est pourquoi il est important de prendre en compte ce facteur lors du choix de traitement.

De ce fait, une durée de traitement conforme aux recommandations est associée de manière indépendante à l'âge, au sexe féminin, à une affection de longue durée reconnue, à l'absence de couverture médicale universelle et à la co-prescription de médicaments psychotropes. La plupart du temps, le remboursement optimal favorise l'observance thérapeutique, or le remboursement au titre d'une ALD psychiatrique n'est pas associé à la durée de traitement et le fait de bénéficier de la CMU-C diminue la probabilité de recevoir un traitement. Ainsi, on peut en déduire que la CMU-C est un marqueur de caractéristiques sociodémographiques peu favorables (niveau faible d'éducation et désinsertion sociale) et que donc ces personnes sont moins conscientes de l'importance de s'engager dans une démarche de soins.

III. Stratégies marketing mises en place par les entreprises pharmaceutiques

1) **Approches stratégiques conventionnelles**

Au cours de ces dernières années, nous avons constaté une augmentation fulgurante de la consommation des antidépresseurs dans les sociétés industrialisées des pays développés mais aussi dans les pays en voie de développement.

Pour accéder au marché et obtenir le remboursement de leurs médicaments, les entreprises pharmaceutiques tentent de prouver l'intérêt et l'efficacité supérieure de leurs médicaments par rapport à la concurrence. Pour ce faire, elles mettent en place des stratégies marketing élaborées, basées sur des facteurs biopolitiques et bioéconomiques, dont la cible n'est plus nécessairement le médecin prescripteur mais aussi le patient. (26)

A) Les visites médicales

En raison des lois qui réglementent la publicité pharmaceutique et notamment l'interdiction de la publicité directe aux consommateurs dans plusieurs pays, la promotion des médicaments s'est toujours majoritairement adressée aux médecins prescripteurs d'ordonnance. C'est par le biais des visiteurs médicaux qu'elle se fait, représentant la plus grande part du budget annuel dédié à la promotion par les laboratoires pharmaceutiques. Pendant ces visites à but commercial, les délégués médicaux présentent tous les attributs de leur médicament avec comme support en général un « visual aid », un document relatant les bénéfices du produit pour les patients, la réponse aux attentes des médecins. Pour appuyer leurs dires, les données présentées sont issues d'articles de recherches scientifiques, clairement identifiés et référencés.

Cette stratégie promotionnelle a souvent été accompagnée d'offres de contre-prestations en échange de la prescription des médicaments promus (prise en charge des frais de voyage, congrès, défraiements de bureaux de conseil, cadeaux divers...), des pratiques largement associées à de la corruption et qui se sont fortement multipliées ces dernières décennies. En effet, les délégués médicaux offraient en général des échantillons gratuits du médicament dont ils font la promotion. La majorité des médecins semblaient apprécier cette pratique, car ils les stockaient afin de les offrir à leurs patients démunis, qui n'avaient pas

les moyens d'acheter ces médicaments. On peut même aller jusqu'à dire que certains acceptent de recevoir les délégués médicaux en contrepartie de ces échantillons. Une étude a révélé que ces échantillons gratuits de médicaments influençaient les décisions de prescription et que leur interdiction a nettement amélioré la qualité des soins. (27)

C'est pourquoi récemment une réforme de la loi « anti-cadeaux » a été appliquée en octobre 2020 pour lutter contre la corruption des médecins et renforcer les règles encadrant les avantages consentis aux professionnels de santé par les entreprises pharmaceutiques. Ainsi des conditions plus strictes et des nouvelles procédures à respecter ont été mises en place ainsi qu'un élargissement des entreprises et des bénéficiaires concernés.

B) Publicité ciblée vers les consommateurs

Cette pratique autorisée dans plusieurs pays, notamment aux Etats-Unis (Direct-to-consumer advertising), consiste à s'adresser directement aux patients à travers des publicités TV, des magazines ou encore sur des anneaux d'affichage entre autres. Cette publicité de médicaments sur ordonnance soulève des questions éthiques, ce qui a débouché de nombreuses fois sur des débats célèbres. Elle est vivement critiquée en raison du risque d'augmentation injustifiée de dépenses en santé et de prescriptions inadaptées. Une étude récente a pu confirmer que les médias influencent la prescription des médecins, en effet les médicaments les plus vantés dans les médias sont les plus prescrits par les médecins. (23)

Etant donné que cette stratégie est interdite en Europe, les entreprises pharmaceutiques européennes optent pour une promotion indirecte ciblée vers le grand public. Celle-ci se traduit par le financement de campagnes de sensibilisation nationales sur une maladie particulière, de journées d'études et de congrès scientifiques ou encore le financement de la formation médicale continue (FMC) dans de nombreux pays. La divulgation massive dans les médias des succès des essais thérapeutiques rencontrés par les nouvelles molécules, est également un moyen de promotion indirecte. (28)

Ces pratiques pourraient être considérées comme des opérations marketing déguisées ou justifiées car en effet elles représentent un conflit d'intérêt majeur entre objectifs sanitaires et objectifs commerciaux, toutefois légitimes. Malgré les normes existantes autour du soutien commercial des industries pharmaceutiques pour ces formations, les promoteurs

sont toutefois libres d'échanger avec les universitaires organisateurs et de suggérer certains orateurs ou thèmes de conférences (ex : sensibilisation à la qualité d'un produit en particulier). (27)

C) Le financement des recherches et des recommandations de pratiques cliniques

Les compagnies pharmaceutiques sponsorisent de nombreuses études de recherches, d'essais cliniques et sont souvent à l'origine de la conception de l'enquête et de l'interprétation des données. Certains auteurs des publications n'ont souvent pas accès aux données, ne participent pas à l'élaboration de la méthode d'étude, ni à l'analyse des résultats d'après les éditoriaux de revues de prestige tel que le British Medical Journal. (28)

Pour assurer le lancement commercial d'un nouveau médicament, les entreprises pharmaceutiques n'hésitent donc pas à financer de nombreuses publications de recherches favorables à son utilisation. Au nom du secret commercial et de la non-obligation de dévoiler ses résultats cliniques au public, les firmes pharmaceutiques sélectionnent les données qu'elles souhaitent voir être publiées. Selon une conférence-débat menée par Marc-André Gagnon, certaines entreprises promotrices d'une « nouvelle génération » d'antidépresseurs (IRS) avaient volontairement omis de publier des études défavorables sur ces médicaments ; « Sur 74 essais cliniques consacrés à ces antidépresseurs, 38 étaient favorables au médicament, tandis que 36 considéraient le médicament douteux ou inutile ». (27)

D'autre part, plusieurs recommandations thérapeutiques faites par des médecins experts dans des articles scientifiques ou lors de conférences sont financés par des promoteurs, qui ne sont d'autres que les industries pharmaceutiques. Ainsi un grand nombre de ces auteurs de recommandations soulèvent un conflit d'intérêts qui ne concernent non seulement la référence à un produit en particulier mais également les normes thérapeutiques relatives à ce produit. Ainsi, cela peut induire un changement des critères de diagnostic, ce qui engendre des biais dans les personnes concernées par le traitement. On peut citer un extrait du manuel mis à disposition par l'Organisation Mondiale de la Santé et Action Internationale pour la Santé qui met en lumière cette stratégie d'influence des pratiques médicales, « Par exemple, quand les recommandations de la Société européenne de cardiologie ont été

appliquées à un comté de Norvège, les trois quarts de la population ont été considérés comme étant à « risque accru » et ayant potentiellement besoin d'un traitement ». (27)

2) **Approches stratégiques non conventionnelles**

A) Financement de médecins en tant que « leaders d'opinion » de premier plan

Cette méthode peut ne pas être perçue comme une stratégie promotionnelle par les médecins présents dans l'auditoire, toutefois il a été remarqué qu'une conférence d'un médecin réputé payé par une entreprise pharmaceutique, influençait le choix des médecins ayant assisté, sur le choix des traitements prescrits. Ainsi, ces conférences auraient un objectif commercial au-delà de l'objectif pédagogique et de sensibilisation sur le domaine thérapeutique mis en avant. (27)

Cette forme de promotion de l'industrie pharmaceutique est basée sur le concept d'hégémonie, selon lequel la dominance d'un groupe social, ici en l'occurrence les médecins experts (élites), influencerait l'opinion des autres groupes. Cette stratégie s'adresse à de nombreux acteurs clés tels que les prescripteurs, les associations médicales, les hôpitaux, et les consommateurs.

B) Rédaction par un auteur fantôme (« ghost-writing »)

Certains auteurs universitaires de publications scientifiques de recherches collaborent avec des entreprises pharmaceutiques et donc ces publications sont le fruit d'un travail mené par des employés d'entreprises pharmaceutiques ou des sociétés de communication médicales travaillant pour des entreprises pharmaceutiques. (27)

Un article écrit par un auteur « fantôme » peut porter le nom d'un autre auteur universitaire, en effet la société d'information médicale Current Medical Directions Incorporated (CMD) a recensé une liste de projets d'articles, évoquant des essais cliniques favorables à la sertraline, avec des auteurs à identifier.

Une autre pratique courante lors de la rédaction d'articles par un rédacteur fantôme est de remettre en cause l'efficacité ou la sécurité d'un médicament concurrent. Ainsi cette

stratégie révèle l'emprise qu'exerce l'industrie pharmaceutique sur le contenu des journaux médicaux.

Ces différentes stratégies révèlent une réelle infiltration des comités de rédaction et une exploitation massive du système des références bibliométriques. (28)

C) Nouvelles initiatives : lutter contre la stigmatisation de la dépression

Les médecins sont de plus en plus exigeants vis-à-vis des visiteurs médicaux d'un point de vue qualitatif du produit promu ainsi que des données de pharmacovigilance présentées, qui doivent être solides et actualisées. Afin de répondre aux attentes des professionnels de santé, les laboratoires pharmaceutiques proposent des services conjointement à leurs produits (« beyond the pill ») ; programme d'éducation, d'observance et d'autres initiatives digitales permettant un suivi des patients à distance. (29)

Les initiatives des laboratoires leaders sur le marché des antidépresseurs se multiplient, en effet, des chercheurs se sont intéressés à l'effet des programmes de littératie sur la dépression et de thérapies cognitivo-comportementales sur la stigmatisation de la dépression. Un site d'information sur la dépression (BluePages) ainsi qu'un site web de formation cognitivo-comportementale (MoodGYM) ont fait l'objet d'un essai clinique randomisé contenant un échantillon de 525 individus, qui a permis d'évaluer l'efficacité sur la stigmatisation de ces deux sites. Ainsi, les résultats de l'étude ont démontré que de manière générale ces sites internet réduisaient le taux de stigmatisation personnelle des individus atteints de dépression même si les effets étaient relativement peu significatifs. Quant à la stigmatisation perçue de la plupart des personnes, elle n'était pas impactée par le site informatif, cependant, le site de formation MoodGYM a été associé à une augmentation de cette stigmatisation. (30) Cette étude a révélé que les moyens actuels mis en place sur internet pour lutter contre la perception stigmatisante n'étaient pas suffisants et nécessitaient d'être approfondis.

Une des stratégies pour combattre cette perception est de supprimer le sentiment de culpabilité dont souffrent beaucoup de personnes dépressives en leur donnant des explications simples de la cause biologique et sociologique de survenue de la dépression

Aussi, certaines entreprises pharmaceutiques ont décidé d'éviter le terme « maladie » en évoquant la dépression mais en optant plutôt pour la dénomination « condition mentale »,

qui semble moins péjoratif. Dans les campagnes de communication, le choix des termes est délicat car pour éviter des sentiments d'inconfort, de gêne, des patients dépressifs et de leur entourage, les entreprises doivent veiller à être subtiles. (13)

Certaines initiatives portées par les firmes pharmaceutiques afin de déstigmatiser la dépression favorisent la décision médicale partagée. En effet, le patient se sent considéré et valorisé, ce qui va permettre de réduire son sentiment de culpabilité, très présent chez les personnes dépressives.

Partie 2 : Méthodologie du terrain d'étude

L'étude et l'analyse de plusieurs articles et publications scientifiques sur la dépression, m'ont permis de mieux cerner l'histoire de cette pathologie, sa physiopathologie ainsi que sa perception au sein de la société. Mes recherches m'ont également permise de faire un état des lieux du marché actuel des antidépresseurs ainsi que des autres traitements possibles de la dépression. De ce fait, il est temps maintenant de confronter ces données trouvées dans la littérature avec les résultats de mon enquête terrain.

Afin de répondre au mieux à la problématique initiale : *Comment est perçue l'efficacité des antidépresseurs par les psychiatres et les patients et quelles sont les stratégies mises en œuvre par les entreprises pharmaceutiques pour améliorer cette perception ?*

J'ai décidé de répartir mon étude terrain en 2 parties et de cibler 2 populations qui sont au cœur de cette interrogation ; les psychiatres et les patients.

I. Enquête auprès de professionnels de santé : les psychiatres

1) **Objet de l'étude**

Etant donné que les psychiatres sont les principaux prescripteurs d'antidépresseurs, il m'a semblé pertinent de collecter leurs points de vue sur les différentes interrogations que je me suis posée.

Cette étude de terrain a donc pour but de confirmer ou non les hypothèses émises à la suite de la lecture de plusieurs publications et articles dans la littérature actuelle, et de compléter peut-être mes recherches avec des nouvelles informations.

L'objectif est de connaître leurs points de vue sur :

- La perception de la dépression de manière générale par la société
- L'existence d'une stigmatisation de la dépression
- Leur propre perception de l'efficacité des antidépresseurs
- Les initiatives des industries pharmaceutiques pour améliorer la perception de l'efficacité des antidépresseurs

2) **Choix de la méthode**

Afin d'approfondir et d'explicitier les différents points sur lesquels je me suis interrogée, j'ai décidé d'opter pour des entretiens semi-directifs. Cette technique de collecte de données est la plus adaptée à mon avis, car elle permet de laisser libre cours aux pensées de la personne interrogée et de lui donner une liberté d'expression tout en orientant son discours. Elle permet aussi d'apporter une certaine spécificité et de récolter des réponses très riches et variées, donc intéressantes à analyser. Cette méthode s'inscrit dans une étude qualitative, qui a pour objectif de collecter des données de fond et non une grande quantité de données, contrairement à l'étude quantitative.

C'est pour cela que j'ai choisi cette méthode de recherche descriptive car elle permet d'analyser et comprendre des phénomènes, se concentrer sur des comportements de groupe, des faits ou des expériences et leur signification. (31)

Afin de mener à bien ces entretiens semi-directifs, j'ai utilisé un guide d'entretien, que j'ai préparé préalablement, ce qui m'a permis de structurer mes questions et de centrer le discours des personnes interrogées sur différentes thématiques. (Cf. voir partie 4 Collecte données)

Comme évoqué précédemment, le but principal de ces entretiens est d'enrichir les théories existantes ou d'émettre de nouvelles théories autour de la thématique étudiée. Il est conseillé de mener des entretiens jusqu'à l'atteinte du seuil de saturation, qui signifie qu'il n'y a plus de nouvelles informations relatives à la question de recherche et que les réponses deviennent redondantes.

Pour cette étude, il s'est avéré qu'à partir de mon 9^{ème} entretien, il n'était plus nécessaire de faire de nouveaux entretiens.

3) Description de la population Ciblée

L'échantillon de la population interrogée est composé d'un ensemble de 9 psychiatres ; 7 hospitaliers et 2 libéraux.

Ils ont tous été contacté via LinkedIn, qui était le moyen le plus rapide et efficace selon moi car je n'ai pas eu de retour aux quelques mails que j'ai pu envoyer auparavant.

Afin de contextualiser ma demande d'entretien avec eux et de leur expliquer le but de cette étude de terrain, j'ai rédigé un message type que j'ai envoyé à chacun.

En raison du manque de disponibilité des professionnels de santé et de la situation sanitaire, ces entretiens ont été réalisés par visioconférence ou appel téléphonique, ce qui a permis un gain de temps non négligeable. Ces entretiens ont duré entre 26 min et 1h environ et ils ont été enregistrés pour faciliter la transcription, avec évidemment l'accord des psychiatres interviewés.

Vous trouverez la liste des psychiatres interrogés ci-dessous. (figure 4)

NOM	Fonction	Lieu d'exercice de la fonction	Date entretien	Type d'entretiens	Durée de l'entretien
<i>Dr Nicolas</i>	Médecin psychiatre hospitalier	Centre hospitalier de Valenciennes	26/03/22	Visioconférence	39 min
<i>Dr Guedalia</i>	Psychiatre et co-fondateur de Pedopsynet	Centre Hospitalier des Pyrénées	14/03/22	Visioconférence	39 min
<i>Dr Eric</i>	Psychiatre libéral Personne ressource (Aide aux soignants)	Clinea PSY France Châtillon-en-Michaille	15/03/22	Téléphone	1h Environ
<i>Dr Stefano</i>	Psychanalyste, psychiatre libéral (Paris)	Cabinet à Paris	20/03/22	Téléphone	54 min
<i>Dr Emmanuel</i>	Psychiatre	Clinique réhabilitation psychosociale Marseille	18/03/22	Téléphone	48min
<i>Dr Nadia</i>	Psychiatre des hôpitaux- chef de pôle au EPSM Lille	EPSM Lille-Métropole	25/03/22	Téléphone	26 min
<i>Dr Alexis</i>	Psychiatre hospitalier CEO Cline Research Co-founder Neurostim	Paris	25/03/22	Visioconférence	46 min
<i>Dr Marie-Claude</i>	Psychiatre, psychothérapeute, psychanalyste hospitalier	Région parisienne (île de France)	19/03/22	Téléphone	1h Environ
<i>Dr Alice</i>	Pédopsychiatre	Hôpital universitaire (HUDERF) Bruxelles	31/03/22	Visioconférence	45 min

Figure 3: Psychiatres ayant participé à l'enquête de terrain

4) Collecte de données

C'est à travers un guide d'entretien que j'ai collecté les données de cette étude de terrain, menée auprès des psychiatres. (Cf. annexe 1)

Un guide d'entretien est un document qui permet d'encadrer le contexte et le déroulement de l'entretien. Il regroupe l'ensemble des questions à poser, des thèmes à aborder et il privilégie des questions plutôt ouvertes dans le cas d'un entretien semi-directif.

Ce guide d'entretien s'articule autour de trois parties :

1. **Introduction** : présentation du travail de recherche et de son thème ainsi qu'une explication de l'objectif et ce que l'entretien doit apporter à ce travail.
2. **Coordonnées de la personne interrogée** : profession, lieu d'exercice de l'activité, années d'expériences
3. **Liste de questions** : structurer les questions à poser par thèmes auxquels celles-ci se réfèrent tout en permettant d'anticiper d'éventuels changements et reformulations, si besoin afin de favoriser la compréhension de l'interlocuteur.

II. Enquête auprès de patients

1) Objet de l'étude

Les patients dépressifs sont les principaux concernés par cette thématique, ainsi il m'a semblé évident de collecter leurs points de vue.

L'étude de terrain que j'ai menée auprès des patients avait pour objectif de consolider les données récoltées au cours de mes recherches bibliographiques avec des témoignages de patients. C'était également une occasion de confronter les propos des professionnels de santé avec ceux tenus par les patients.

2) Choix de la méthode

Afin d'atteindre plus facilement les patients en état dépressif, j'ai opté pour un questionnaire en ligne, que j'ai mis à disposition dans des groupes Facebook regroupant une communauté de personnes dépressives.

L'enquête par questionnaire est un outil d'observation qui comprend un ensemble de questions regroupées par thème et s'enchaînant de manière structurée et logique. Ce type d'enquête fait partie des méthodes quantitatives de recherche, qui vise à décrire, expliquer et comprendre des phénomènes, en utilisant des outils statistiques. Aussi, la plupart des questions posées sont ouvertes, ce choix s'explique par le fait que cela donne la possibilité à la personne de répondre avec plus de liberté et d'employer ses propres termes. (32) Cette méthode s'est avérée être la plus efficace car j'ai contacté au préalable des associations de patients dépressifs, qui n'ont pas fait suite à ma demande.

Afin de contextualiser et expliquer le but de ce questionnaire, j'ai rédigé un message type pour l'accompagner. (Cf annexe 2)

3) Description de la population étudiée

Les patients sont une cible importante pour cette étude. En effet, ce sont les consommateurs des antidépresseurs, il a été donc très intéressant de les interroger afin de connaître leur ressenti et opinions sur l'efficacité de ces médicaments ainsi que les autres thématiques étudiées.

Cette étude est anonymisée, donc l'identité des personnes ayant répondu à mon sondage n'est pas révélée. Toutefois cela n'impacte pas l'exploitation des données récoltées.

Par ailleurs, cette étude présente certaines limites, notamment la taille de l'échantillon, qui est composé de 51 personnes. Il aurait été préférable d'interroger plus de personnes afin d'augmenter la significativité de l'étude, cependant c'était très délicat de trouver des patients volontaires, souhaitant répondre au sondage, malgré l'anonymat. Aussi, il aurait été pertinent de connaître l'âge et le sexe de tous les répondants au questionnaire mais seulement certains patients ont pu répondre à ces questions. (Cf. annexe 3)

4) Collecte de données

Comme évoqué précédemment, j'ai eu recours à un questionnaire en ligne en utilisant l'outil Google Forms. Les données sont faciles à obtenir et à analyser, notamment grâce à l'utilisation de logiciels qui simplifient la saisie des réponses.

Mon questionnaire a été mis en ligne le 25 mars 2022 et la collecte de données a été clôturée environ 2 mois après. Le temps de réponse au questionnaire est estimé à environ 10 min. Le questionnaire est structuré en 3 parties afin de faciliter la compréhension du patient. La première partie concerne les patients qui sont en cours de traitement et les modalités de leurs consommations d'antidépresseurs. La seconde partie porte sur les personnes ayant des antécédents de dépression, tandis que la dernière partie comporte des questions plus générales sur les traitements de la dépression.

Vous trouverez le guide de mon questionnaire en annexe 4

Partie 3 : Résultats

I. La perception de la dépression

Grâce à la réalisation des entretiens semi-directifs auprès des psychiatres et de la collecte de données auprès des patients, nous allons pouvoir confronter leurs réponses avant de pouvoir en tirer des conclusions.

1) Les psychiatres

A) Une variabilité d'expression de la dépression portant à confusion

De manière générale, tous les psychiatres interrogés admettent que l'expression de la dépression est très variable d'un sujet à un autre, conduisant parfois à des hésitations lors du diagnostic avec d'autres troubles mentaux. « Ce qui est surtout difficile à établir en

diagnostic, moi je dirai que c'est effectivement avec des personnes qui ont des troubles cognitifs assez marqués pour savoir si c'est une dépression qui rentre dans un début de démence ou si c'est une dépression pure ». (Dr Nicolas).

Cette difficulté à établir le diagnostic de certains types de patients est également décrite par le Dr Éric : « Là où on rencontre des difficultés c'est où on a un patient qui a déjà été diagnostiqué mais pas avec la bonne maladie, (exemple : diagnostiqué bipolaire mais a des dépressions répétées). C'est d'autant plus compliqué depuis que la nomenclature psychiatrique a évolué, depuis les années 80, donc une trentaine d'années. C'est la différence de culture psychiatrique, ça dépend en quelle année vous avez étudié la psychiatrie ». Quant au Dr Alice, elle pense que la dépression n'est pas la maladie la plus difficile à déceler, cependant elle évoque les dépressions psychotiques, qui peuvent engendrer dans certains cas des hésitations de la part du psychiatre.

Le Dr Alexis nous informe que la dépression est « Très hétérogène avec plein de symptômes différents et ce n'est pas palpable, pas d'exams pour le mettre en avant ». Ainsi, les différentes formes de dépression, les associations avec d'autres maladies et les comorbidités peuvent conduire à des diagnostics différentiels, comme nous l'indique le Dr Nicolas : « Existence de masques de dépressions, certaines s'apparentent à des démences mais sont en réalité des formes de dépression ».

Par ailleurs, la complexité de la physiopathologie de la maladie induit parfois une difficulté dans le choix du traitement, le Dr Alexis souligne donc un enjeu important pour le psychiatre, trouver le traitement qui va convenir au patient : « Pas de facteurs prédictifs, on ne sait pas quel patient va répondre à quel traitement ».

Enfin, certains patients atteints de troubles psychiatriques, pas nécessairement de dépression, commettent des crimes, ce qui crée des confusions et des associations des troubles mentaux à la violence et au danger.

B) Une incompréhension de la maladie contribuant à sa perception péjorative

La dépression reste encore très mal perçue par la société à cause de son histoire, des premiers traitements apparus comme nous l'explique le Dr Marie-Claude : « Elle n'est pas du tout perçue d'une façon positive encore. Je pense que c'est dû au fait qu'au démarrage

des traitements antidépresseurs, les médicaments assommaient les patients, il y avait beaucoup d'effets secondaires : une sècheresse de la bouche, une grande prise de poids, il y avait une sédation et un malaise important. ». De plus, le Dr Marie-Claude poursuit en expliquant que la psychiatrie avait pour réputation de transformer les patients en « zombis » et que cette représentation est toujours d'actualité

Le Dr Emmanuel pense qu'il y'a plusieurs perceptions de la dépression, avec certaines personnes qui ont une approche plus ancienne, moins axée sur la réalité scientifique du trouble, et d'autres qui portent un regard médical, considérant la dépression comme une « vrai pathologie avec des symptômes, des caractéristiques, avec des perspectives pour soigner ». D'après lui, cette prise de conscience vient du fait que de plus en plus de personnes sont touchées par cette maladie ainsi que leur entourage. Ils sont donc mieux informés et se rendent compte de l'impact qu'elle a sur la vie des patients. Cela rejoint les propos du Dr Guedalia qui pense que « depuis le covid il y a eu une prise de conscience de l'importance de la santé mentale dans son ensemble ». Il ajoute que c'est également lié à une « évolution des valeurs sociétales des jeunes et de la perception du bonheur individuel ».

Généralement, les individus ont tendance à se référer à ce qui se passe dans leur entourage et prennent un cas pour une généralité, c'est ce qu'affirme le Dr Marie-Claude : « Aussi les gens se réfèrent à des personnes qu'ils ont connus comme étant dépressives mais quand on creuse un peu, ce sont des personnes qui ne sont pas traitées pour une dépression mais plutôt pour une psychose, pour des problèmes beaucoup plus graves et là il y a des traitements qui sont avec des effets secondaires plus lourds et donc une confusion entre les maladies ».

Après m'être entretenue avec neuf psychiatres, j'ai constaté que tous relevaient le regard péjoratif que porte la société sur les personnes dépressives en les qualifiant comme « des gens faibles et vulnérables, peut-être plus sensibles que les autres. » (Dr Éric). Le Dr Alice rejoint ces propos en soulignant l'impact du regard des autres sur les personnes dépressives : « Les gens culpabilisent d'être déprimés, à cause de la société mais aussi de la famille (...) J'avais une patiente adolescente qui est retournée à l'école et les enfants ont dit « ah c'est celle qui sèche » donc difficile de retourner à une vie normale. Il y a toujours ce problème du regard des autres, une société qui est beaucoup dans le paraître, et paraître dépressif n'est pas trop à la mode. »

C) Evolution de la perception de la dépression depuis la naissance de la neurobiologie

Comme nous l'avons vu précédemment dans la revue de littérature, l'émergence de la neurobiologie dans les années 50 a permis de mettre en évidence les mécanismes de dysfonctionnement cérébraux à travers les images d'IRM. Selon le Dr Alexis, cela a fait évoluer les mentalités et de plus en plus d'individus admettent que c'est une maladie biologique qui nécessite un traitement. D'ailleurs, certains patients qui ne répondent pas à la psychothérapie mais qui répondent bien au traitement médicamenteux, confirment la dimension biologique de la dépression.

Le Dr Emmanuel affirme que le changement de perception de la dépression est dû à une amélioration de la connaissance et de l'information sur ce trouble. Il souligne qu'« il y a eu un grand travail de la part des sociétés savantes qui ont essayé de lutter contre les représentations sociales et la stigmatisation ». La prévalence de la maladie augmente en impactant ainsi plus de personnes, le regard de la société devient plus indulgent et moins stigmatisant selon le Dr Emmanuel. En effet, il déclare que « l'idée que la dépression, ce sont des gens qui sont faibles et qui manquent de motivation n'est plus aussi présente, mais c'est bien la dépression en soi qui entraîne le manque de motivation. Ce qui dirigeait le regard caractérisant le trouble avant, on sait maintenant (la population générale) qu'il s'agit en fait de symptômes de la maladie et que oui il y a bien une baisse de motivation dans la dépression mais qu'il s'agit seulement des conséquences de la dépression et non les causes ». Ainsi, il estime que la société actuelle commence à avoir une approche plus empathique.

Aussi, nous avons vu qu'il y'a quelques années, la société avait une conception religieuse et philosophique de la maladie. Ce n'est qu'avec l'apparition des traitements médicamenteux qu'une meilleure tolérance a été remarquée, contribuant ainsi à déstigmatiser la dépression ; « ça devient moins inacceptable on va dire d'avoir une dépression, on la cache moins donc on s'aperçoit de plus en plus que des personnes qu'on connaît en ont souffert, ce sont des personnes qu'on estime et donc on se détache de cette étiquette péjorative de la société. » (Dr Emmanuel)

Par ailleurs, le Dr Nicolas nous informe qu'on voit de plus en plus de personnalités publiques qui témoignent et parlent de leurs expériences avec la dépression, il cite notamment «

Stromae », ce qui contribue à cette évolution positive de la perception de la dépression. Ce n'est pas le seul à avoir évoqué cet artiste, le Dr Éric aussi a salué ce témoignage : « L'intervention de Stromae est bien meilleure donc je préconise le domaine artistique c'est-à-dire que les artistes ont des talents et des qualités humaines influentes sur les gens, ils ont un pouvoir bien plus grand que celui des médecins ». Il explique que pour sensibiliser la société, il faut passer par les émotions, notamment par le biais du domaine artistique.

De plus, le Dr Éric nous décrit un phénomène important qu'il a constaté sur ses propres données : « La dépression aujourd'hui touche autant les hommes que les femmes qui consultent les psychiatres à peu près 50/50 chacun. C'est un fait nouveau, ça s'est modifié il y a à peu près cinq ans. Les femmes constituaient les deux tiers des consultations mais aujourd'hui sur mes propres données de 2017 à 2019, on a 50% de femmes et 50% d'hommes hospitalisés pour des états dépressifs ».

Pour le Dr Guedalia, la perception de la santé mentale a évolué mais cela dépend du type de dépression dont il est question car il y a plusieurs types de dépression « il faudrait déjà s'entendre sur le terme dépression, il n'y a pas une dépression mais il y'en a plusieurs : dépression unipolaire, dépression bipolaire, est-ce que la dépression s'inscrit dans un trouble, est-ce qu'elle s'inscrit dans des facteurs de stress environnementaux ou de vie ? ».

Cependant, certains psychiatres tels que le Dr Marie-Claude nous informe qu'il existe encore des idées préconçues : « il y a encore cette notion, que si on secoue la personne déprimée, et si elle se secoue elle-même, elle ira mieux, donc il y a une méconnaissance de la dépression ».

D) La dépression, une pathologie encore très stigmatisée

Bien que les médecins experts accordent une très grande importance à éduquer et informer la société sur la dépression, elle reste néanmoins stigmatisée, d'après les dires du Dr Emmanuel. Cela est sûrement lié à l'histoire de la psychiatrie, qui pendant de très longues années considérait la dépression comme étant une maladie de l'esprit avec souvent une explication religieuse, mystique, ce qui a donc contribué à cette vision péjorative de la dépression. « A l'époque, on pensait que c'était une punition divine, une possession démoniaque », nous informe le Dr Alexis.

La représentation de la psychiatrie à l'époque, notamment dans le cinéma a également joué un rôle prépondérant dans cette vision péjorative, stigmatisante de la dépression. En effet, c'est ce que souligne le Dr Marie-Claude : « la folie fait peur, elle fait extrêmement peur. Les films un peu anciens sur la psychiatrie, c'est l'horreur absolue (...) avant la psychiatrie était connue comme très violente avec les camisoles, les trépanations, les électro-choques, il y avait un risque d'être dépersonnalisé et de ne pas s'en sortir ». Le Dr Alexis souligne une question importante que certains patients peuvent se poser : « Est-ce que lorsque l'on est déprimé, c'est une forme de folie ? est-ce qu'on devient dément ? »

Aussi, cette pathologie était méconnue de la société alors comme l'a très bien dit le Dr Emmanuel « ce qui n'est pas bien connu, pas bien maîtrisé, pas bien expliqué, ça faisait un peu peur ».

Le Dr Éric quant à lui, a répondu à ma question à propos de la stigmatisation en affirmant que : « Oui il existe une stigmatisation, et on le voit par l'utilisation du vocabulaire qui change avec le temps, le nom de la dépression change, on va parler de Burn-out, de trouble bipolaire ».

Quant au Dr Guedalia, il nous apprend que « c'est plus une culpabilisation qu'une stigmatisation...et même que les gens se culpabilisent eux-mêmes ». La notion de culpabilisation revient souvent dans les propos des psychiatres, en effet le Dr Marie-Claude explique l'appréhension de beaucoup de patients face à la prise de médicaments et souligne le retard thérapeutique qui en découle: « Il y a aussi notamment par rapport aux antidépresseurs ce fantasme, comme les autres en entreprise ne se sentent pas aussi mal que moi, donc j'ai une faiblesse de caractère et je vais attendre pour me traiter, il y a une culpabilité importante et on arrive à des burnouts qui étaient là depuis longtemps, en fait la personne ne veut pas avoir une image d'elle-même de faiblesse de caractère ; Tout ça fait que le traitement antidépresseur est souvent pris très tardivement », « Il existe une sorte de déni et pourtant lorsque l'on regarde en termes de statistique, ça touche quasiment toutes les familles, au moins un membre a déjà fait une dépression dans sa vie », ajoute le Dr Alexis.

L'une des causes de la stigmatisation est également due à la difficulté de soigner ; « d'une part car les patients refusent de se soigner, d'autre part les traitements ont beaucoup de limites, ne marchent pas dans tous les cas, ils marchent à 40% ». (Dr Nicolas).

Le Dr Guedalia nous informe qu'il existe une « certaine psychophobie, une certaine culpabilisation du patient dans l'inconscient collectif » car en effet les symptômes de la maladie sont psychologiques et donc invisibles contrairement à d'autres maladies, qui se caractérisent par exemple par de la fièvre. D'ailleurs, le Dr Nicolas nous explique qu'une certaine incompréhension subsiste dans l'entourage des patients, qui doivent souvent faire face à des remarques telles que « tu as tout pour être heureux, bouges toi (...) c'est dans ta tête, etc. » Cette psychophobie est également décrite par le Dr Alice, qui m'a interpellée en me racontant une anecdote : « un jour, j'étais malade et mon référent m'a dit « j'espère que c'est qu'une grippe et que ce n'est pas une dépression », une grippe c'est acceptable mais une dépression ça l'est moins ». Ainsi, elle met l'accent sur la stigmatisation qui existe au sein même du corps médical.

Ainsi, tous les psychiatres interrogés sont d'accord pour dire que la dépression est encore systématiquement stigmatisée par la société avec néanmoins une certaine prise de conscience : « il y'a de plus en plus de gens qui prennent conscience que la dépression c'est une maladie comme une autre et que ça se soigne. » (Dr Alexis)

Le Dr Nicolas nous apprend aussi que la dépression reste tout de même moins stigmatisée que les autres troubles psychiatriques comme par exemple la schizophrénie. « Beaucoup de patients se cachent derrière la dépression ».

2) Les patients

A) Un manque d'information sur le diagnostic

Comme nous l'avons vu précédemment, bien que répandue, la dépression et ses causes de survenues, ses mécanismes physiopathologiques ainsi que ses traitements, restent méconnus du grand public. Ainsi, même les personnes atteintes de cette pathologie semblent être peu informées sur leur condition : « Au début de la maladie, je n'ai reçu que très peu d'informations sur mon diagnostic. Ce n'est qu'à partir du milieu de l'année 2021 que mes psychiatres et les équipes soignantes ont pris le temps de m'expliquer, de m'informer sur ma maladie, son diagnostic, ses traitements etc.... ». A l'issue de mon enquête, 16 patients parmi les 50 ayant répondu au questionnaire ont témoigné ne pas avoir eu assez d'informations concernant lors diagnostic : « Je n'ai toujours pas eu de diagnostic

papier, je suis très peu informé » ; « On ne m'a jamais donné assez d'information, j'ai dû les chercher par mes propres moyens ».

D'autre part, 25 patients ont affirmé avoir reçu suffisamment d'explications et d'informations de la part de l'équipe soignante, ce qui constitue la moitié de l'échantillon représentant les personnes dépressives lors de cette étude. Cela montre qu'il y'a une certaine amélioration de l'information autour de cette maladie, toutefois il persiste un pourcentage de patients non négligeables, qui sont peu informés et qui ont peu d'explications de la part des médecins qui les prennent en charge.

Les autres réponses étaient peu significatives, car elles manquaient de précision.

B) Les besoins et attentes des patients dépressifs

Il m'a semblé intéressant de questionner les patients sur leurs attentes vis-à-vis du meilleur traitement possible selon eux pour combattre leur dépression.

Ainsi parmi les réponses obtenues, on retrouve souvent les notions de rapidité d'actions, d'apparition d'effets positifs. De nombreux patients mentionnent un traitement sans les effets secondaires impactant leur bien-être général : « Efficacité optimale avec aucun effet secondaire qui perturbe le quotidien du patient et aucun impact négatif sur le corps, les organes ou autre (Le lithium impacte négativement les reins par exemple) » ; « Pas trop d'effets secondaires, rapidité d'action ».

Certains patients ont fait allusion à un traitement qu'ils aimeraient moins agressif pour le cerveau: « Un médicament qui arrête de mettre votre cerveau au ralenti, pour ne plus fonctionner comme un zombi », ou encore un traitement qui ne serait pas très contraignant : « Le médicament idéal pour moi serait celui qui serait efficace, qui m'aiderait concrètement à reprendre le dessus et qui n'imposerait pas trop de contraintes (telles que plusieurs prises dans la journée, régime alimentaire spécifique, suivi médical important etc...) ».

Une part non négligeable des répondants évoquent leurs besoins de retrouver des sentiments d'apaisements, de bien-être, de reprendre le contrôle de leurs pensées. On peut citer notamment plusieurs témoignages de patients : « Le traitement idéal serait celui qui m'aiderait à surmonter toutes mes difficultés (angoisse, anxiété, flash-back, cauchemars,

crises de pleurs, idées noires, idées suicidaires etc....) et à reprendre une vie "normale", être plus apaisée et bien dans ma peau (plus parasitée). » ; « Celui qui me permettrait enfin d'apprécier la vie et de vivre normalement avec les autres car je suis souvent dans la solitude et dans la fuite de la compagnie des personnes » ; « Un traitement qui m'enlèverait mes angoisses, ma tristesse, qui me donnerait envie de revivre avec joie ».

Comme nous l'avons appris dans la revue de littérature, la stigmatisation de la dépression a des répercussions sur la prise en charge des patients car beaucoup, par crainte d'être rejetés et jugés, prennent la décision de ne pas se soigner. Cela peut également impacter l'amélioration de l'état du patient. On peut mentionner les propos d'un patient : « Je veux surtout que cela ne soit pas stigmatiser ».

Un patient a souligné un point important au sujet de la sensibilisation de l'entourage à cette maladie afin d'apporter un soutien moral primordial pour le malade : « une combinaison d'un médicament chimique et une proposition d'un accompagnement par la parole et une thérapie avec des activités : art-thérapie par exemple pour une sensibilisation des proches, inviter le compagnon à venir à un entretien ».

C) Le regard de l'entourage

Après avoir interrogé les patients sur leurs habitudes de traitement, il m'a semblé pertinent de leur demander quelle attitude adoptent leurs proches vis-à-vis de cette prise d'antidépresseurs. Parmi les 50 personnes qui ont participé à cette enquête, 43 se sont exprimés sur le sujet. Les avis sont assez partagés. Certains dénoncent le tabou des maladies mentales, qui existe même au sein de leur entourage : « Les autres proches ne se prononcent pas (je pense que cela montre à quel point les maladies mentales et la prise de traitement sont encore des sujets tabous et trop méconnus du grand public ». On peut citer également le témoignage d'un autre patient qui affirme que ses proches évitent d'aborder le sujet : « ils préfèrent soit ne pas l'évoquer, ni évoquer la dépression ».

Environ 10 sur 43 sujets ont souligné l'indifférence de leurs proches, qui ne prennent pas de position et/ou ne semblent pas accorder de l'importance à l'état du patient : « Pas de suicide donc la famille est rassurée, pourtant ils me prouvent chaque jour qu'ils n'en n'ont rien à faire. », « pas assez de soutien des proches, désespoir même si amélioration ».

Parmi les patients qui ont répondu à la question, 16 ont affirmé qu'ils ressentent le soutien de leurs proches et qu'ils les encourageaient à suivre le traitement. Certains patients ont tout même notifié la perception négative qu'avaient leur proches face à cette prise de médicament même s'ils étaient pour la poursuite du traitement.

A l'opposé, on compte 9 patients dont les proches sont contre leur prise de médicaments, notamment car ils estiment qu'ils n'en ont pas besoin.

Enfin, on constate qu'un faible pourcentage (9%) n'ont pas informé leur entourage qu'ils suivaient un traitement pour soigner leur dépression. On peut supposer que c'est lié à la crainte d'être rejeté, incompris et donc stigmatisé.

II. L'efficacité des antidépresseurs

1) Les psychiatres

A) Une efficacité perçue comme étant relativement limitée

Selon le Dr Emmanuel, l'efficacité des antidépresseurs est relative à la personne dépressive affirmant qu'il est compliqué de comparer l'efficacité des antidépresseurs par rapport à la psychothérapie car ils n'ont pas les mêmes indications. En effet, il parle de médecine de précision où la prise en charge des patients devient de plus en plus personnalisée, prenant en compte les antécédents et les souhaits du patient ; « En prescrivant un antidépresseur, je ne choisis pas le même antidépresseur selon que la personne par exemple veut continuer la conduite ? Devoir prendre en considération aussi l'avis actuel de la personne ».

Pour un certain nombre de trouble, la psychothérapie n'est pas suffisante d'après les propos du Dr Emmanuel : « Certaines personnes ne sont pas disposées à suivre une psychothérapie, elles ne sont pas prêtes à s'investir et donc le traitement préconisé est l'antidépresseur. D'autres patients développent des formes de dépressions résistantes au traitement médicamenteux, dans ce cas-là on privilégie les approches alternatives, telles que la rTMS avec une possibilité de combiner avec la psychothérapie ou on va se tourner vers de nouvelles formes d'antidépresseurs ». Le Dr Marie-Claude nous informe également de l'importance de combiner parfois plusieurs traitements : « Je pense qu'on n'a pas du tout assez de recul. Le plus intéressant actuellement c'est la micronutrition, on arrive à des

résultats très intéressants car ça respecte plus le fonctionnement cellulaire. La méditation etc., c'est très bien mais ça n'est pas suffisant. Quand il y a un dysfonctionnement dans la biochimie du cerveau, il faut traiter avec ce qu'il y a maintenant donc les antidépresseurs, la micronutrition, et tout ce qu'il y a à côté, la sophrologie, le yoga etc., l'hypnose c'est un outil formidable pour les facteurs déclenchants brutaux, pas seulement le stress post-traumatique, mais même au niveau de la dépression, car si on connaît l'élément déclencheur, on peut diminuer l'impact. » Elle ajoute que : « La confiance en soi est un outil indispensable pour lutter contre la dépression. », faisant référence ainsi à l'importance de la psychothérapie qui permet aux patients « la connaissance d'eux-mêmes et l'acquisition de nouveaux outils d'analyse des choses ».

Pour le Dr Nicolas, le meilleur traitement possible est la combinaison d'un antidépresseur avec une psychothérapie dans la plupart des cas mis à part pour les formes légères à modérées, où la psychothérapie semble parfois suffisante. Le Dr Alice partage cet avis : « c'est vraiment la combinaison des deux, du soin psychothérapeutique et de l'antidépresseur qui vont permettre de débloquent quelqu'un. Globalement pour des épisodes dépressifs normaux c'est efficace. » Cependant, le Dr Nicolas souligne un point important : « la psychothérapie est très peu disponible en France ». Souvent, le coût du traitement, qui est non remboursable par les caisses de l'assurance maladie, ou la disponibilité des psychothérapeutes sont en cause.

Quant au Dr Guedalia, il se base sur les publications scientifiques, qui révèlent une corrélation entre l'efficacité des antidépresseurs et la situation dans laquelle se trouve le patient : « Ce que disent les études sur l'efficacité c'est que ça va dépendre dans quelle situation on est, l'évolution naturelle d'une dépression en dehors d'un trouble où d'une maladie spécifique c'est tout simplement la guérison en l'absence de traitement, donc on peut tous avoir une dépression dans notre vie mais l'évolution naturelle de cette dépression c'est de guérir. » Pour lui, plusieurs facteurs sont impliqués dans le processus de guérison. Ainsi, le traitement médicamenteux permet aux personnes dépressives de retrouver une certaine dynamique de vie mais ne va pas nécessairement conduire à une guérison totale.

En effet, le Dr Alexis nous apprend que « Seulement 40% des patients répondent aux antidépresseurs en 1^{ère} ligne », il ajoute que l'efficacité dépend du type de dépression : « pour les formes sévères, il a été prouvé que l'association de l'antidépresseur à la psychothérapie procuraient les meilleurs résultats en termes d'efficacité ».

Cette inefficacité peut être liée à un problème de dose ou d'effets secondaires, qui nécessite l'arrêt du traitement avant la période de temps impartie d'après les informations trouvées dans la revue de littérature. D'ailleurs, le Dr Éric met en évidence certaines caractéristiques des antidépresseurs qui peuvent s'avérer dangereuses : « Pour moi l'antidépresseur agit de manière indirecte sur la dépression, il agit directement sur l'anxiété de fond donc le patient se sent plus dynamique, moins anxieux mais il y'a un risque dans ce cas-là de passage à l'acte car les idées noires sont encore présentes ».

On constate donc que l'efficacité reste limitée du point de vue de la majorité des psychiatres avec lesquels je me suis entretenu.

B) Des différences de réponse aux antidépresseurs impactant la perception de leur efficacité

Le Dr Emmanuel confirme l'existence de variabilités de réponses aux antidépresseurs et insiste sur la dépendance du choix du traitement à plusieurs facteurs non prédictifs : « il y a une grande variabilité interindividuelle, il y a même probablement, effectivement au cours de la vie une variabilité intra individuelle, parce que les enjeux, les attentes ne sont pas forcément les mêmes chez quelqu'un qui ferait un nouvel épisode dépressif à 40 ans que ça l'était dans le premier épisode dépressif à 20 ans. Et donc peut être que le choix du traitement ne sera pas le même, même si on a tous parfois tendance à réessayer ce qui a marché une première fois, mais ça aussi c'est peut-être quelque chose qui va aussi devoir évoluer. » C'est également ce que pense le Dr Alexis, qui souligne que « c'est une variabilité génétique, biologique, on a tous des cerveaux différents, avec une sensibilité différente aux antidépresseurs qui ne peut pas être prédite ». L'incapacité de prédire l'efficacité d'un antidépresseur par rapport à un autre a également été abordé par le Dr Éric : « mais on ne prévoit pas l'efficacité d'un antidépresseur comme on la prévoit avec un antibiotique ». Il ajoute que les facteurs environnementaux sont déterminants pour l'amélioration ou non de l'état du patient : « C'est toujours difficile de remarquer qu'il y'a une nette amélioration due au médicament, alors ce qu'on fait c'est de voir comment le patient réagit à l'arrêt de l'antidépresseur. Lorsque l'on a une rechute, alors on pourrait penser que c'est l'antidépresseur qui permet cette amélioration de l'état du patient mais ce n'est pas vrai car lorsque l'on réintroduit le médicament, on a aucune garantie que le patient va aller mieux. Donc les facteurs environnementaux, relationnels ou les différents stress qu'on peut

encaisser sont fondamentaux et échappent complètement à la mesure de l'évaluation clinique ».

Cependant, la cause exacte de cette différence de réponses reste méconnue précise le Dr Alexis ; « on ne sait pas exactement pourquoi chez certains ça marche et chez d'autres non. Oui il y a des facteurs génétiques, des facteurs environnementaux, des facteurs biologiques actuels, il y a probablement des histoires de syndrome inflammatoire plus ou moins important ». Le Dr Guedalia lui aussi évoque la composante inflammatoire de la dépression qui est potentiellement impliquée dans le mécanisme de résistance aux traitements de la dépression. Par ailleurs, le Dr Alice pense que cette variabilité est plutôt liée à des facteurs individuels : « à savoir vouloir s'en sortir ou pas, il y a plus de résultats chez ceux qui ont la volonté ».

A l'opposé, le Dr Nicolas pense que cette différence de réponses est due « aux profils pharmacocinétiques et pharmacodynamiques de la molécule » et non aux caractéristiques du patient. Le Dr Éric rejoint le Dr Nicolas dans ses propos en expliquant que les différences de réponses sont liées aux propriétés des médicaments et à la biotransformation hépatique des médicaments : « s'il y'en a pas assez dans le sang, ça pourrait expliquer la résistance au traitement ».

Durant notre entretien, le Dr Marie-Claude a évoqué de nombreuses fois la micronutrition, une approche de la nutrition médicalisée adaptée à chacun, encore très peu connue. Celle-ci permet de subvenir aux besoins en micronutriments de chaque individu en optant pour une alimentation variée et personnalisée : « Je pense qu'on est tous différents et puis au niveau des analyses des cellules, on verrait les carences qu'il y a et les différentes déficiences. On ne fait pas d'analyses cellulaires pour prescrire des antidépresseurs, c'est pour tout le monde. Alors que si on fait des analyses assez poussées, les antidépresseurs seraient plus personnalisés et les prescriptions seraient différentes ».

C) La prescription des antidépresseurs

Le Dr Emmanuel affirme qu'il se repose sur les recommandations des sociétés savantes pour faire son choix lorsqu'il prescrit un médicament, tout en prenant en compte les requêtes

des patients ; « Le choix de l'antidépresseur repose au départ sur la tolérance, ensuite il y a des antidépresseurs qui font plus ou moins grossir et il y a des patients qui ne veulent pas grossir donc là aussi. On fait un choix sur l'antidépresseur à choisir même si d'un point de vue efficacité ces antidépresseurs auraient pu être plus efficace car si on le prescrit et que la personne voit un changement physique, soit elle va l'arrêter ou soit être déprimé pour autre chose, donc l'observance va être impactée ». Les propos tenus par le Dr Guedalia rejoignent ceux du Dr Emmanuel, « Ce n'est pas moi qui choisis, moi je présente au patient les possibilités et c'est à lui de choisir ». Il ajoute également que « les habitudes de pratiques entrent en jeu et sont associées à la variabilité inter prescripteur ».

Ainsi, le Dr Éric fait aussi son choix en fonction des effets secondaires et de l'état du patient : « Ce sont les effets secondaires mais aussi les effets latéraux, par exemple certains antidépresseurs ont une efficacité sur la neurogénèse qui est affectée lors d'une dépression ».

Pour le Dr Nicolas, ce sont surtout les retours d'expériences des patients qui vont influencer son choix lors de la prescription. Ainsi, la prise en compte de l'état du patient se révèle être un facteur important, comme nous l'indique le Dr Marie-Claude : « quand on reçoit un patient assez énervé, on ne va pas lui donner un antidépresseur stimulant mais plutôt un sédatif. » C'est également l'avis du Dr Nicolas qui nous indique que « le choix de l'antidépresseur n'est pas le même en fonction du patient ». Il faut savoir cibler ce qui est le plus adéquat et le moins handicapant pour le patient. En effet, il évoque la vigilance qu'il a par rapport aux effets secondaires car cela peut avoir un impact sur l'état du patient. C'est donc la plainte du patient qui va orienter le choix du médecin. Le Dr Alice suit le même raisonnement avec ses patients : « Je prends vraiment le temps d'évaluer le patient, de voir l'intensité de ses symptômes, sa famille, ses ressources (programmation de trois consultations). S'il y'a des grands troubles du sommeil, je vais d'abord les soigner mais si malgré ça il est toujours autant dépressif, je le mets sous antidépresseurs ».

Généralement, les psychiatres semblent prendre en compte trois facteurs lors de la prescription : la préférence du patient, la préférence du psychiatre et son expérience « si on a une bonne expérience avec tel médicament, on a tendance à plus le prescrire (...) Ce qui va guider le choix, ce sont les effets indésirables ». (Dr Alexis).

Concernant la question à propos d'un éventuel mésusage des antidépresseurs, le Dr Emmanuel a répondu : « Il y'a un certain nombre de médecins généralistes qui vont introduire un traitement antidépresseur sans avoir essayé autre chose dans un trouble dépressif qui pourrait peut-être se soigner sans antidépresseurs. Donc il y'a sûrement des gens avec une sur-prescription d'antidépresseurs, et paradoxalement dans le sens inverse, le traitement antidépresseur serait quelque chose de très bénéfique pour certaines personnes qui ne sont pas traitées par les antidépresseurs ».

Le Dr Guedalia pense également que les antidépresseurs sont « très mal prescrits » et que la spécificité de chaque antidépresseur n'est pas prise en compte lors de la prescription. C'est aussi ce que pense le Dr Nicolas « Ils sont trop prescrits par les médecins traitants, c'est un vrai problème ». Les psychiatres interviewés semblent tous partager cet avis, puisque le Dr Éric a également parlé de sur-prescription : « Je trouve qu'il y'a beaucoup de patients sous antidépresseurs pour des dépressions légères ou moyennes, qui peuvent être traitées sans médication, avec de la méditation, un travail sur eux par exemple ».

Quant au Dr Alexis, il a une opinion plus tranchée sur la question : « la dépression est mieux recherchée, mieux dépistée, donc les antidépresseurs sont plus prescrits, ça c'est un aspect positif. Mais il y'a des aspects négatifs aussi qui font que peut être on considère des choses comme de la dépression alors que ce n'est pas ça donc, il y'a une sur-prescription (...) en médecine générale, il y'a une inadéquation entre les personnes qui sont sous antidépresseurs et celles qui devraient l'être donc il y'a un surtraitement mais aussi un sous-traitement ». Il soulève aussi un point important à propos de la prescription des antidépresseurs par les médecins généralistes. D'après son expérience, beaucoup de patients se voient prescrire un antidépresseur par leur médecin généraliste sans résultats. Cela s'explique par un manque d'adaptabilité de la dose ou de changement de traitement. Le Dr Nicolas évoque ce sujet aussi et nous explique que c'est une perte de temps pour le patient, qui aurait pu obtenir des résultats positifs si les doses avaient été augmentées.

D) Une certaine réticence vis-à-vis de la prise de ces médicaments

Tout le long de sa pratique et notamment lorsqu'il prescrivait des antidépresseurs en première ligne, le Dr Emmanuel a de nombreuses fois été confronté à des personnes réticentes à la prise d'un traitement médicamenteux. Il explique cela par : « une certaine

appréhension et je pense que c'était malgré tout lié à plusieurs craintes qui se juxtaposent, premièrement malgré tout celle qui reste le fait de rentrer dans le groupe des personnes qui doivent prendre des traitements psychotropes en quelque sorte avec un regard péjoratif. Et puis il y a des craintes associées aux antidépresseurs en tant que tels, on le sait c'est décrit, les gens ont moins peur de prendre un anxiolytique qu'un antidépresseur, alors que les antidépresseurs ont moins d'effets indésirables et sont généralement plus tolérés. Les craintes sont celles des effets indésirables, ce qui ressortait des patients c'est « je n'ai pas envie d'être un zombie », « je ne veux pas être dépendant », « je ne veux pas être un drogué » ».

Le Dr Marie-Claude partage cet avis et explique que les patients ont une réelle crainte vis-à-vis des antidépresseurs car : « ceux qui ont lu sur internet les effets secondaires dramatisent. Personne ne témoigne quand tout se passe bien avec un traitement antidépresseur. Il faudrait qu'un médecin analyse les critiques pour faire part de ce qui est de l'ordre de la réalité. Il y en a qui n'utilise pas bien le traitement (continue de consommer de l'alcool, etc.) et il y en a qui n'ont juste pas le bon traitement, qu'il faut simplement changer ». Cette crainte nourrit à travers des lectures d'articles sur internet a été abordée également par le Dr Alice : « Les gens ont peur. Il faut creuser dans l'histoire familiale et il y a aussi ce que les gens lisent (Doctissimo) ».

Il existe une réticence globalement vis-à-vis de tous les traitements antipsychotiques, en effet, certains patients pensent que c'est une faiblesse d'esprit de prendre des médicaments, c'est ce que nous apprend le Dr Alexis. D'autres sont réticents à l'idée d'intégrer une substance exogène dans le leur organisme et préfèrent se tourner vers des méthodes plus naturelles. C'est ce que nous apprend le Dr Éric : « Ça s'explique par le fait qu'on est dans une société qui prône le naturel, le végan, et qui est contre tout ce qui a l'allure chimique ».

Cet avis est partagé par l'ensemble des psychiatres, qui affirment qu'ils ont affaire à des personnes réticentes à la prise d'antidépresseurs pour les mêmes raisons ; une peur de développer une dépendance et une crainte vis-à-vis des effets secondaires.

Selon le Dr Nicolas, il devrait y avoir une concertation systématique entre le médecin traitant et le psychiatre afin d'améliorer la prise en charge des patients. Le Dr Éric a tenu les mêmes propos. En effet, il pense qu'il faut optimiser les relations entre médecins généralistes et psychiatres : « si on pouvait faire une intervention auprès des généralistes ; des formations,

des informations, faire de réseaux entre médecins généralistes et psychiatres rapides et fonctionnels. »

2) Les patients

A) L'implication dans le choix du traitement

Seulement 30% des patients ayant participé à cette enquête ont révélé avoir été consulté dans le choix de leur traitement. (Figure 4)

Avez-vous été consulté dans le choix du traitement ?
50 réponses

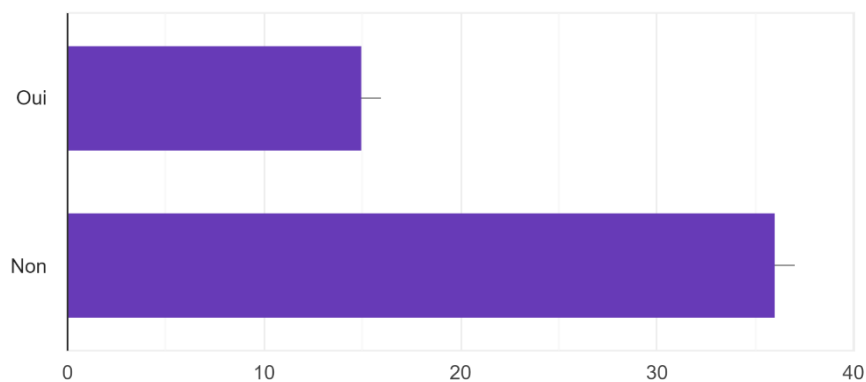


Figure 4: L'implication des patients dans le choix du traitement

De ce fait, on constate que peu de médecins sollicitent l'avis du patient et prennent en considération ses besoins et attentes. Néanmoins, on peut citer quelques cas de patients qui ont été écoutés et qui ont pu s'exprimer sur leurs préférences : « On a demandé mon avis. J'ai surtout insisté sur les antécédents TSA, que je voulais qu'on reste vigilant à ne pas abusé du dosage, que je n'avais jamais eu ce genre de médication auparavant. », « Traitement ajusté avec mon médecin selon mon rythme de vie mais impérativement ma fibromyalgie. Maman célibataire, je ne peux pas prendre un traitement qui m'assomme toute la journée. »

Certains patients signalent à leurs médecins leurs préoccupations vis-à-vis des effets secondaires des traitements : « Au début un qui n'influencerait pas mon diabète. Aucune

consultation pour le changement », « Les conseils et explications de mon psychiatre, recherches sur internet des effets secondaires des différents médicaments (prise de poids par ex), efficacité prouvée au sein d'études scientifiques et dans quel type de bipolarité. »

D'autres se focalisent plutôt sur l'évaluation de l'efficacité du médicament : « On me l'a prescrit, après plusieurs essais d'antidépresseurs pour avoir celui qui m'était le mieux adapté. », « Pour mon deuxième traitement, celui que je suis actuellement, j'ai participé au choix en évaluant avec la psychiatre l'efficacité du traitement précédent »

La réponse d'un patient à la question « Qu'est ce qui a influencé votre choix de traitement ? » a été : « Sa soi-disant efficacité et basé sur la confiance du professionnel de la santé ». Il soulève ainsi un point important que nous avons également vu dans la revue de littérature ; la remise en cause de l'efficacité des antidépresseurs.

Aussi, l'instauration d'une relation de confiance avec le professionnel de santé semble être un point primordial pour les patients, notamment lors d'une psychothérapie : « Efficace si on trouve le bon psychologue », « C'est parfois compliqué de se livrer et de faire confiance à un psychologue. J'ai eu une mauvaise expérience avec une psychologue (Conseils inadaptés). »

Beaucoup de patient pensent que l'efficacité de cette méthode dépend de la relation établie entre le médecin et son patient : « C'est efficace quand il y a une confiance mutuelle entre le patient et le thérapeute », « Excellente quand on trouve son interlocuteur avec qui ça " match". », « Tout dépend du thérapeute, de son ressenti vis à vis du relationnel envers la souffrance psychique du patient », « il faut trouver la bonne personne, celle avec qui on est à l'aise ».

B) Un avis partagé à propos de l'efficacité des traitements

On compte 82%, soit 41 sur les 50 personnes ayant répondu au questionnaire sous traitement antidépresseur au moment où ils ont participé à l'enquête. (figure 5)

Etes-vous sous traitement antidépresseur ?

50 réponses

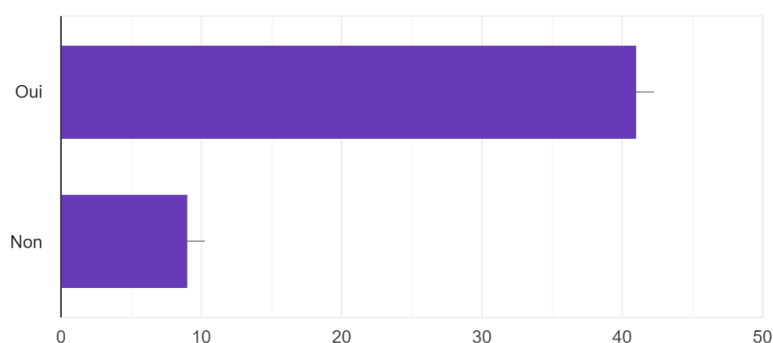


Figure 5: Patients sous traitement antidépresseur

Parmi ces personnes, 26 suivent un traitement antidépresseur depuis plus de 6 mois et la plupart consomment des antidépresseurs depuis des années. En effet, 72% des patients inclus dans cette étude ont déjà suivi un ou plusieurs traitements antidépresseurs auparavant.

Avez-vous déjà suivi un autre traitement antidépresseur auparavant ?

50 réponses

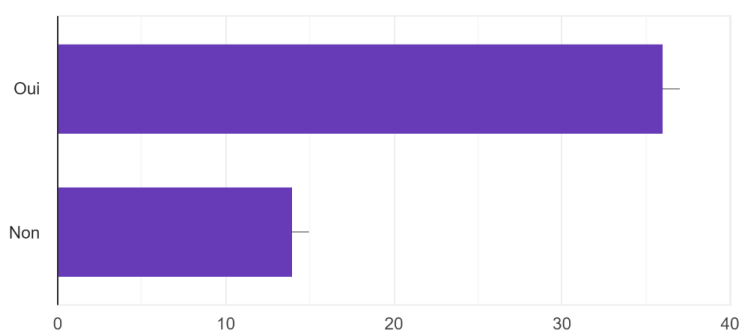


Figure 6: Patients ayant déjà suivi un traitement antidépresseur

Environ 30% des participants de l'enquête ayant déclaré être sous traitement antidépresseur, n'ont pas ou très peu remarqué d'amélioration de leur état général depuis la consommation du médicament prescrit. Cependant, la majorité relève une certaine amélioration quant aux pensées négatives et intrusives : « Cela a plus apaisé les sentiments négatifs parasites, j'avais plus d'énergie, plus d'appétit. Je ne suivais plus bêtement un

rythme pour survivre mais je me laissais revivre petit à petit. », « Oui mais pas extraordinaire, cependant m'évite d'avoir des pensées suicidaires ».

D'autres, évoquent une amélioration significative de leurs conditions de vie à partir d'une dose spécifique : « Oui, mais que lorsqu'il a été mis à forte dose », « Très bonne une fois le dosage trouvé ». Un patient a même précisé que le dosage doit souvent être réajusté avec le praticien afin de permettre une efficacité optimale : « Il faut réajuster les doses ou changer de molécules car le cerveau enregistre l'empreinte de celle-ci et réajuste l'efficacité du traitement afin de le rendre inefficace ».

Aussi, certains patients expriment leur regain d'énergie, de plaisir et témoignent avoir repris goût à la vie : « je suis moins casanière, je ressens plus l'envie de sortir etc. », « Pour le moment, je pense que j'ai pu reprendre peu à peu ma vie grâce à cela et aussi beaucoup d'énergie. »

Par ailleurs, parmi les 36 personnes ayant déjà essayé d'autres traitements antidépresseurs, environ 66% témoignent ne pas avoir constaté d'amélioration de leur état, et certains parlent même de dégradation de leurs symptômes : « Dégradation, perte de mémoire jusqu'à oubli total de son lieu d'habitation », « Très mauvais résultats sur moi. Il a multiplié mes crises d'angoisse et m'a envoyé en hôpital psychiatrique ».

Pour finir, 44% des personnes participants à l'enquête pensent que les antidépresseurs les ont aidés à améliorer leur qualité de vie.

C) Des médicaments à haut risque d'effets secondaires

Bien qu'ils semblent améliorer la qualité de vie d'un certain nombre de patients dépressifs, les antidépresseurs provoquent des effets secondaires non négligeables sur l'organisme : « effet sédatif très désagréable au début de la prise mais qui s'atténue considérablement au bout de plusieurs semaines, insomnie en cas d'oubli, impact possible sur la glycémie et sur la tension (hypotension) ». Ainsi, on constate que parmi les 40 personnes ayant répondu à la question au sujet des avantages et inconvénients du traitement qu'ils suivaient, 10 personnes ont évoqué la prise de poids comme conséquence du traitement médicamenteux : « ça a un impact sur l'appétit, j'ai pris 2kg en 1 mois ». Un autre effet indésirable impactant la qualité de vie a été cité par plusieurs patients également ; un état de grande fatigue :

« très fatiguée, me sent molle », « je me sens anesthésié », « une somnolence parfois allant jusqu'à endormir », « fatigue, vertige, trouble de la vue ».

Ces effets indésirables impactent sans doute l'observance du traitement, en effet, on note que 64% des patients ont avoué avoir déjà oublié de prendre leur traitement (figure 7) et 34% ont arrêté de prendre le traitement avant la fin de la durée prescrite (figure 8). En interrogeant les patients sur la raison de cet arrêt de traitement, quasiment tous ont mentionnés la survenue d'effets secondaires, impactant leur qualité de vie : « Trop d'effets indésirables un vrai zombie », « Prolactine : problèmes de cœur », « J'avais l'impression de ne plus être moi, et d'être ralenti », « Perte de mémoire, troubles de la concentration ».

Vous est-il déjà arrivé d'oublier de prendre votre traitement ?

50 réponses

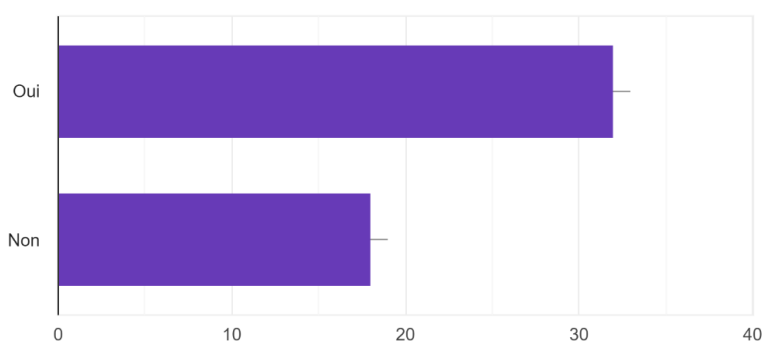


Figure 7: L'impact des effets secondaires sur l'observance du traitement

Avez-vous arrêté de prendre votre traitement avant la fin de la durée de prescription ?

50 réponses

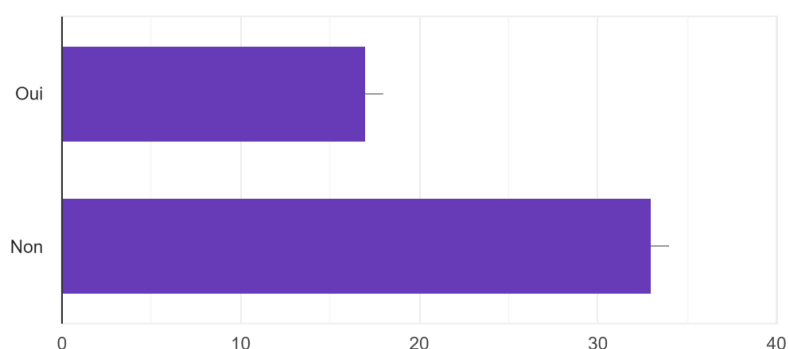


Figure 8: Arrêt prématuré du traitement

Nous constatons donc une crainte vis-à-vis de ces effets secondaires, qui prennent dans certains cas le dessus sur les effets positifs du traitement : « Certains oui (m'ont aidé à me stabiliser un peu) et d'autres non (trop d'effets secondaires et pas assez d'efficacité) ». De plus, nous remarquons une certaine lassitude chez certains patients quant à la prise de médicaments : « Je ne supportais plus de devoir les prendre tous les soirs, et j'ai lu la notice avec tous les effets secondaires, ça m'a fait peur ».

Enfin, on peut observer une volonté de s'en sortir sans prise de médicaments : « Volonté de faire des progrès sans médicaments », « Je pensais aller mieux ».

III. Enjeux des industries pharmaceutiques et recommandations

1) Améliorer la perception de l'efficacité des antidépresseurs

Après avoir récolté des témoignages de la part des psychiatres mais aussi des patients, sur la perception de la dépression et des antidépresseurs, il est maintenant important de voir quels sont les impacts de cette perception sur les industries pharmaceutiques. Nous avons vu que la dépression est une maladie encore mal perçue et stigmatisée par la société, et par conséquent les antidépresseurs le sont aussi. De ce fait, l'un des principaux enjeux des industries pharmaceutiques est de lutter contre cette perception.

Pour le Dr Emmanuel, c'est compliqué pour l'industrie pharmaceutique de se positionner comme un acteur de la lutte contre la perception péjorative de la dépression, étant donné qu'on se pose rapidement la question des conflits d'intérêts, de la véracité des informations véhiculées. Il recommande ainsi ; « il faudrait vraiment que les industries pharmaceutiques veuillent se positionner sur une dynamique de communication, d'information, de lutte contre la stigmatisation, de vulgarisation de l'approche psychiatrique. Il faudrait vraiment que ce soit sous couvert d'un comité, d'un conseil externe qui soit gage d'objectivité et qui confirme que les choses se font sans conflits d'intérêts, sinon la population générale sera forcément insensible. »

Concernant le Dr Guedalia, il affirme que « D'abord ce sont des sociétés, ils bossent sur leurs bénéfices » et il ajoute que les industries pharmaceutiques devraient mettre en œuvre

plus de moyens pour améliorer cette perception car pour le moment, les actions menées ne sont pas suffisantes.

Tous les psychiatres sont unanimes pour dire que les industries pharmaceutiques se soucient plus de leurs bénéfices que des patients et qu'il est difficile de croire qu'elles œuvrent pour améliorer la perception de la dépression.

Certains psychiatres ont tout de même cité des exemples d'actions qui se sont avérées efficaces : « Les labos ne font pas tellement de pubs, mais quand le Prozac est sorti, partout il y avait des affiches de la pilule du bonheur, donc là ça a parlé aux gens, je pense qu'il y a beaucoup de gens qui sont allés voir les médecins pour avoir la pilule du bonheur. Tout de même, cela reste assez délicat pour les industries pharmaceutiques de mener des actions de la sorte car elles sont souvent perçues comme de la manipulation » (Dr Marie-Claude).

Quant au Dr Nicolas, il affirme que les industries pharmaceutiques investissent de moins en moins sur des travaux de recherche autour de la dépression et préfèrent se focaliser sur d'autres aires thérapeutiques : « Sanofi malheureusement a arrêté tous ses projets, programmes autour de la dépression parce qu'il n'y'a plus de psychopharmacologie, ce qui est un petit peu décevant pour nous au niveau clinique de ne pas avoir quelque chose de nouveau. » Selon lui, les traitements existants sont peu innovants et limitent donc la prise en charge des patients dépressifs. Cependant, il rejoint le discours des autres psychiatres interrogés en soulignant la difficulté pour les laboratoires de proposer de nouvelles alternatives en raison de la stigmatisation par la société.

2) Promouvoir la décision médicale partagée

Dans la prise en charge médicamenteuse du patient, la question de l'impliquer ou non dans le choix du traitement se pose de plus en plus. L'avis des professionnels de santé semble partagé, néanmoins de nombreuses entreprises pharmaceutiques investissent dans la promotion de la décision médicale partagée. Ainsi, il est intéressant de voir si cette stratégie est efficace auprès des cibles souhaitées, à savoir les psychiatres et les autres prescripteurs d'antidépresseurs.

Le Dr Emmanuel pense que la décision médicale partagée est essentielle afin de favoriser l'observance du traitement et limiter les effets nocebo liés à la prise de médicaments. C'est

aussi ce que le Dr Éric m'a confié : « Si on veut avoir une efficacité du traitement, il faut que l'adhésion du patient soit là donc si on ne travaille pas avec le patient, on a très peu de chances d'améliorer son état psychique. Si on ne se sent pas en confiance avec son psychiatre, je pense que ce sont des freins à la guérison. » Il nous explique donc que l'implication du patient dans le choix du traitement a un réel impact sur l'observance thérapeutique.

Certains psychiatres ne partagent pas cet avis et pensent qu'il est inconcevable de laisser le choix au patient : « Ce que je trouve tragique, ce sont des patients cancéreux à qui on donne le choix entre deux traitements possibles, et c'est terrible car d'abord le patient ne sait pas quoi dire car n'a pas les connaissances. Ça peut être une façon de ne pas prendre ses responsabilités au niveau thérapeutique, ça veut dire que le médecin ne sait pas quel est le meilleur traitement. S'il n'y a pas de meilleur traitement, dans ce cas-là pourquoi pas. Si un patient choisi un traitement et qu'il ne fonctionne pas, il va culpabiliser de ne pas avoir choisi l'autre traitement et c'est terrible car ils sont déjà fragiles. Demander à un patient de faire une décision qui peut être vitale alors que le médecin sait qu'il y a un meilleur traitement, au niveau de l'impact psychologique ça peut être très douloureux » (Dr Marie-Claude).

D'autres ont des avis assez mitigés : « Sur le fond, je trouve ça très intéressant mais il faut faire très attention aux conflits d'intérêts » (Dr Alexis). Le Dr Éric pense que c'est peu efficace : « Je pense que ça ne marchera pas parce que le patient quand il est déprimé il est fatigué et ne comprend pas vite, il veut surtout qu'on le prenne en charge et ne pas faire d'efforts et ne voudrait pas coopérer. »

Finalement, promouvoir la décision médicale partagée représente un enjeu majeur pour les entreprises pharmaceutiques, qui orientent de plus en plus leurs stratégies autour du patient.

3) Recommandations

De manière générale, les psychiatres avec lesquels je me suis entretenue ont suggéré des pistes d'améliorations concernant la prise en charge de la dépression et les actions à préconiser pour déstigmatiser cette maladie.

Le Dr Nicolas, qui a déjà participé à des campagnes de sensibilisation sur la dépression nous explique que c'est à travers l'information que la perception de la dépression peut être améliorée : « Il y'a eu quelques campagnes ministérielles sur la dépression mais je pense que ce n'est pas suffisant, il faut vraiment faire des campagnes d'informations un peu plus importantes pour vraiment expliquer ce type de maladie et à quoi c'est dû, surtout ce qu'il ne faut pas faire ». Il préconise d'informer, notamment l'entourage des patients dépressifs sur les actions à ne pas faire : « ne pas forcer les gens à faire des choses car ça renforce juste leur culpabilité qu'ils ne sont pas capables de les faire, mauvaise estime d'eux et confiance en eux, c'est souvent contreproductif. »

Pour le Dr Marie-Claude, c'est également en passant par l'information qu'il est possible de sensibiliser la société : « je trouve que c'est l'information. Je suis régulièrement interviewée par des journaux et des magazines et moi j'informe, et je crois que ça ne peut passer que par là. Il n'y a pas vraiment de film qui montre quelqu'un qui suit une thérapie et qui va bien après ». Elle déconseille d'utiliser la publicité comme moyen de communication : « Il ne faut pas de pubs sur les médicaments car selon les personnes, les effets sont différents, mais il faut expliquer ce qu'est la dépression, que c'est une maladie physique à facteurs déclencheurs psychologiques ». Par ailleurs, elle préconise d'avoir recours à la micronutrition et donc d'étudier le microbiote intestinal, qui constitue l'une des pistes de recherche des causes de survenue de la dépression : « Si on fait attention à son microbiote intestinal, il y aura moins de dépression ».

Concernant le Dr Mullin, il rejoint l'idée de sensibiliser la population par le biais de campagnes d'informations : « Il y a le travail autour de tout ce qui va être information grand public de la santé mentale, qui est très bien fait par l'association fondamentale en France. Puis par d'autres associations également qui ont pour objectif d'essayer de vulgariser un petit peu les données scientifiques de manière que plusieurs personnes puissent y accéder sur internet. Cela peut se traduire par des pages d'informations accessibles au grand public et qui permettent de se renseigner, d'avoir une information plus claire qui va également leur permettre de comprendre, et quand les gens connaissent mieux les choses, ils ont moins peur, ont moins d'idées fausses. » Ensuite, il évoque les actions menées sur les réseaux sociaux, qui facilitent la compréhension des personnes et atteignent une grande partie de la population : « Il y a tout un travail sur les réseaux sociaux qui a été fait avec pas mal de communications, de nombreuses personnes ont fait des descriptions, ont expliquées le mode d'action des antidépresseurs vulgarisé. Enfin, il propose de sensibiliser dès le jeune

âge : « on parle presque d'une approche comme c'est fait dans l'handicap avec la sensibilisation des plus jeunes notamment sur le plan scolaire, on pourrait donc également l'envisager pour les pathologies psychiatriques ».

Quant au Dr Éric, il préconise le domaine artistique comme évoqué précédemment. Selon lui, l'information et la communication ne sont pas suffisantes pour influencer le grand public. En communiquant à travers des personnalités publiques appréciées, les personnes auront tendance à s'identifier à elles et donc c'est ce qui contribuerait à réduire la stigmatisation de la dépression. Par ailleurs, les médecins généralistes étant à l'origine de 38% des prescriptions d'antidépresseurs d'après le sondage réalisé auprès des patients (figure), il propose de construire des réseaux entre médecins généralistes et psychiatres afin d'optimiser la prise en charge des patients : « Après il y a aussi un travail à faire pour convaincre les médecins généralistes car ils ont une position quasi systématique sur les psychiatres et ils sont très mal armés pour reconnaître des dépressions, faire la différence entre dépression et anxiété ».

Enfin, le Dr Guedalia préconise la création d'associations pour lutter contre cette stigmatisation. En effet, lors de notre entrevue, il m'a parlé de son projet : « créer des lieux festifs de rencontre entre personnes en bonne santé avec d'autres déprimées pour briser les barrières entre santé mentale, psychiatrie et société ».

Ces médicaments vous-ont-ils été prescrits par:
50 réponses

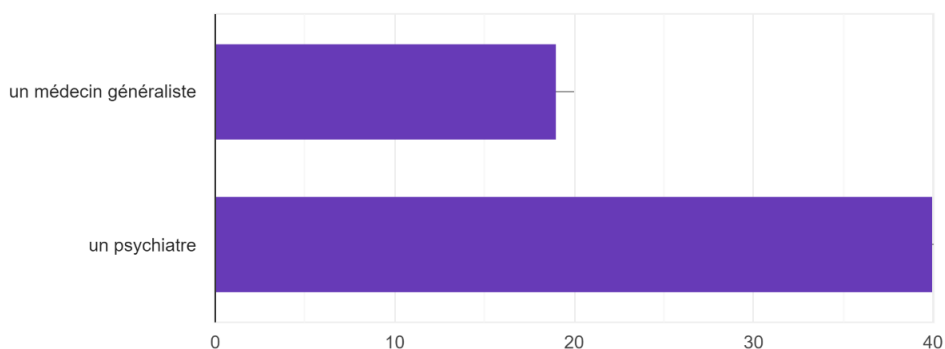


Figure 9: La prescription des antidépresseurs

IV. Discussion

Réalisée auprès de sept psychiatres hospitaliers, deux libéraux, et auprès des patients souffrant de dépression ou ayant des antécédents, cette étude de terrain a permis de mettre en exergue plusieurs points.

Tout d'abord, de manière générale, les psychiatres reconnaissent que malgré une évolution de la perception de la dépression, celle-ci reste tout de même assez péjorative et stigmatisée par la société. Cela semble être lié à une méconnaissance de la maladie, une certaine confusion avec d'autres maladies psychiatriques, ainsi qu'une variabilité d'expression des symptômes. Concernant les patients, certains ont alarmé sur le manque d'explications qu'ils avaient sur leurs diagnostics. On constate donc que c'est ce qui pourrait expliquer le sentiment de culpabilité et d'auto-stigmatisation qui règne chez les patients. Par ailleurs, le regard de l'entourage semble impacter l'état d'esprit du patient. En effet, le soutien des proches est primordial dans le processus de guérison, cependant on remarque qu'un certain nombre de patients n'en bénéficient pas et soulignent même l'indifférence de leur entourage. Nous remarquons également que par peur de rejet, certains patients ne révèlent pas à leurs familles et proches qu'ils souffrent de dépression. Ainsi, cela impacte fortement la prise en charge des patients dépressifs et peut la retarder.

D'autre part, il est évident que par conséquent la perception de l'efficacité des antidépresseurs est affectée négativement également. Nous avons vu précédemment que les réponses aux antidépresseurs étaient très variables et dépendaient des caractéristiques de la molécule, mais aussi des facteurs environnementaux et du patient. En comparant les propos des psychiatres avec ceux des patients au sujet de l'efficacité des antidépresseurs, il semblerait qu'ils soient alignés. En raison de cette grande variabilité de réponses au traitement médicamenteux et des nombreux effets secondaires soulignés par les deux parties prenantes de cette enquête, l'efficacité des antidépresseurs est considérée comme étant faible. Le fait que seulement 40% des patients répondent aux antidépresseurs en première ligne vient renforcer cette perception de faible efficacité. De plus, les craintes des patients vis-à-vis des effets secondaires les poussent parfois à arrêter le traitement avant la fin de la durée de prescription, empêchant ainsi peut-être une efficacité optimale. Par ailleurs, nous avons remarqué à travers notre enquête que l'implication du patient dans le choix du traitement joue un rôle important dans l'observance du traitement, toutefois tous les psychiatres ne partagent pas cette opinion et certains pensent que c'est risqué et même

irresponsable. Nous pouvons supposer que le point de vue du psychiatre dépend de son nombre d'années d'expériences. En effet, les psychiatres ayant plus de 20 ans d'expériences ont tendance à considérer la décision médicale partagée comme une mesure inadaptée et pensent que c'est au médecin de prendre la décision. A l'opposé, les psychiatres ayant moins d'année d'expériences estiment que c'est une évidence de demander l'opinion du patient afin d'optimiser sa guérison.

Enfin, les enjeux des industries pharmaceutiques face à cette perception péjorative des antidépresseurs sont nombreux. Les stratégies mises en place pour améliorer cette perception sont insuffisantes selon les psychiatres, qui suggèrent des pistes d'amélioration.

Partie 4 : Recommandations

Les hypothèses émises à l'issue de la revue de littérature ont été validées par notre étude terrain. Les entretiens menés auprès des psychiatres dans le cadre de ce travail de mémoire ainsi que le questionnaire mis à disposition des patients, nous ont permis de définir diverses recommandations afin de répondre au mieux à notre problématique initiale :

Comment est perçue l'efficacité des antidépresseurs par les psychiatres et les patients et quelles sont les stratégies mises en œuvre par les entreprises pharmaceutiques pour améliorer cette perception ?

Dans cette dernière partie, nous allons donner du sens aux réponses récoltées, en suggérant des recommandations destinées aux entreprises pharmaceutiques dans un premier temps, puis s'adressant aux professionnels de santé. L'objectif est d'élaborer un plan d'action aux multiples niveaux afin d'améliorer les connaissances des patients ainsi que de l'opinion publique, favorisant l'amélioration de la perception de la dépression et de ses traitements.

I. A destination des entreprises pharmaceutiques

1) Continuer d'informer sur l'importance de la décision médicale partagée

Dans un premier temps, il est primordial pour les industries pharmaceutiques de continuer à informer et à sensibiliser les professionnels de santé, notamment les psychiatres, sur l'importance d'écouter le patient. Ainsi, cela peut se traduire par des campagnes promotionnelles centrées sur le patient mais aussi en organisant des conférences afin de sensibiliser les médecins à bien écouter le patient tout en optimisant leurs temps.

L'objectif est de les inciter à être vigilants face à des signes alarmants spécifiques à certaines pathologies et de l'aider à bien cibler certains points clés à la prise en charge des patients.

Ensuite, il est également important d'élaborer des outils d'aide à la décision médicale, favorisant la participation du patient dans le choix du traitement. Ces outils peuvent être génériques et donc applicables systématiquement, destinés aux médecins et/ou aux patients. L'idée est de permettre aux patients d'exprimer leurs besoins, leurs valeurs prioritaires et d'indiquer leurs connaissances, tandis que le professionnel de santé préciserait les avantages et inconvénients de chaque option. Il peut également s'agir d'outils spécifiques à une situation clinique donnée. Encore peu disponibles en français, le développement de ces outils représente un enjeu pour les entreprises pharmaceutiques basées en France.

La sensibilisation des médecins à l'importance de prendre en compte l'avis du patient peut également passer par le biais de webinars, qui permettent un contact direct avec les médecins. C'est dans cette perspective que la société Servier, a lancé en 2018 son programme de sensibilisation des médecins à la décision médicale partagée, nommé SAPHIR. Il inclut la participation de plusieurs médecins experts de différents pays qui partagent leurs expériences personnelles à propos de leur manière de discuter du traitement avec le patient pour une meilleure observance et continuité du traitement. Ainsi, SAPHIR représente une stratégie consistant à promouvoir l'utilisation du médicament à travers des conférences menées par des experts, ayant un certain poids dans le milieu médical, tout en

mettant l'accent sur le patient en lui permettant de témoigner et ainsi contribuer à la déstigmatisation de la dépression.

2) Renforcer l'engagement des patients

Comme nous l'avons évoqué plus tôt, la population générale est plus sensible aux témoignages de patients, ainsi lorsque les patients sont bien informés sur leurs conditions médicales, ils peuvent constituer eux-mêmes un canal de communication.

Nous pouvons donc préconiser d'optimiser les collaborations avec les associations de patients dépressifs telle que GAMIAN et de travailler conjointement avec les institutions de santé publique pour améliorer l'accessibilité de l'information.

Pour ce faire, développer des outils efficaces centrés sur « l'empowerment » (ou l'accroissement des capacités d'agir des individus), qui permettent d'aider les patients à prendre conscience de leurs propres besoins pour se prendre en charge eux-mêmes, facilitant ainsi le passage à l'action, par exemple aller consulter.

3) Optimiser les stratégies marketing

Avec l'essor technologique, l'entreprise pharmaceutique ne devrait plus se contenter de fabriquer et vendre des traitements médicamenteux. Disposant de plusieurs outils digitaux, elle peut désormais mettre en œuvre des stratégies de contenu afin de créer une meilleure relation fabriquant-consommateur. L'enjeu est de maintenir le contact humain, indispensable dans l'industrie pharmaceutique, tout en connectant le monde réel à celui du virtuel de la meilleure façon possible afin de répondre aux besoins des patients. C'est dans cette optique que la société Ethypharm a développé Deprexis, une thérapie numérique personnalisée grâce à l'intelligence artificielle bientôt disponible en France. Basée sur les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), Deprexis propose une série d'exercices personnalisés informant le patient sur sa situation clinique et des techniques pour surveiller et améliorer l'humeur. (33)

Comme nous l'avons vu tout le long de ce travail de recherche, les traitements actuellement disponibles, y compris les antidépresseurs et la psychothérapie, présentent une efficacité relativement limitée. Le recours à des thérapies numériques pourraient aider les

professionnels de la santé à enrichir la prise en charge de la dépression et à améliorer l'efficacité des traitements.

Renforcer la présence sur les réseaux sociaux est un élément clé de toute stratégie digitale pour le secteur pharmaceutique. En effet, c'est un moyen de créer un lien émotionnel et une relation de confiance entre le consommateur et le vendeur, tout en ayant une meilleure compréhension des besoins et craintes des patients.

II. A destination des professionnels de santé et des institutions de santé publique

1) Mettre en place une collaboration entre psychiatres et journalistes

Définir une collaboration spécifique entre journalistes et psychiatres permettrait une meilleure connaissance et une diffusion plus représentative des enjeux de santé mentale dans les médias. En sélectionnant des médias de masse, les professionnels de santé peuvent communiquer à grande échelle tout en veillant à utiliser des termes compréhensibles par tous afin de toucher l'ensemble de la population.

Par ailleurs, sensibiliser le grand public à travers des témoignages d'artistes et de personnalités connues semble avoir de l'impact. Ainsi, ces initiatives permettraient de lever le tabou persistant autour de la dépression et des maladies psychiatriques en donnant plus la parole à des personnalités publiques influentes.

Ainsi, on pourrait envisager de créer des collaborations entre personnalités et associations de patients dépressifs et de lutte contre la stigmatisation de la dépression. Les personnalités deviendraient l'image des associations et parleraient de la dépression contribuant ainsi à une meilleure acceptation de la maladie par la société.

2) Améliorer la coopération entre psychiatres et médecins généralistes

La collaboration entre médecins généralistes et psychiatres reste très limitée, particulièrement en France. Cette situation a de nombreuses répercussions négatives sur la qualité de la prise en charge du patient. En effet, la qualité des courriers échangés reflète

la qualité de la collaboration entre professionnels de santé, l'objectif est donc d'améliorer la qualité des courriels échangés entre les 2 catégories de professionnels de santé.

Face à ce manque de cohésion, on s'aperçoit qu'il est nécessaire de créer des réseaux entre psychiatres et médecins généralistes. Très vite la question de la définition des rôles du médecin et du psychiatre dans l'organisation du suivi du patient se pose. On pourrait envisager de dispenser des formations au médecin généraliste pour assurer le suivi de patients présentant un trouble psychique et un adressage optimal au spécialiste.

Afin de mettre en œuvre ces initiatives, il faudrait fixer les situations devant donner lieu à un adressage au psychiatre. Ainsi, le courrier d'adressage du médecin généraliste devra remplir les critères d'adressage fixés préalablement par recommandation. À titre d'exemple, on peut citer les préconisations proposées notamment par l'Anaes (France) ou NICE (Angleterre) visant à fixer les conditions d'adressage du médecin généraliste au psychiatre.

3) Permettre aux patients de devenir des acteurs de la promotion de santé

Tout d'abord, il est essentiel d'optimiser la prise en charge du patient en prenant le temps de poser des questions et d'analyser les antécédents familiaux afin d'identifier les causes exactes à l'origine de sa condition.

Jusqu'à présent, la prévention faisait appel à des messages utilisant la peur, l'annonce de risques d'effets secondaires plus ou moins graves. Cependant, on s'est aperçu que les jeunes étaient insensibles face à ces discours et qu'ils ne se sentaient pas concernés.

Pour améliorer la santé des personnes malades, il est indispensable de les réconcilier avec un concept positif de la santé, associé au plaisir de vivre et au sentiment d'appartenance à une même société. C'est dans ce schéma que des actions de santé publique sont initiées, permettant aux patients de participer à la promotion de la santé en tant qu'acteurs.

Le Ministère des Solidarités et de la Santé en collaboration avec le Dr Pauline Martinot et Dr Aude Nyadanu, ont lancé un projet « Mission santé jeune », ayant pour but d'inciter à une véritable co-construction avec la population. (34)

Conclusion

La dépression représente un problème de santé publique majeur au sein de notre société. Malgré une évolution dans la perception de la dépression au fil des années et une certaine prise de conscience, la prise en charge des patients souffrant de cette condition reste impactée par la stigmatisation et le tabou, qui subsistent autour des pathologies psychiatriques. La communauté médicale reconnaît que ce processus peut être confronté à des défis qui affectent profondément le résultat du traitement pour les personnes atteintes de dépression. En effet, ils doivent d'abord reconnaître qu'il y a un problème, puis décider de consulter un professionnel de la santé, qui va émettre un diagnostic, proposer un traitement ou un plan de gestion. L'individu doit alors décider s'il doit commencer le traitement et, par la suite, s'il doit le poursuivre.

Le traitement recommandé est une psychothérapie associée à la prise de médicaments antidépresseurs, cependant un tiers des patients ne répondent pas à un premier traitement antidépresseur au terme de la durée de prescription. Par conséquent, la perception de l'efficacité des antidépresseurs est elle aussi affectée. De plus, les nombreux effets secondaires de ces médicaments nourrissent une crainte et une réticence chez les patients.

De ce fait, les entreprises pharmaceutiques ont pour principal enjeu d'améliorer cette perception de l'efficacité médiocre des antidépresseurs et lutter contre la stigmatisation de la maladie afin de favoriser l'accès aux soins. Bien que des actions sont mises en place par les laboratoires pharmaceutiques, les conclusions tirées de l'enquête terrain encouragent à améliorer les stratégies marketing et être plus à l'écoute des patients.

Les médecins généralistes, les psychiatres, les sociétés savantes ainsi que les instances doivent s'unir afin d'optimiser la prise en charge des patients et favoriser une meilleure compréhension de la dépression par la société.

Références

1. Organisation Mondiale de la santé. [En ligne] 13 septembre 2021. [Citation : 03 février 2021.] <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
2. Frank Bellivier, Emmanuel Haffen. *Actualités sur les maladies dépressives*. s.l. : Lavoisier, 2018.
3. Frédéric Rouillon, *La dépression, hier, aujourd'hui et demain : évolution historique des concepts*, Société Française de Pharmacologie, 2005.
4. Goudemand, Michel. *Les états dépressifs*, Lavoisier, 2010.
5. Dépression de l'adulte. VIDAL. [En ligne] 17 décembre 2019. [Citation : 20 décembre 2022.] <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/depression-adulte.html>.
6. Christophe Léon, Christine Chan Chee, Enguerrand du Roscoät et le groupe Baromètre santé 2017*. La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du Baromètre santé 2017. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. [En ligne] 27 06 2018. [Citation : 20 décembre 2022.] http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/32-33/2018_32-33_1.html.
7. Laurence Lanfumey, Michel Hamon. *Approche neurobiologique de la dépression : nouvelles données*. s.l. : Elsevier Masson SAS., 2005.
8. Eiya, AYED. *Arrêt d'un traitement antidépresseur au long cours chez l'adulte : vers l'élaboration d'outils pour un entretien pharmaceutique en officine*. Faculté de Pharmacie de Lille : Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie, 2020.
9. ICM, Institut du cerveau. LES MÉCANISMES BIOLOGIQUES DE LA DÉPRESSION. *Institut du cerveau*. [En ligne] [Citation : 20 mars 2022.] <https://institutducerveau-icm.org/fr/depression/mecanismes/>.
10. La dépression, pathologie cérébrale. *Centre de la dépression*. [En ligne] 2016. <http://www.centredeladepression.org/la-depression-pathologie-cerebrale/>.
11. Guillaume Fond, Laurent Boyer *et al.* *Microbiote et dépression : une piste thérapeutique prometteuse*, Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 2019, Vol. 177. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2019.06.005>.
12. Heinz et al. "Doctor, my back hurts and I cannot sleep." *Depression in primary care patients: Reasons for consultation and perceived depression stigma*, PLOS ONE, 2021.
13. Lisa J Barney et al. Exploring the nature of stigmatising beliefs about depression and help-seeking: Implications for reducing stigma. 2009.
14. Sarbhan Singh et al. *A systematic review of depression literacy: Knowledge, help-seeking and stigmatising attitudes among adolescents*, Journal of Adolescence, 2018, Vol. 74. 10.1016.
15. J.-L. Roelandt et al. *Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France*. 2010. Vol. 36. S0013-7006(10)70012-9.
16. Kilarski, Tom Bschor & Laura L. Are antidepressants effective? A debate on their efficacy for the treatment of major depression in adults. *Expert Review of Neurotherapeutics*. 2016, Vol. 16.
17. Kornreich, S. Ammendola et al. *Les antidépresseurs sont-ils réellement efficaces ?* ResearchGate, 2015. 285804561.

18. Kasper Siegfried et al. *Initiating Antidepressant Medication: What is the most important factor ?* *Advances in Therapy*, 2022. 10.1007/s12325-021-02028-7.
19. J.-F.Costemale-Lacoste et al. *Les facteurs prédictifs de réponse au traitement*. *French Journal of Psychiatry*, 2018, Vol. 1.
20. M.Blanchin et al. *Auto-évaluation de la dépression et adaptation des patients pendant le traitement de la dépression résistante à travers l'étude du « response shift »*. 2021.
21. Jérôme Holtzmann et al. *Quelle définition pour la dépression résistante ?* *La presse médicale*, 2016, Vol. 45.
22. A.Csillik et al. *Psychothérapie positive de la dépression : spécificités et apports cliniques*. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2012, Vol. 170.
23. F.Gonon et al. *L'efficacité des psychothérapies inspirées par la psychanalyse : une revue systématique de la littérature scientifique récente*. 2021, Vol. 47.
24. Bottai, Thierry et al. *Traitement non médicamenteux de la dépression*. *La Presse médicale*, 2008, Vol. 37.
25. M.Tournier et al. *Étude sur la durée des traitements antidépresseurs en France et ses déterminants à partir des bases de données de l'Assurance maladie*. *L'encéphale*, 2011, Vol. 37.
26. Cathébras, P et al. *Le docteur Knock habite à Wall Street: les nouvelles cibles de l'industrie pharmaceutique*. *La revue de médecine interne*, 2003. 538–541.
27. Santé, Organisation Mondiale de la Santé et Action Internationale pour la. *Comprendre la promotion pharmaceutique et y répondre*. 2009.
28. HERNAEZ, ANGEL MARTINEZ *"Le Prozac est la meilleure de toutes les inventions" Biopolitiques, antidépresseurs et autres "sorcelleries"*. 2007, Vol. 21.
29. Gagnon, Marc-André, *Recherche clinique sous influence : penser les alternatives*. 2012.
30. Kathleen M. Griffiths et al. *Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression*. *The British Journal of Psychiatry*, 2018, Vol. 185.
31. Etude qualitative. *Scribbr*. [En ligne] 2022. <https://www.scribbr.fr/methodologie/etude-qualitative/>.
32. Enquête par questionnaire. *Qualtrics*. [En ligne] 2022. <https://www.qualtrics.com/fr/gestion-de-l-experience/brand/enquete-questionnaire/>.
33. Deprexis. *Ethypharm Digital Therapy*. [En ligne] 2021. <https://www.ethypharm-digital-therapy.com/fr/nos-therapies-numeriques/deprexis/>.
34. Pour une culture de la promotion de la santé chez les jeunes en France. *Ministère de la santé et de la prévention*. [En ligne] 2022. <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/pour-une-culture-de-la-promotion-de-la-sante-chez-les-jeunes-en-france>.
35. Elizabeth F.M. Adams. et al. *What Stops Us From Healing the Healers: a Survey of Help-Seeking Behaviour, Stigmatisation and Depression Within the Medical Profession*. *SAGE journal*, 2009, Vol. 56. 10.1177/0020764008099123.

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien pour les psychiatres

Intro : Cet entretien a pour objectif de connaître votre opinion sur la perception de la dépression par la société et par vos patients ainsi que sur les traitements, notamment les antidépresseurs. Vos réponses me permettront de faire une analyse et une interprétation des données récoltées au cours de mes recherches bibliographiques sur la thématique.

Je vous informe que cet entretien sera enregistré, vous pouvez vous y opposer si cela ne vous convient pas et vous avez la possibilité de rester anonyme si vous le souhaitez.

1h d'entretien et 15 aines de questions

1^{ère} partie : perception de la maladie

- 1) Etes-vous praticien hospitalier, libéral ou autre (collaborateur au sein d'une entreprise) ?
- 2) Depuis combien de temps exercez-vous ce métier ?
- 3) D'après-vous, comment est perçue la dépression aujourd'hui par la société ?
- 4) Pensez-vous que la perception de la dépression par la société a changé au fil des années ? A votre avis, comment a-t-elle évolué et qu'est ce qui pourrait expliquer ce changement de perception ?
- 5) Selon-vous, existe-il une stigmatisation de la dépression ?
Quelle est la raison pour laquelle il existe une stigmatisation/ un tabou autour des maladies psychiatriques, notamment la dépression ?
- 6) Quelles actions préconisez-vous pour lutter contre cette perception ?
- 7) Pensez-vous que l'industrie pharmaceutique œuvre pour améliorer cette perception et par quels moyens ?
- 8) Rencontrez-vous des difficultés à établir un diagnostic ?

Si oui, quelles sont les contraintes que vous rencontrez pour établir un diagnostic ?

2^{ème} partie = Traitements

- 9) Que pensez-vous de l'efficacité des antidépresseurs face à la psychothérapie ? face aux traitements innovants ? (exple : TMS)

- 10) Avez-vous remarqué des différences de réponses aux antidépresseurs ? (Inter/ intra individuelle ?)
- 11) Comment expliquez-vous cette différence de réponse face aux antidépresseurs chez certains patients atteints de dépression et chez la même personne au fil du temps ?
- 12) Qu'est ce qui influence votre choix lors de la prescription d'antidépresseur ?
- 13) Que pensez-vous de SAPHIR (= Shared decision making program) ?
 - ⇒ Initiative mise en place par Servier pour sensibiliser les médecins aux besoins de leurs patients
- 14) Prescrivez-vous plus d'antidépresseurs aujourd'hui qu'il y'a quelques années ? Si oui, pourquoi ?
- 15) Comment évaluez-vous la prescription des antidépresseurs ? en termes de population concernée et patients réellement traités ?
Pensez-vous qu'il existe un mésusage des antidépresseurs ?
- 16) Est-ce que vous constatez que vos patients répondent bien à vos prescriptions ?
- 17) Est-ce que vous rencontrez des personnes réticentes à la prise de médicaments ? Comment expliquez -vous cela ?

Annexe 2 : Texte accompagnant mon questionnaire à destination des patients

« Dans le cadre de la rédaction de mon mémoire de fin d'études, je mène une étude sur la perception de l'efficacité des antidépresseurs au sein de la société. Ce questionnaire a pour seul objectif d'appuyer les données récoltées au cours de mes recherches bibliographiques et d'argumenter mes propos avec des témoignages de patients.

Il est anonyme et à destination des patients dépressifs ou ayant eu des antécédents dépressifs.

La durée approximative est de 10 min.

Je vous remercie d'avance pour votre contribution. »

Annexe 3 : Guide d'entretien pour les patients

- 1) Quel est votre sexe ?
- 2) Quel âge avez-vous ?
- 3) Etes-vous sous traitement antidépresseur ?
 - Si oui, quel(s) médicament(s) consommez-vous ? à vérifier avec la compliance
 - Depuis combien de temps suivez-vous ce traitement ?
 - Que pensez-vous de l'efficacité de ce traitement ? Avez-vous remarqué une amélioration de votre état général ?
 - Selon vous quels sont les avantages et les inconvénients à la prise de ce médicament ?
 - Que pensent vos proches de la prise/ poursuite de ce traitement ?
- 4) Avez-vous déjà suivi un autre traitement antidépresseur auparavant ?
 - Si oui, quel(s) médicament(s) avez-vous consommé ?
 - Pendant combien de temps avez-vous consommé ce traitement ?
 - Que pensez-vous de son efficacité ? Avez-vous remarqué une amélioration de votre état général ?
- 5) Vous est-il déjà arrivé d'oublier de prendre votre traitement ?
- 6) Avez-vous arrêté de prendre votre traitement avant la fin de la durée de prescription ?
 - Si oui, quelle est la raison pour laquelle vous n'avez pas continué jusqu'à terme ?
- 7) Pensez-vous que ces antidépresseurs vous aident dans vos objectifs de vie ?
- 8) Ces médicaments vous-ont-ils été prescrits par un médecin généraliste ou un psychiatre ?
- 9) Comment s'est déroulé le diagnostic ?
- 10) Avez-vous eu le choix entre plusieurs options de traitements ?
 - Si oui, pourquoi avez-vous choisi un plutôt qu'un autre ?
- 11) Quelles seraient vos attentes si vous aviez la possibilité de prendre le médicament idéal pour vous ?

12) Que pensez-vous de la psychothérapie ?

- Avez-vous déjà testé ce traitement ?
- Si oui, quel a été votre ressenti pendant et après ?

13) Avez-vous essayé un autre type de traitement ?

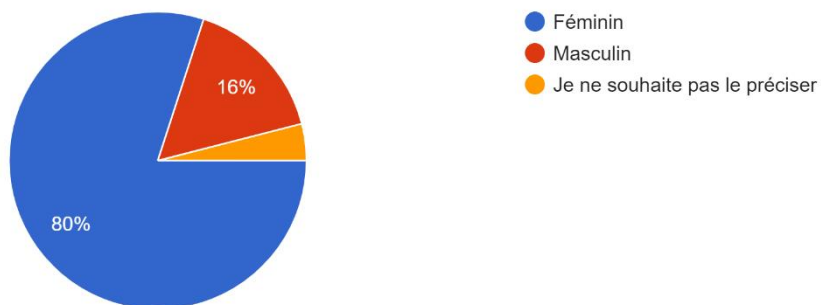
- Si oui, lequel ?
- Comment évaluez-vous son efficacité ?

14) Pensez-vous qu'il est possible de traiter la dépression sans médicaments ?

Annexe 4 : Résultats du questionnaire destiné aux patients

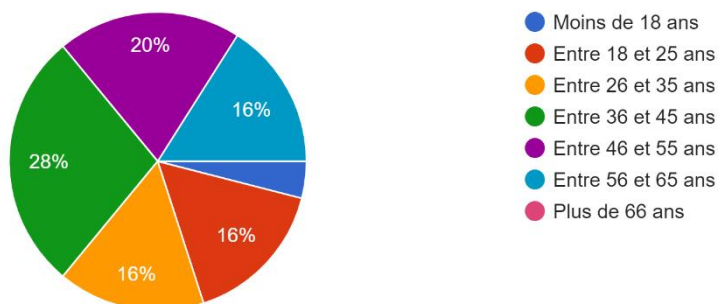
Quel est votre sexe ?

25 réponses



Quel âge avez-vous ?

25 réponses



Annexe 5 : Retranscription de l'entretien réalisé avec le Dr Emmanuel

1ère partie : perception de la maladie

1) Etes-vous praticien hospitalier, libéral ou autre (collaborateur au sein d'une entreprise) ?

Salarié d'une clinique privée

2) Depuis combien de temps exercez-vous ce métier ?

Thèse en 2009, 2012 ?

3) D'après-vous, comment est perçue la dépression aujourd'hui par la société ?

Je pense qu'il n'y a pas qu'une seule réponse parce qu'il y a plusieurs types de regards qui puissent porter sur une approche plus ancienne, donc moins proche de la réalité scientifique probable du trouble qui ne va pas s'affirmer comme maladie et qui peuvent avoir un regard plus imaginé ? Je pense qu'il y a de plus en plus de personnes qui sont touchées ou des membres de leurs familles qui sont touchés ou mieux informés et qui voient un vrai trouble invalidant sur lequel on peut poser un vrai regard médicale, une vraie pathologie avec des symptômes, des caractéristiques, avec des perspectives pour soigner ? suivant un arbre décisionnel comme en médecine somatique.

4) Pensez-vous que la perception de la dépression par la société a changé au fil des années ? A votre avis, comment a-t-elle évolué et qu'est ce qui pourrait expliquer ce changement de perception ?

Oui je pense qu'il y a eu un changement (pour une tranche de la popu) parce qu'il y a eu une évolution au niveau de l'information et de la connaissance. Il y a eu un gros travail de la part des sociétés savantes qui ont essayé de lutter contre les représentations sociales et la stigmatisation. Il y a quand même probablement aussi une vision ? sociétale qui fait que la prévalence de la dépression est moins stable voire à tendance à augmenter, il y a plus de gens touchés. Tout ça fait évolué effectivement le regard avec probablement une tendance à être moins stigmatisant à être prêt à identifier, on est plus sur l'idée que la

dépression c'est des gens qui sont faibles et qui manquent de motivation, mais c'est bien la dépression en soit qui entraîne le manque de motivation. Ce qui dirigeait le regard caractérisant le trouble avant en fait on sait maintenant (la popu général) qu'il s'agit en fait de symptôme de la maladie et que oui il y a bien une baisse de motivation dans la dépression mais qu'il s'agit seulement des conséquences de la dépression qui ne sont pas la cause. Donc un regard plus prêt à avoir une approche empathique

5) Selon-vous, existe-il une stigmatisation de la dépression ? Quelle est la raison pour laquelle il existe une stigmatisation/ un tabou autour des maladies psychiatriques, notamment la dépression ? La dépression a-t-elle des prédispositions génétiques ?

C'est un gros problème, c'est un gros travail, les savants passent beaucoup de temps à informer et à éduquer. Je pense qu'il y a une part d'histoire de la psychiatrie, des descriptions antérieures, des descriptions qui, dans la mesure où on est sur une approche exclusivement clinique, car là on ne voit rien en fait, quand il y a un bras cassé il y a un hématome, de l'œdème, il y a quelque chose d'observable qui est ensuite complétée par une radio qui démontre une fracture. La dépression, on est sur un regard uniquement clinique qui repose sur l'entretien et ce que dit le patient. Et donc il y a eu pendant très longtemps un regard d'une maladie de l'esprit, l'opposée des maladies du soma, du corps, avec finalement une approche de possession, de damnation, un regard religieux, une approche péjorative par rapport à ça parce que les personnes en étaient là la dynamique, c'est une approche mystique de la pathologie, et donc ça a vraiment nui d'autant plus que ce qui est pas bien connu pas bien maîtrisé, pas bien expliqué, ça faisait un peu peur. Puis petit à petit les choses se sont structurées, les descriptions cliniques se sont affinées, les connaissances aussi, l'apparition des traitements notamment les traitements médicamenteux selon une approche psychothérapeutique, ça c'est pareil, c'est très récent l'apparition du traitement médicamenteux dans la dépression, et puis ensuite il y a une évolution dans le traitement de tolérance, les premiers traitements antidépresseurs n'étaient pas toujours bien tolérés donc on a évolué dans une meilleure tolérance et puis suite des tas de connaissances ont permis ensuite également d'être plus scientifique dans la façon d'aborder les choses et donc d'apporter un regard non plus seulement descriptif, explicatif, ça a quand même contribué à déstigmatiser, puis après il y a eu des éléments sociaux et sociétaux. Encore une fois à partir du moment où ça devient moins inacceptable on va dire d'avoir une

dépression, on la cache moins donc on s'aperçoit de plus en plus que des personnes qu'on connaît en ont souffert, ce sont des personnes qu'on estime et donc on se détache de cette étiquette péjorative de la société.

6) Quelles actions préconisez-vous pour lutter contre cette perception ?

Il y a plein de choses qui sont faites. Déjà, récemment il y a des personnes connues, des artistes qui ont accepté de témoigner ce qui est une façon de montrer qu'on peut être concernés. Il y a le travail autour de tout ce qui va être information grand public de la santé mentale qui est très bien fait par l'association fondamentale en France et puis par d'autres associations également qui ont pour objectif d'essayer de vulgariser un petit peu les données scientifiques de manière à ce que plusieurs personnes puissent y accéder sur internet, qui peuvent être des pages d'informations accessibles au grand public et qui permettent de se renseigner, d'avoir une information plus claire qui va également leur permettre de comprendre, et quand les gens connaissent mieux les choses, ils ont moins peur, ont moins d'idées fausses. Il y a tout un travail sur les réseaux sociaux qui a été fait avec pas mal de communications, de nombreuses personnes ont fait des descriptions, ont expliquées le mode d'action des antidépresseurs vulgarisé. Après on parle presque d'une approche comme c'est fait dans le handicap avec la sensibilisation des plus jeunes notamment sur le plan scolaire, on pourrait donc également l'envisager pour les pathologies

7) Pensez-vous que l'industrie pharmaceutique œuvre pour améliorer cette perception et par quels moyens ?

Je pense que c'est compliqué pour l'industrie pharmaceutique parce que en France en tout cas il n'y a pas une cote très favorable. On se pose rapidement la question des conflits d'intérêts, de la véracité de l'information des industries pharmaceutiques. D'ailleurs, ce qui a été préconisé maintenant par les industries pharmaceutique, a été de faire appel à des médecins extérieurs pour communiquer sur des données scientifiques mais avec un peu plus de neutralité ce qui à amener ensuite.....Mais dès le départ, les industries pharmaceutiques ont compris que ce ne sont pas les mieux placés pour importer de tels informations considérée comme objectif par le plus grand nombre. Après ce serait possible, il faudrait vraiment que les industries pharmaceutiques veuillent se positionner sur une

dynamique de communication, d'information, de lutte contre la stigmatisation, de vulgarisation de l'approche psychiatrique il faudrait vraiment que ce soit sous couvert d'un comité, d'un conseil externe qui soit gage d'objectivité et qui confirme que les choses se font sans conflits d'intérêts, sinon la population générale sera forcément insensible.

2 ème partie = Traitements

9) Que pensez-vous de l'efficacité des antidépresseurs face à la psychothérapie ? face aux traitements innovants ? (exple : TMS)

C'est compliqué de répondre parce que les indications, elles ne sont pas forcément les mêmes, elles ne s'adressent pas forcément aux mêmes personnes. Puis il y a plein de paramètres qui rentrent en jeu on va de plus en plus vers de la médecine de précision, il y a de plus en plus l'idée qu'il va falloir personnaliser les soins et proposer quelque chose qui va être en fonction de la personne en face, de ses antécédents, de son souhait. En prescrivant un antidépresseur, je n'ai pas choisi le même antidépresseur selon que la personne par exemple veut continuer la conduite ? Devoir prendre en considération aussi l'avis actuel de la personne. A un moment donné la psychothérapie a besoin, pour un certain nombre de troubles n'est pas suffisante et à besoin à mon sens de la prescription d'antidépresseurs, certaines personnes ne sont pas forcément très accessibles à l'idée d'une psychothérapie, pas prêtes à s'investir dans la psychothérapie qu'elle soit physique ou comportementale ou autre, et donc un antidépresseur sera privilégié, et puis malgré tout on sait qu'on a quand même un pourcentage non négligeable de dépressions qui reste résistantes aux antidépresseurs pour lesquelles on change d'antidépresseurs, pour lesquelles l'association avec psychothérapie n'est pas suffisante, et c'est là que les approches alternatives peuvent avoir du sens avec la RTMS, peut être un peu plus dans la dépression résistante, avec une psychothérapie pourquoi pas, avec les nouvelles formes d'antidépresseurs, notamment la kétamine. Je pense que ce vers quoi on va aller ça va être vraiment de la médecine de précision, individualisée, on avoir une personne qui va arriver en face et en fonction de ce qu'elle est et de ce qu'elle veut faire de sa génétique, de son caractère etc. On va choisir quelque chose qui semble être à la fois le moins à risque des effets secondaires et plus bénéfique en termes d'efficacité pour permettre finalement d'avoir la meilleure réponse du traitement possible, en limitant les aléas thérapeutiques négatifs.

10) Avez-vous remarqué des différences de réponses aux antidépresseurs ? (Inter/intra individuelle ?)

Oui clairement. Il y a des cas où on sait qu'il y a des commodités, on sait qu'il y a un trouble de personnalité, on identifie, on connaît les antécédents, on sait que chez certaine personne ça va être plus difficile finalement d'avoir une réponse efficace, il y a des cas où on ne peut pas arriver au même posologie de traitement, au même dosage, parce que rapidement il va y avoir des effets gênants et qu'on ne va pas pouvoir monter les doses, des doses qui auraient pu être efficaces, et la question pourra se poser éventuellement, même de changer le traitement si l'efficacité n'est pas suffisante. Don oui, il y a une grande variabilité interindividuelle, il y a même probablement, effectivement au cours de la vie une variabilité intra individuelle, parce que les enjeux, les attentes ne sont pas forcément les mêmes chez quelqu'un qui ferait un nouvel épisode dépressif à 40 ans que ça l'était dans le première épisode dépressif à 20 ans. Et donc peut être que le choix du traitement ne sera pas le même, même si on a tous parfois tendance à réessayer ce qui a marché une première fois, mais ça aussi c'est peut-être quelque chose qui va aussi devoir évoluer.

11) Comment expliquez-vous cette différence de réponse face aux antidépresseurs chez certains patients atteints de dépression et chez la même personne au fil du temps ?

Oui probablement, on ne sait pas exactement pourquoi chez certains ça marche et chez d'autres non. Oui il y a des facteurs génétiques, des facteurs environnementaux, des facteurs biologiques actuels, il y a probablement des histoires de syndrome inflammatoire plus ou moins important. Il y a probablement aussi des éléments biologiques actuels, il y a probablement des facteurs de situation. En fait une dépression c'est un terrain génétique, psychologique, une personne qui constitue un terrain avec des facteurs favorisants, des problèmes de couples, au travail etc, et un facteur déclenchant qui ne demande qu'à exploser, qui va déclencher la maladie, qui devient alors une maladie biologique, psychologique et sociale, et le traitement passe par le fait d'améliorer les choses d'un point de vue biologique, d'un point de vue psychologique et d'un point de vue social, c'est-à-dire qu'il va falloir éventuellement mettre en place des traitements pharmacologiques ou non, qui en tout cas modifier un petit peu la neurotransmission cérébrale. Il va falloir mettre en place une approche psychothérapeutique qui va permettre de faire évoluer le regard porte

sur la situation et modifier les croyances associées à ce que dit la personne, les schémas de fonctionnement etc, et puis il va y avoir le contexte social, c'est-à-dire que si ma femme me trompe avec mon voisin et que moi je suis profondément amoureux d'elle, si je continue à accepter ça et qu'elle continue à me tromper avec mon voisin et que je continue à m'infliger ça tous les jours, ce sera nécessairement difficile d'aller mieux, même si j'ai un super antidépresseur qui permet de passer un petit peu au-delà, donc on aura pas supprimé finalement (comme une brûlure il faut d'abord supprimer la cause)

12) Qu'est ce qui influence votre choix lors de la prescription d'antidépresseur ?

Il y a des recommandations qui sont toutes assez sommaires au niveau des sociétés savantes, et donc de choix. Nous en fait ce que on nous enseigne depuis toujours, c'est la première chose c'est la tolérance, le traitement qu'on va prescrire n'entraîne pas des effets indésirables, c'est un premier objectif. L'antidépresseur de toute façon ce n'est pas ou très peu rapide en termes de délinquance, enfin c'est efficace tout de suite, mais l'efficacité pleine ce n'est pas immédiatement, donc il n'y a pas d'urgence. L'antidépresseur, en dehors des formes très récentes là où il semblerait que malgré tout ça puisse être une option mais sinon et si non globalement les délais de réponse qu'il faut annoncer, en fait l'antidépresseur est efficace tout de suite mais qui se différencie du placebo dans son efficacité après un certain délai. Du coup au moment où on va introduire un traitement, on a quand même généralement le temps d'évaluer la tolérance en fait en premier lieu, donc le choix de l'antidépresseur il va d'abord reposer sur la tolérance et puis après on a les antidépresseurs dont on sait qu'ils vont avoir une efficacité plus importante sur la symptomatologie anxieuse, parce qu'ils ont tous majoritairement une action sur l'énergie ? sauf le valdoxan dont l'approche est différente et ensuite il va y avoir une efficacité dopaminergique donc chez quelqu'un de plus apathique, de moins motivé peut-être qu'on va privilégier ceux qui ont une action plus dopaminergique, quelqu'un avec des troubles du sommeil on va privilégier un antidépresseur dont on sait qu'il va favoriser les cycles de sommeil, l'efficacité sur cette symptomatologie là. Le choix de l'antidépresseur repose au départ sur la tolérance, ensuite il y a des antidépresseurs qui font plus ou moins grossir et il y a des patients qui ne veulent pas grossir donc là aussi on fait un choix sur l'antidépresseur à choisir même si d'un point de vue efficacité ces antidépresseurs auraient pu être plus efficace car si on le prescrit et que la personne voit un changement physique soit elle va l'arrêter ou être déprimée pour autre chose, donc l'observance va être impactée

et le niveau psychologique => créer un nouveau mal être. Aussi, malgré tout il y a aussi une part liée à la formation, j'ai été former dans un CHU où on avait tendance à prescrire tel ou tel antidépresseurs et je me suis aperçue au court de ma carrière que d'autres personnes qui ont été former dans d'autres université à la même époque que moi n'avaient pas les mêmes habitudes de pratique, on est habitué à prescrire des antidépresseurs qu'on connaît bien. Donc les habitudes de pratiques entrent en jeu et sont associées à la variabilité inter prescripteur.

13) Que pensez-vous de SAPHIR (= Shared decision making program) ?

=> Initiative mise en place par Servier pour sensibiliser les médecins aux besoins de leurs patients

Oui la décision partagé c'est juste du bon sens, ça fait quand même quelques années qu'on est là-dessus, encore une fois c'est comme ce que je vous ai dit tout à l'heure, quand on discute avec un patient on voit avec lui, au moment où on introduit un traitement, quelles sont les objectifs qu'il y a derrière, quels pourraient être les bénéfiques, quels pourraient être les effets indésirables, quels sont aussi ses besoins, quels sont ses freins et ses barrières, et tout ça effectivement nous amène ensuite à prendre la décision d'introduire un traitement et ce traitement-là de toute façon ne pourra véritablement être introduit avec une alliance thérapeutique solide et donc favoriser vraiment l'observance donc permettant d'être également assez serein sur le fait de limiter un peu les effets nocebo de la prise que si le patient a été impliqué dans la décision thérapeutique.

14) Prescrivez-vous plus d'antidépresseurs aujourd'hui qu'il y'a quelques années ? Si oui, pourquoi ?

Non, moi j'en prescrit moins, mais la raison elle est professionnelle. Mon activité professionnelle à évolué, donc maintenant j'ai un type d'activité un peu spécialisée, ce qui fait que je suis moins amené à soigner des gens qui viennent pour un épisode dépressif, je suis moins en première ligne dans le soin des personnes qui viennent pour des épisodes dépressif, donc j'en prescrit moins mais pas par manque de confiance dans les antidépresseurs mais parce que mon activité professionnelle s'est orientée sur une activité assez spécialisée.

15) Comment évaluez-vous la prescription des antidépresseurs ? en termes de population concernée et patients réellement traités ? Pensez-vous qu'il existe un mésusage des antidépresseurs ?

Il y a un certain nombre de médecins généralistes qui vont introduire un traitement d'antidépresseurs sans avoir essayé autres choses qu'un antidépresseur dans un trouble dépressif qui pourrait peut-être se soigner sans antidépresseurs mais ce n'est pas de leurs compétences. Donc il y a sûrement des gens avec une sur prescription d'antidépresseurs, et paradoxalement dans le sens inverse, le traitement d'antidépresseur serait quelque chose de très bénéfique et qui donc vont être sous traités aux proportions par rapport à la nécessité. La prescription par son médecin traitant est souvent plus acceptée que celle d'un psychiatre car il y a cette relation de confiance.

16) Est-ce que vous constatez que vos patients répondent bien à vos prescriptions ?

C'est très variable en fait, il y a des gens pour qui il y a eu des réponses supers en assez peu de temps avec une évolution très favorable très vite, au bout de six mois on les revoit jamais, et puis il y a des gens pour lesquels on est obligé d'essayer deux, trois molécules, d'associer d'autres modes de prise en soin et malgré ça avec des résultats pas très satisfaisants.

17) Est-ce que vous rencontrez des personnes réticentes à la prise de médicaments ? Comment expliquez -vous cela ?

Oui, je dirai même qu'une bonne partie des personnes, quand j'étais en première ligne de prescriptions, les personnes à qui je prescrivais des antidépresseurs pour lesquels c'était une première prescription d'antidépresseurs, il y en avait une proportion non négligeable qui n'était pas favorable, qui devait avoir une certaine appréhension et je pense que c'était malgré tout lié à plusieurs craintes qui se juxtaposent, premièrement malgré tout celle qui reste le fait de rentrer dans le groupe des personnes qui doivent prendre des traitements psychotropes en quelque sorte avec un regard péjoratif. Et puis il y a des craintes associées aux antidépresseurs en tant que tels, on le sait c'est décrit, les gens ont moins peur de

prendre un antianxiolitique qu'un antidépresseur, alors que les antidépresseurs ont moins d'effets indésirables et sont généralement plus tolérés. Les craintes sont celles des effets indésirables, ce qui ressortait des patients c'est « je n'ai pas envie d'être un zombie », « je ne veux pas être dépendant », « je ne veux pas être un drogué », il y a un parallèle qui est fait à cause de l'action psychotrope, donc l'action sur le cerveau, donc parallèle entre la prise de drogue et la prise de psychotropes comme les antidépresseurs. Il y a un pourcentage de personnes qui ont une réticence initiale, parmi eux il y a des personnes totalement fermées à l'idée de prendre des antidépresseurs, et d'autres qui vont prendre le temps d'écouter les effets du traitement ect durant la consultation, d'où la décision partagée

Imane MLAHFI

La perception de l'efficacité des antidépresseurs au sein de la société

Depuis sa découverte, la dépression s'est vue attribuée plusieurs explications irrationnelles jusqu'au développement de la neurobiologie, qui a permis de mettre en évidence ses mécanismes physiopathologiques. Cependant, elle reste tout de même stigmatisée par la société, qui est très peu informée et qui nourrit une perception de la dépression à travers des idées reçues. Les traitements disponibles, notamment les antidépresseurs, sont fortement impactés par cette perception péjorative et stigmatisante. Ainsi, il m'a semblé intéressant d'étudier de près les facteurs à l'origine de cette perception et d'évaluer la pertinence des mesures existantes pour lui faire face. Une enquête de terrain menée auprès des patients a révélé que les antidépresseurs étaient souvent jugés inefficaces, en raison de la variabilité de réponses et du taux important d'effets secondaires. Les psychiatres affirment également que l'efficacité des antidépresseurs est limitée et dépend de plusieurs facteurs environnementaux. L'enjeu des entreprises pharmaceutiques est alors de prouver l'efficacité des antidépresseurs et pour ce faire, des actions et stratégies marketing sont mises en œuvre. Des recommandations à l'intention des entreprises pharmaceutiques mais aussi des professionnels de santé sont émises afin d'optimiser la prise en charge des patients dépressifs.

Mots clés : Dépression, stigmatisation, entreprises pharmaceutiques, enjeux, perception, efficacité, stratégies marketing, recommandations

Perception of the effectiveness of antidepressants in society

Since its discovery, depression has been attributed several irrational explanations until the development of neurobiology, which has enabled us to highlight its physiopathological mechanisms. However, it is still stigmatized by a very poorly informed society, that nourishes a perception of depression through preconceived ideas. The available treatments, especially antidepressants, are strongly impacted by this pejorative and stigmatizing perception. Thus, it seemed interesting to me to study closely the root causes of this perception and to evaluate the relevance of the existing measures to face it. A field survey among patients revealed that antidepressants were often considered ineffective, due to the variability of the drug results and the high rate of side effects. Psychiatrists also claim that the effectiveness of antidepressants is limited and depends on several environmental factors. The challenge for pharmaceutical companies is to prove the efficacy of antidepressants and to that end, marketing actions and strategies are implemented. Recommendations for pharmaceutical companies and healthcare professionals are suggested in order to optimize taking care of patients in depression.

Keywords : Depression, stigma, pharmaceutical companies, challenges, perception, effectiveness, marketing strategies, recommendations