

Kahina TAMZAÏT

Université de Lille
Faculté d'Ingénierie et du Management de la Santé (ILIS)
Master Ingénierie de la Santé Parcours Healthcare
Business & Recherche Clinique

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES DE LA 2^{EME} ANNEE DE MASTER

LA PRISE EN CHARGE DE LA DEPRESSION

**COMMENT SE DEROULENT LA PRISE EN CHARGE ET LA PRESCRIPTION
DES ANTIDEPRESSEURS EN FRANCE ?**

Sous la direction de Mme Hélène GORGE

Date de la soutenance : 24/06/2022

Composition du Jury :

- Président de jury : Mr Julien DE JONCKHEERE, Chargé de mission de recherche
- Directrice de mémoire : Mme Hélène GORGE, Maître de conférences
- 3^{ème} membre de jury : Mr Nicolas COUROUBLE, médecin généraliste à Roubaix



Faculté d'Ingénierie et Management de la Santé – ILIS
42, rue Ambroise Paré
59120 LOOS



Remerciements :

Par la réalisation de ce mémoire, qui annonce la fin de mon cursus à la Faculté d'Ingénierie et du Management de la Santé (ILIS), je tiens à remercier l'ensemble des personnes ayant contribué au bon déroulement de mon année.

Mes remerciements s'adressent tout d'abord à l'ensemble des professionnels de santé interrogés, avec qui j'ai pu avoir des échanges très enrichissants de par leur expertise, ce qui m'a permis d'approfondir ma réflexion.

Je remercie par ailleurs Monsieur Nicolas COUROUBLE, médecin généraliste à Roubaix, d'avoir bien voulu faire partie de mon jury lors de ma soutenance.

Je souhaiterais également remercier Madame Hélène GORGE, ma directrice de mémoire, qui m'a accompagné tout au long de la rédaction du mémoire, avec des axes d'améliorations pertinents.

Mes remerciements vont également à Monsieur Julien DE JONCKHEERE, président de jury, ainsi qu'à toute l'équipe pédagogique et aux intervenants, pour leur implication et la transmission de leur savoir.

Mes sincères remerciements à Monsieur Jacques CHARLIER, Président de la société Metrovision, ainsi qu'à Monsieur Jean-Pierre HUGÉUX, Directeur général, de m'avoir accueillie au sein de leur entreprise dans le cadre de mon année d'alternance, où j'ai pu acquérir de nouvelles compétences professionnelles et scientifiques.

Enfin, je tiens à remercier ma famille et mes proches m'ayant soutenue tout au long de l'année, ainsi qu'à Madame Anne-Sylvie HINZELIN, Vice-Présidente de France Dépression Lorraine, pour ses conseils tant sur la rédaction du mémoire que sur la soutenance.

Table des matières

Remerciements :	
Table des matières	
Liste des figures et tableaux.....	
Liste des annexes.....	
Glossaire.....	1
Introduction	4
Partie I/ Revue de la littérature :	6
<i>I. La notion de bien-être :</i>	6
1. Historique et définition du bien-être	6
2. La place du bien-être dans la société	7
3. Médicalisation du bien-être	8
4. Marchandisation du bien-être.....	9
<i>II. Dépression et antidépresseurs, tendances et modes d'actions :.....</i>	10
1. Définition de la dépression	10
2. Les antidépresseurs	13
3. Pharmacologie et mécanismes d'actions des antidépresseurs	16
4. Le marché des antidépresseurs	18
5. Les antidépresseurs, une divergence du corps médical sur leurs efficacités	20
<i>III. Prescription des antidépresseurs :</i>	25
1. Prise en charge de la dépression	25
2. Mode de prescription en France	27
3. Avis des professionnels sur la prise en charge de la dépression	29
4. Analyse des prescriptions d'antidépresseurs	31
Partie II/ Méthodologie :	34
<i>I. Objet de l'étude :</i>	34
<i>II. Choix de la méthodologie :</i>	35
<i>III. Population étudiée</i>	36
<i>IV. Recueil des données :</i>	37
Partie III/ Résultats de l'analyse des données :	39
<i>I. La dépression, des tendances en terme de profil des patients et de période de consultation :</i>	39

1. Analyse du questionnaire.....	39
2. Analyse des entretiens semi-directifs	40
II. La dépression, un sujet tabou :	43
1. Une maladie mal vue dans la société	43
2. Un refus d'acceptation de la maladie chez les patients.....	44
III. Utilisation d'échelles pour le diagnostic de la dépression :	45
IV. Les médecins généralistes, un rôle central dans la prise en charge de la dépression :	46
V. Un manque d'échange entre les médecins, psychologues et psychiatres :	48
VI. Une efficacité des antidépresseurs en association avec la psychothérapie :....	50
VII. Une définition de la santé incomplète dans la notion du bien-être :	52
VIII. Des avis divergents sur les antidépresseurs :	54
1. L'organisation de la prise en charge.....	54
2. Une prescription massive des antidépresseurs ?	55
3. L'impact des lobbyings pharmaceutiques dans la prescription.....	56
Partie IV/ Préconisations :	58
I. Rendre la dépression moins taboue dans notre société :	58
1. Campagnes de sensibilisation et de prévention de la dépression.....	58
2. Travailler sur l'acceptation de la maladie : l'Acte thérapie.....	60
3. Utilisation des outils de communication pour sensibiliser la population à la dépression	60
II. Axes d'améliorations de la prise en charge de la dépression :	63
1. Coordination des acteurs de la prise en charge de la dépression	63
2. Assurer une écoute des patients dépressifs	66
3. La place de l'activité physique dans la dépression.....	67
4. Extension à l'échelle nationale de nouvelles thérapies digitales	70
III. Les avancées en terme d'antidépresseurs :	74
1. Vers une nouvelle classe d'antidépresseurs, les OCT	75
2. L'efficacité de la kétamine, Sparvato® spray nasal	75
Conclusion	76
Bibliographie	78
Annexes	

Liste des figures et tableaux

Figure 1 : Prévalence de l'épisode dépressif caractérisé déclaré en 2017.....	11
Figure 2 : Prévalence des syndromes dépressifs en France en 2014, 2019 et 2020 [33]	11
Figure 3 : Actions des différentes monoamines [34]	12
Figure 4 : Mécanismes d'actions des antidépresseurs [42]	18
Figure 5 : Analyse des efficacités de 21 antidépresseurs comparées au placebo [51]	20
Figure 6 : Analyse de l'acceptabilité de 21 antidépresseurs comparées au placebo [51]	21
Figure 7 : Amélioration moyenne du médicament et du placebo en fonction de la sévérité de la dépression.....	22
Figure 8 : Organisation de la prise en charge des patients atteints de dépression [62]	29
Figure 9 : Evolution de la consommation de médicaments par pays [67]	31
Figure 10 : Nombre de comprimés pris par jour pour 1000 habitants OCDE [69]	32
Figure 11 : Antidépresseurs vendus aux particuliers	32
Figure 12 : Analyse SWOT	34
Figure 13 : Raisons de la prise d'antidépresseurs	40
Figure 14 : Raisons de la consultation d'un professionnel de santé.....	42
Figure 15: Avis sur le sentiment de compréhension de la maladie par la société.....	44
Figure 16 : Obtention des antidépresseurs.....	47
Figure 17 : Prescription d'antidépresseurs lors de la première consultation.....	49
Figure 18 : Antidépresseurs les plus prescrits en %	51
Figure 19 : Principe de l'ACT [78]	60
Figure 20 : Brave Together, les 3 étapes de la formation [79]	62
Figure 21 : Les types d'activité physique [85].....	68
Tableau 1 : Les différentes classes d'antidépresseurs	15
Tableau 2 : Professionnels de santé ayant participé aux entretiens semi-directifs.....	38
Tableau 3 : Programme d'activité physique de la HAS pour la dépression.....	69
Tableau 4 : Programme d'activité physique de l'UQAM pour la dépression.....	69

Liste des annexes

Annexe I : Exemple questionnaire sur la perception des antidépresseurs.....	1
Annexe II : Exemple de guide d'entretien auprès des médecin et psychiatres :.....	3
Annexe III : Retranscription d'un entretien avec un médecin généraliste	4
Annexe IV : Exemple d'activité proposer par le dispositif Brave Together	16
Annexe V : Les dix raisons du boycott de MonPsySanté	17

Glossaire

Nb : Les mots suivis d'un astérisque () dans le rapport figureront dans le glossaire*

Troubles Obsessionnels Compulsifs (TOC) : Il s'agit d'une maladie psychique chronique faisant partie de la catégorie des troubles anxieux graves. Elle se caractérise par des obsessions et des compulsions menant l'individu à accomplir des actions de façon répétitive. [1]

Dopamine : Il s'agit d'un neurotransmetteur du cerveau qui est impliqué dans le système de récompense et du sentiment de plaisir. [2]

Sérotonine : Il s'agit d'un neurotransmetteur du cerveau principalement impliqué dans l'humeur, l'anxiété ou encore l'apprentissage. [3]

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

BNB : Bonheur National Brut

PIB : Produit International Brut

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques

Marketing émotionnel : C'est une technique consistant à se servir des émotions ressenties par les consommateurs pour parvenir à mieux vendre. Cela peut aller d'une simple analyse, à la provocation d'émotions particulières suite à une action marketing. [4]

Monoamine : Les monoamines correspondent à la catégorie de neurotransmetteurs du cerveau dérivés des acides aminés. La sérotonine, dopamine et noradrénaline sont des monoamines.

Psychotrope : Famille de médicaments ayant une action sur le fonctionnement du cerveau et de la pensée. Les antidépresseurs font partie de cette famille. [5]

ISRS : Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine

IRSNA : Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline

IMAO : Inhibiteur de monoamine oxydase

IRDN : Inhibiteur de la recapture de la dopamine et de la noradrénaline

Trouble d'anxiété généralisé : Elle se définit comme étant une anxiété excessive qui dure pendant au moins six mois. [6]

Psychothérapie : Il s'agit d'une thérapie psychologique permettant à un individu souffrant d'un trouble mental, de changer ses mécanismes de réflexions et de comportements afin qu'il se sente mieux. [7]

Méta-analyse : C'est une méthode statistique consistant à combiner les résultats de plusieurs études pour obtenir un résultat global et reproductible. [8]

FDA : Food Drug Administration : Agence fédérale américaine des produits alimentaires et médicamenteux.

EMA : European Medicines Agency : Agence Européenne du médicament

GAFAM : Cette abréviation est utilisée pour désigner les quatre entreprises les plus puissantes à l'échelle mondiale à savoir Google, Apple, Facebook et Amazon.

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

CIM-10 : Classification statistique Internationale des Maladies

PHQ : Le Patient Health Questionnaire : Questionnaire sur la santé du patient

Echelle CES-D : Echelle établie par le Center for Epidemiologic Studies-Depression

BDI : Beck Depression Inventory : Inventaire de dépression de Beck

Echelle HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale

Echelle HDRS ou HAM-D : Hamilton Depression Rating Scale

Echelle MADRS : Montgomery and Asberg Depression Rating Scale

AMM : Autorisation de mise sur le marché

Electroconvulsiothérapie : Il s'agit d'un traitement utilisé en dernier recours dans les dépressions résistantes aux traitements médicamenteux, se basant sur l'envoi de chocs électriques sous anesthésie, après placement d'électrodes sur le cerveau. [9]

CMP : Centre Médico-Psychologique

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

SWOT : Strengths, Weaknesses, Opportunities et Threats : Il s'agit d'une analyse permettant d'évaluer les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces d'un projet.

Trouble bipolaire : Il s'agit d'une pathologie psychique relative à un dérèglement de l'humeur avec une alternance entre des états d'enthousiasme et de dépression. C'est une maladie chronique qui touche majoritairement les jeunes. [10]

Fibromyalgie : La fibromyalgie est une pathologie chronique qui se caractérise par des douleurs et un ensemble de troubles notamment du sommeil et de l'humeur. [11]

Errance thérapeutique : Lorsqu'un patient est contraint à consulter plusieurs professionnels de santé durant de nombreuses années sans résultats satisfaisants ni diagnostic claire, on parle d'errance thérapeutique ou diagnostic. [12]

ACT : Acte Thérapie

Display : Dans le domaine du marketing digital, le terme display correspond aux publicités présentes sur un site via des bannières. [13]

SEO : Search Engine Optimization : Le SEO ou référencement naturel est un moyen permettant de positionner son site dans les premiers résultats des moteurs de recherches par un système de mots clés.

UNAFAM : Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

CNEDiMITS : Commission Nationale d'Evaluation des Dispositifs Médicaux et des Technologies de Santé

EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Il s'agit d'une thérapie reposant sur le mouvement oculaire.

TERV : Thérapie par Exposition à la Réalité Virtuelle

OCT : Transporteurs de Cations Organiques

Introduction

Utilisé à tort et à travers, que ce soit dans les médias ou dans la vie de tous les jours, le terme dépression désigne pourtant une réelle pathologie psychiatrique qui touche près de 300 millions de personnes dans le monde.

D'après une étude de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), elle est l'une des dix premières causes de morbidité et de mortalité dans le monde [14] et elle deviendra la deuxième cause de morbidité d'ici 2020.

Elle se caractérise par une souffrance psychologique relative à une tristesse, perte d'intérêt ou de plaisir, de culpabilité, de faible estime de soi, de troubles du sommeil ou d'appétit, et d'une sensation de fatigue et elle causerait ainsi selon l'INSERM entre 5 à 20% des suicides. [15;16]

Les maladies du mal-être entraînent donc des pathologies psychiatriques lourdes englobant la dépression, mais également l'anorexie, la boulimie ou encore les troubles obsessionnels compulsifs* (TOC). [17]

Dans un premier temps, l'on pourrait se demander les raisons de cette montée soudaine de maladies liées au mal-être, et de cas dépressifs.

Par ailleurs, ces maladies demeurent encore taboues au sein de notre société, ce qui nous amène à penser que la vision de la société sur le bien-être a une influence sur ces pathologies.

De plus, à partir des années 1960, les antidépresseurs ont fait leur apparition, ce qui a mené la France aujourd'hui à devenir l'un des principaux pays à en prescrire dans le monde. [18] Cependant, son efficacité et son utilisation sont sujettes à de nombreuses controverses au sein du corps médical, et l'on entend souvent dire dans les médias que les lobbyings pharmaceutiques ont un impact majeur dans cette prescription massive d'antidépresseurs.

Toutes ces questions nous amènent a fortiori à étudier la problématique suivante :

Comment se passent la prise en charge de la dépression, et la prescription des antidépresseurs en France ?

Pour cela, par notre étude de la littérature, il s'agira dans un premier temps de comprendre le lien qu'il peut exister entre la notion du bien-être et la dépression, afin de mieux appréhender la situation actuelle. L'historique des antidépresseurs ainsi que les avis divergents seront également étudiés, ce qui nous permettra d'identifier les problématiques existantes, et de trouver de potentiels axes d'amélioration.

Ensuite, une étude de terrain sera nécessaire, dont l'objectif principal résidera dans le recueil des opinions sur la prise en charge de la dépression, et de l'analyse des tendances en termes de consultation et prescription d'antidépresseurs. Pour ce faire, deux enquêtes ont été menées, une étude quantitative auprès de la population générale pour connaître leur perception de la dépression et des antidépresseurs, et une étude qualitative auprès des médecins généralistes, psychologues et psychiatres, cette fois-ci afin d'obtenir des informations concrètes et tangibles.

La troisième partie sera donc consacrée à l'analyse de ces enquêtes en comparaison aux éléments présents dans la littérature.

Enfin, la quatrième et dernière partie recensera l'ensemble des préconisations et recommandations possibles, pour améliorer la prise en charge de la dépression en France.

Partie I/ Revue de la littérature :

Dans cette première partie, l'on s'intéressera à :

- La place du bien-être dans notre société et à son impact dans la dépression
- La caractérisation de la pathologie et du mode d'action des antidépresseurs
- La prise en charge de la dépression et à la prescription d'antidépresseurs en France

Cette analyse nous permettra d'avoir une idée sur les pratiques actuelles et les causes, et d'identifier les problématiques probables pour les améliorer.

I. La notion de bien-être :

1. Historique et définition du bien-être :

Le bien-être est défini comme étant un état agréable après la satisfaction des besoins et d'un apaisement de l'esprit, mais également de l'aisance matérielle qui en découle. Ce sentiment met donc en action des aspects physiques, mentaux et matériels. [19]

Benoît Heilbrunn, philosophe et professeur en marketing à l'ESCP en Europe, nous éclaire également dans la compréhension de ce terme dans son livre "*La Tyrannie du bien-être*". La notion du bien-être n'est apparue qu'à partir du XIX^{ème} siècle et n'existait pas avant l'évolution de la société et l'apparition du confort. [20]

Au niveau psychique, lorsqu'une personne a un sentiment de plaisir, son cerveau va produire de la dopamine*. Lorsqu'elle ressent un sentiment de bonheur, ce n'est non plus la dopamine qui est sécrétée, mais la sérotonine*.

La sérotonine est une hormone inhibitrice qui ne détruit pas les neurones contrairement à la dopamine. Par ailleurs, il a été prouvé que tous les éléments conduisant à une hausse de de dopamine dans l'organisme entraînaient un effet inverse sur la sérotonine, c'est-à-dire une diminution. On peut donc extrapoler cela avec la recherche du plaisir. Ainsi, plus on recherche le plaisir, moins l'on est heureux, et on peut donc conclure que certes ces termes sont liés, mais demeurent bel et bien différents. [20]

En ce qui concerne l'utilisation de la notion du bien-être, on constate qu'elle est utilisée en tant qu'indicateur de conditions de vie, de richesse et d'état de santé de la population et qu'elle a également une influence dans notre société. [19]

2. La place du bien-être dans la société :

Comme dit précédemment, le bien-être est né au XIX^{ème} siècle avec la naissance du confort, et contrairement au bonheur, il peut varier selon les politiques du pays.

L'évolution de la société a donc eu une influence sur la vision que l'on a du bien-être de nos jours.

En effet, d'un point de vue économique et politique, l'accès universel au confort, et la mise en place d'un État providence (en anglais « Welfare State », soit littéralement « l'État soucieux du bien-être »), ont lentement fait émerger l'injonction au bien-être comme un nouvel impératif catégorique notamment pour les classes moyennes. [20]

Le bien-être a donc pris une place majeure dans notre société actuelle, et celle-ci s'est vue s'accroître par l'influence des marques, décideurs publics, ainsi que des grandes organisations internationales. [21]

Parmi celles-ci, on peut citer non des moindres l'Organisation Mondiale de la Santé* (OMS), qui a ajouté l'importance du bien-être à sa définition de la santé en 1946.

De même, l'Organisation des Nations Unies* (ONU), oriente quant à elle sa définition du bien-être sur l'importance des liens sociaux et de la liberté. [21]

Pour déterminer la qualité de vie d'un pays et le bien-être de ses habitants, elle souhaite par ailleurs se baser sur un nouvel indicateur plus représentatif, à savoir le Bonheur National Brut* (BNB) qui remplacerait le Produit International Brut* (PIB) [22]

On a enfin l'Organisation de coopération et de développement économiques* (OCDE) qui insiste pour sa part sur la dimension économique et monétaire du bien-être. [19]

L'effet de mondialisation a aussi eu un impact sur notre vision du bien-être. Par exemple, la pratique du yoga, a su se répandre dans l'Occident, et est devenu incontournable dans la routine d'une personne voulant se sentir bien à la fois physiquement et mentalement. De plus, on voit bien qu'il s'agit désormais d'une quête et d'une recherche constante du bien-être basé sur toutes les pratiques et techniques possibles et imaginables. [20]

L'apparition d'une nouvelle psychologie dite "psychologie positive" en 1998 a également impacté notre mode de vie. Selon cette discipline, et comme nous l'explique bien le livre *Happycratie* d'Edgar Cabanas, docteur en psychologie et Eva Illouz, sociologue, la souffrance d'un individu serait due à des mauvais choix entrepris par celui-ci au cours de sa vie, ou de son manque de ténacité pour surmonter les épreuves. Cela crée également une pression sociale qui nous oblige à toujours paraître amical, souriant ou joyeux, et à être

encore une fois dans une recherche constante de bien-être, le but étant de camoufler tout signe de tristesse caractéristique de faiblesse morale dans notre société. [23 ; 24]

De plus, d'après le philosophe français Georges Canguilhem, cette évolution de la société ainsi que toutes les normes sociales qui en découlent, conduisent à renier les besoins vitaux pour prioriser ce que nous impose la société. Cela montre à quel point l'Homme est un être social et influençable sur la perception qu'il a des choses, en l'occurrence ici de son bien-être et de son bonheur. [25]

Tous ces éléments nous montrent que le bien-être s'inscrit dans un contexte aussi bien économique, social, politique que géographique [18], ayant conduit à une évolution de mentalité de la population, pour qui le bien-être est devenu "le fondement même de la vie" (Edgar Morin, sociologue et philosophe français), et pour qui l'immédiat est devenu indispensable. [20]

3. Médicalisation du bien-être :

On l'a vu précédemment, la notion de bien-être est présente dans tous les contextes y compris la santé. En effet, on la retrouve dans la définition de la santé de 1946 établie par l'OMS : "*La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité*". [26]

Selon l'OMS, la santé influencerait le bien-être dans le sens où la santé est l'un des facteurs principaux dans notre vie en société. Pour sûr, un individu peut se sentir rejeté par la société à cause des discriminations ou moqueries fondées sur son état de santé, ce qui impacterait son bien-être général. Le bien-être est donc un critère déterminant qui, en son absence, peut mener à des pathologies mentales et sociales. Ainsi, le mode de vie est finalement devenu un objet d'attention médical, et un indicateur dans le diagnostic de certaines maladies, la dépression y compris. [27]

Pour ce qui est de l'influence du bien-être cette fois-ci sur la santé, une analyse de Diener et Chan de 2011 issue de leur livre *Happy people live longer: subjective wellbeing contributes to health and longevity*, indique que le bien-être subjectif (tel que la satisfaction de la vie, l'absence d'émotions négatives, l'optimisme et les émotions positives) seraient à l'origine d'une meilleure santé, ainsi que d'une plus grande longévité. En effet, cela permettrait de gagner entre 4 à 10 années de vie par rapport à une personne n'ayant pas les mêmes conditions de vie et de bien-être. [28]

La notion du bien-être a également acquis une légitimité scientifique au fil du temps depuis la considération de la psychologie comme discipline médicale propre, avec par exemple la psychologie positive définie comme étant la science du “bonheur” et l’étude des sensations. [24]

Par ailleurs, l’aspect médical du bien-être par notre santé a pris une telle ampleur, que nous sommes désormais constamment alertés de notre état de santé via les nouvelles technologies. Cependant, cette “santé connectée” injecte en nous non seulement une dépendance et une obsession aux données biomédicales, mais aussi une mauvaise interprétation de la situation, puisque ces informations nous permettent uniquement de savoir si nous allons bien, à défaut d’être bien. Par cette analyse, nous pouvons dire que cette conceptualisation scientifique du bien-être présente des limites. [20]

Pour conclure, il ne s’agit pas de renier l’aspect scientifique et médical du bien-être, mais plutôt de prendre conscience que cette notion est complexe et philosophique étant multiple, subjective selon différents critères à la fois individuels et sociétaux. (Canguilhem, 1988) [25].

4. Marchandisation du bien-être :

On l’a bien vu, le bien-être et le bonheur sont devenus les préoccupations majeures de notre société actuelle, préoccupations principalement dues à une influence politique et sociale. Ainsi, Edgar Cabanas et Eva Illouz ont caractérisé cette nouvelle forme de gouvernance par le terme “Happycratie” qui désigne un diktat social et moral, consistant à être dans le désir continu de bonheur et de succès, en ayant recours à des “marchandises psychologiques”, telles que des livres de développement personnel, des thérapies, des coachings personnalisés ou encore des produits censés nous procurer du bien-être [29]. Il est important de rappeler que tous ces produits et services destinés au bien-être, qui n’existaient pas à une certaine époque, sont de nos jours très tendances avec un potentiel de marché intéressant et extrêmement rentable pour les sociétés du bien-être. En effet, selon une étude menée par le Global Wellness Institute en 2015, l’industrie mondiale du bien-être représentait 3,7 milliards de dollars, et en France, il augmenterait de 7% chaque année depuis 2018. [30]

La consommation de masse a donc pris de l’ampleur et l’émotion s’est transformée en marchandise. Ce nouveau marché tend même à entrer en concurrence avec le monde médical officiel. [25]

Le régime capitaliste est donc non seulement parvenu à transformer le bien-être en marchandise, mais également en tant que finalité des individus, en y ajoutant une connotation morale faisant par extension culpabiliser les individus sur leurs situations et faisant également alimenter leurs désirs qui devient insatiable. [20]

On pourrait ainsi se demander comment fonctionne cette marchandisation du bien-être qui, comme on l'a vu, rencontre un grand succès.

En 1995, le neurologue Antonio Damasio a réalisé une expérience prouvant que nous étions inconsciemment informés d'événements de notre environnement qui définissait par la suite notre comportement. Il ajoute que nous agissons de manière consciente ou inconsciente sur la base d'informations sensorielles. Les sociétés du bien-être se sont donc appuyées de ces éléments pour établir leur stratégie consistant à stimuler l'ensemble des sens de l'individu pour entrer dans son intimité, d'où la naissance du marketing émotionnel* pour influencer le client et le pousser à l'achat. [25]

Il est donc important d'avoir conscience de cette marchandisation du bien-être, de l'impact sur notre attitude, et des effets néfastes qu'elle peut engendrer lorsque l'individu n'est plus considéré pour ce qu'il est, mais pour ce qu'il représente en termes de profit. [29]

On pourrait ainsi se demander si cette marchandisation du bien-être est également applicable dans le domaine pharmaceutique en s'intéressant à la prise en charge de la dépression et à la prescription des antidépresseurs, car on entend souvent dire dans la presse que la France est la première consommatrice de psychotropes*.

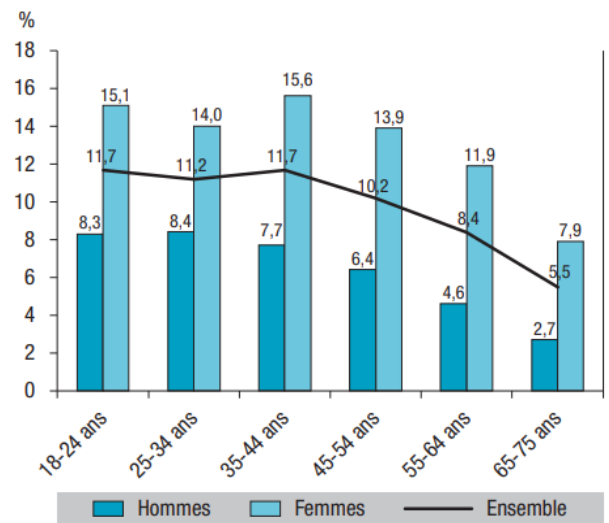
II. Dépression et antidépresseurs, tendances et modes d'actions :

1. Définition de la dépression :

La dépression est un trouble mental associé à un dysfonctionnement social et à une souffrance personnelle majeure, qui concerne environ 280 millions de personnes soit 3,8 % de la population, dont 5,0 % d'adultes et 5,7 % de personnes âgées de plus de 60 ans. [31] D'après une étude de l'Organisation Mondiale de la Santé, elle est l'une des dix premières causes de morbidité et de mortalité dans le monde [14] et elle deviendra la deuxième cause de morbidité d'ici 2020. [15]

Par ailleurs, l'Inserm estime qu'une personne sur cinq souffre ou souffrira de dépression au cours de sa vie, et que celle-ci est potentiellement mortelle puisqu'elle cause entre 5 à 20% de suicide. [16]

Elle toucherait tout type de personnes, avec une tendance pour les femmes, comme nous le montre la *figure 1* relative à la prévalence de l'épisode dépressif déclaré au cours des 12 derniers mois chez les 18-75 ans en France, et où l'on voit que la prévalence pour les femmes est 2 fois plus élevée que pour les hommes. On voit par ailleurs que les personnes ayant entre 18 et 44 ans sont les plus touchées en France en 2017. [32]



Source : Baromètre santé 2017, Santé publique France.

Figure 1 : Prévalence de l'épisode dépressif caractérisé déclaré en 2017 [32]

Avec le COVID-19 et les mesures appliquées, en particulier les confinements, le nombre de personnes atteintes de dépression a augmenté, plus particulièrement auprès des jeunes de 18 à 24 ans, pour qui la proportion a été multiplié par 4 entre 2014 et 2020 passant de 5 à 22%. [33]

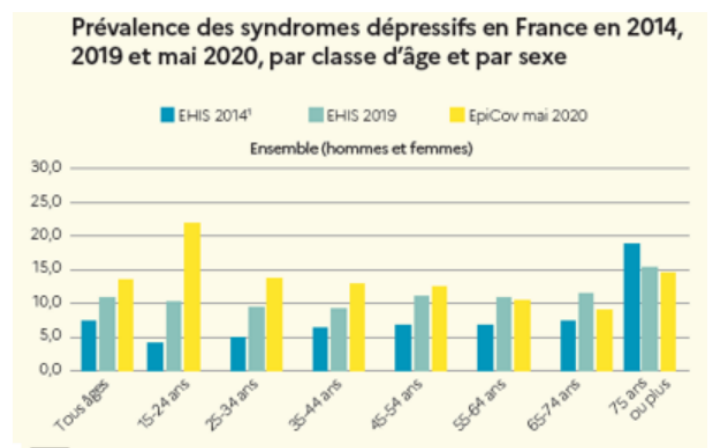


Figure 2 : Prévalence des syndromes dépressifs en France en 2014, 2019 et 2020 [33]

Selon l'OMS, la dépression se caractérise 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, une sensation de fatigue et un manque de concentration. [15]

Elle serait hautement héréditaire avec près de 40 à 50% d'atteintes d'origine génétique. Quant aux 50 à 60% restants, il s'agirait de facteurs environnementaux tels que les traumatismes de la petite enfance, le stress émotionnel, les maladies physiques, la consommation d'alcool, de drogues et même les infections virales.

Le risque de dépression est donc provoqué par l'interaction entre les gènes de la vulnérabilité émotionnelle face au stress d'un individu, et l'environnement dans lequel il vit ou a vécu. [14]

Par cette interaction, l'ADN va changer sa configuration, ce qui entraîne des modifications dites "épigénétiques". [34]

Via des études sur des jumeaux pré et post-partum, il a été démontré que les principales modifications épigénétiques concernent les gènes TPH2 et 5HTT, gène participant à la sécrétion de la sérotonine. [34]

La dépression impliquerait également les monoamines* en particulier la sérotonine, dopamine et noradrénaline, car ils modulent la réactivité émotionnelle. En effet, un déficit en dopamine entraîne une perte d'envie et de plaisir, un déficit en noradrénaline, une perte d'énergie et de concentration, et, un déficit en sérotonine est relatif à de l'impulsivité, des troubles obsessionnels et de sommeil.

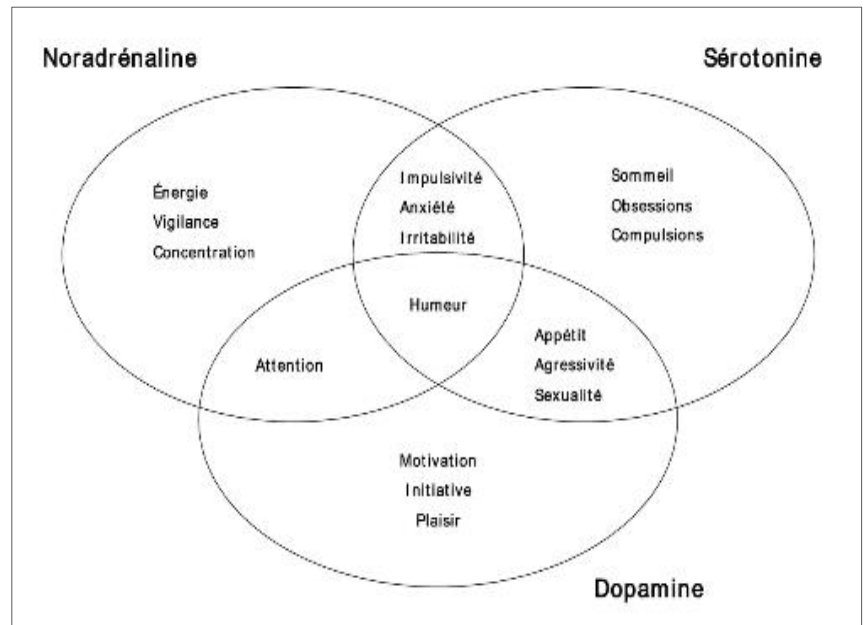


Figure 3 : Actions des différentes monoamines [34]

Un individu peut également présenter des déficits au niveau de plusieurs neurotransmetteurs différents, et donc d'autres signes inhabituels peuvent apparaître. [34]

Par ailleurs, avec les études on a également pu voir que :

- L'hippocampe et les régions frontales du cortex cérébral sont à priori associés aux anomalies cognitives observées chez de nombreux patients atteints de dépression.
- L'amygdale serait également impliquée et aurait un rôle dans la gestion de la peur.
- On a également une implication des voies de récompense du cerveau.
- Enfin, l'hypothalamus jouerait également un rôle notamment par rapport aux anomalies de l'appétit, du sommeil et des rythmes circadiens. [34]

Nb : Des études d'imagerie cérébrale chez l'homme et l'examen de tissus cérébraux post-mortem provenant de personnes dépressives confirment la contribution de ces régions du cerveau et de plusieurs autres à la dépression, mais, jusqu'à présent, aucun consensus clair ne s'est dégagé. [34]

Des chercheurs du département de psychiatrie de l'université VU Medical Center d'Amsterdam dans une étude publiée dans la revue Molecular Psychiatry ont aussi révélé, que selon la gravité de la dépression celle-ci pouvait amener à un “vieillissement accéléré” des cellules, et les personnes atteintes auraient tendance à développer des pathologies liées au vieillissement telles que les maladies cardiovasculaires et cérébrovasculaires, les syndromes métaboliques comme le diabète de type 2, de la démence ou encore des cancers. [35 ; 36]. La dépression est une maladie passagère ou chronique, qui impacte les personnes atteintes dans leur vie sociale. Elle touche donc à la fois le corps et l'esprit, donc le bien-être. [34]

Lorsque la maladie est considérée comme étant légère, elle peut être prise en charge sans traitement. Néanmoins, dans le cas où celle-ci serait modérée voire grave, les patients peuvent avoir recours à des médicaments appelés antidépresseurs, ainsi qu'à des suivis psychologiques. [34]

La dépression se caractérise donc par une perte ou diminution de sensation de bien-être, car comme dit précédemment, le bien-être est relatif à des sécrétions hormonales au niveau du cerveau avec la sérotonine notamment. Ainsi, les antidépresseurs permettront de conserver une quantité nécessaire en neurotransmetteurs.

2. Les antidépresseurs :

Pour traiter la dépression, des traitements médicamenteux ont pu être créés avec notamment les antidépresseurs.

Les antidépresseurs sont des traitements médicamenteux faisant partie de la famille des psychotropes, qui ont par conséquent des effets sur le psychisme et permettent de modifier l'activité mentale. [34]

Pour être plus précise, il existe une classification des psychotropes avec trois grandes catégories :

- **les psycholeptiques ou sédatifs psychiques, ralentissant l'activité du système nerveux** : On a ici les neuroleptiques, les régulateurs de l'humeur, tranquillisants et anxiolytiques, hypnotiques et barbituriques.
- **les psychoanaleptiques ou excitants psychiques**, accélérant l'activité du système nerveux. C'est dans cette catégorie qu'on retrouve les antidépresseurs qui stimulent l'humeur, mais également les amphétamines, stimulantes de la vigilance.

- **les psychodysléptiques ou perturbateurs psychiques**, perturbant l'activité du système nerveux avec notamment les hallucinogènes (kétamine, phencyclidine, LSD), les stupéfiants (morphine, héroïne, opium) et l'alcool. [34]

C'est en voulant synthétiser des molécules proches des neuroleptiques que les effets de l'imipramine ont été constatés. Sa synthèse est moins coûteuse et l'imipramine deviendra le premier antidépresseur commercialisé sous le nom de Tofranil®. On découvre également que l'iproniazide (Marsilid®), initialement utilisé comme antituberculeux entraîne des effets positifs sur l'humeur, et deviendra donc le deuxième antidépresseur. [34]

Ces découvertes, remontant à 1957, ont permis de classer les antidépresseurs dans un premier temps en deux catégories : les inhibiteurs de la monoamine-oxydase* (IMAO) et les antidépresseurs tricycliques, qui sont tous deux encore aujourd'hui considérés comme les antidépresseurs ayant des propriétés supérieures aux molécules récentes. [18].

Vers les années 1970, une nouvelle catégorie d'antidépresseurs fait son apparition, qu'on appelle antidépresseur de seconde génération qui présenterait moins d'effets secondaires. [18].

Enfin, Glowinski et Axelrod ont démontré que les antidépresseurs tricycliques sont capables d'inhiber la recapture présynaptique de la noradrénaline (NA). Depuis cette découverte, les antidépresseurs sont caractérisés par leurs activités biochimiques sur les systèmes à neurotransmetteurs, notamment monoaminergiques. [18].

On trouve ainsi différentes classes d'antidépresseurs : [34]

- Les ISRS* : Inhibiteurs sélectif de la recapture de la sérotonine
- Les IRSNA* : Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
- Les antidépresseurs tricycliques
- Les IMAO* : Inhibiteurs de monoamine oxydase
- Les IRDN* : Inhibiteurs de la recapture de la dopamine et de la noradrénaline
- Les autres antidépresseurs

Vous trouverez ci-dessous le détail pour chaque classe :

Classe	ISRS	IRSNA	Antidépresseurs tricycliques	IMAO	IRDN	Autres antidépresseurs
Fonction	Inhibent de façon sélective la recapture de la sérotonine	Inhibent de façon sélective la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline	Inhibent la recapture de la sérotonine, de la noradrénaline, et de la dopamine	Empêchent la destruction de la sérotonine, de la noradrénaline et/ou de la dopamine.	Inhibent la recapture de noradrénaline et de dopamine	Mécanisme différent selon chaque molécule
Molécule	Fluoxétine Sertraline Citalopram Escitalopram, Fluvoxamine Paroxétine	Venlafaxine Milnacipran Duloxétine	<u>Dérivé de l'imipramine</u> : Clomipramine Amitriptyline Desipramine Trimipramine Dosulepine	Iproniazide Moclobémide	Bupropion	Agomélatine Miansérine Mirtazapine Tianeptine Vortioxétine
Nom des médicaments du marché	Prozac®, Seroplex®, Seropram®, Deroxat®, Zoloft®, Floxyfral®	Effexor®, Cymbalta®, Ixel®	Anafranil®, Laroxyl®, Tofranil®, Prothiaden®, Ludiomil®	Marsilid®, Moclamide®	Zyban®	Valdoxan®, Athymil®, Norset®, Stablon®, Brintellix®

Tableau 1 : Les différentes classes d'antidépresseurs

En dehors de la dépression, les antidépresseurs peuvent être préconisés pour d'autres cas. Par exemple, ils sont utilisés en neurologie et rhumatologie pour traiter les migraines et les douleurs chroniques chez des patients qui ne sont pas forcément déprimés. Certains aussi ont un effet antalgique, en réduisant la sensibilité des neurones de la douleur. Enfin dans le cas de trouble de panique, de trouble anxieux généralisé* et de trouble obsessionnel compulsif, les patients peuvent se voir indiquer des antidépresseurs. [37]

Par ailleurs, un certain nombre d'antidépresseurs ont également été retiré du marché : amineptine, medifoxamine, opipramol, oxaflozane, quinupramine, nortriptyline, nialamide, trazodone, déméxiptiline notamment en raison de leurs effets secondaires. [37].

On peut donc conclure que la découverte de nouvelles molécules n'a certes pas permis d'obtenir une meilleure efficacité que leurs ancêtres, néanmoins la diminution des effets secondaires, notamment cardiovasculaires montrent qu'il reste possible et nécessaire de continuer les études pour trouver des traitements avec une efficacité plus importante et pour apporter un réel progrès thérapeutique dans le traitement des personnes atteintes de dépression. Cela permettrait également de rendre plus spécifiques les traitements afin de répondre selon les besoins de chaque patient individuellement. [37].

3. Pharmacologie et mécanismes d'actions des antidépresseurs :

Si l'on s'intéresse maintenant à la pharmacologie et aux différents modes d'actions des classes d'antidépresseurs, on va tout d'abord pouvoir les diviser en deux catégories. Il y aura d'un côté les antidépresseurs qui vont stimuler l'humeur, on les appelle les thymoanaleptiques et de l'autre côté, ceux ayant un effet euphorisant sont les thymérotiques, le mot thymie faisant référence à l'humeur.

Parmi les thymoanaleptiques, on retrouve les ISRS, IRSNA et les imipraminiques, et pour ce qui est des thymérotiques on a les IMAO (non-sélectifs et sélectifs). [38]

Mécanisme d'action des ISRS :

Tout d'abord concernant les ISRS à savoir les inhibiteurs "sélectifs" de la recapture de sérotonine, il s'agit de la classe d'antidépresseurs la plus prescrite, et comme leur nom l'indique, la sérotonine a un rôle majeur dans leur mécanisme d'action.

En effet, l'antidépresseur va agir sur la synapse au niveau présynaptique, car on va y trouver des vésicules contenant de la sérotonine.

Chez une personne normale, le précurseur de la sérotonine L-Tryptophane va se transformer en sérotonine qui sera stockée dans les vésicules et lorsqu'on en aura besoin, il va y avoir libération de la sérotonine dans la synapse, dont une partie sera captée par ses récepteurs 5-HT récepteurs. L'autre partie sera détectée par l'autorécepteur 5-HTR, qui va permettre de réguler le taux de sérotonine dans la synapse. Une fois que la sérotonine a agi, elle va être recapturée par le transporteur "SERT" et être stockée en attendant d'autres besoins futurs. [38]

Chez une personne atteinte de dépression, l'hypothèse qui revient la plus fréquemment est qu'elle présente un stock insuffisant en sérotonine. C'est là que l'ISRS intervient. En effet, il va empêcher la recapture de la sérotonine par le SERT et donc il y aura cette fois-ci assez de sérotonine dans la synapse pour permettre l'activation neuronale, chose qui n'était pas possible avant. [38]

Mécanisme d'action des IRSNA :

Ensuite, concernant les IRSNA, à savoir les inhibiteurs de la recapture de sérotonine et de noradrénaline, comme pour les ISRS, ils vont agir de la même façon sur la sérotonine, mais ils auront également une action au niveau des synapses permettant la transmission noradrénergique. Les IRSNA inhibent donc les transporteurs SERT et NET. [38]

Parmi les effets indésirables fréquents pour ces deux classes d'antidépresseurs, on a l'allongement du QT, qui est une anomalie du système électrique cardiaque entraînant des arythmies cardiaques. Il est également question de troubles sexuels, de saignements ainsi que des envies de suicide suite aux premiers jours de la prise. [38] et [39]

Mécanisme d'action des antidépresseurs tricycliques :

Quant aux antidépresseurs tricycliques, la molécule qui agit est l'amitriptyline. Comme pour les IRSNA, ils vont agir sur la transmission sérotoninergique et noradrénergique. Mais, ils vont également bloquer l'action de l'acétylcholine. C'est un neurotransmetteur ayant un rôle au niveau de l'apprentissage et de la mémoire, mais également dans l'activité musculaire, la régulation du rythme cardiaque, la digestion des aliments, etc. [40 ; 41]

De ce fait, ces antidépresseurs sont ceux provoquant le plus d'effets indésirables. Par ailleurs, cette classe de médicaments présente aussi une toxicité au niveau cardiaque avec un risque de convulsions et de dépressions respiratoires. Parmi les effets indésirables, on a une sécheresse buccale, une rétention urinaire, mais aussi des troubles de l'accommodation, de la constipation et des confusions.

On comprend donc que cette classe est censée être prescrite en dernière intention. [38]

Mécanisme d'action des IMAO :

Pour ce qui est des IMAO, c'est-à-dire des inhibiteurs de la monoamine-oxydase, ils vont également agir sur les transmissions sérotoninergiques et noradrénergiques mais non pas sur les transporteurs, mais plutôt sur des enzymes monoamines oxydase (MAO) présentes dans les neurones présynaptiques. En temps normal, ces enzymes présentes chez tous les individus ont pour objectif d'éliminer la sérotonine et la noradrénaline, toutes deux des monoamines, qui vont se fixer sur elles et donc permettre la régulation du stock en monoamine. Étant donné que les personnes atteintes de dépression possèdent un stock insuffisant en monoamine, les IMAO vont inhiber ces enzymes MAO de manière à avoir un stock satisfaisant pour l'activation neuronale. [38]

Cependant, il existe deux types d'IMAO, les sélectifs et les non-sélectifs. Avant de rentrer dans le détail, il faut savoir que les enzymes MAO ont également un rôle dans la métabolisation de la tyramine devant être dégradée pour éviter l'hypertension.

Les IMAO sélectifs vont inhiber uniquement les MAO de type A, qui vont éliminer la sérotonine et noradrénaline, mais il y aura toujours métabolisation de la tyramine par les MAO de type B.

Néanmoins, pour les IMAO non sélectifs, il ne restera plus de MAO disponible pour inhiber les monoamines et la tyramine n'est plus éliminée, ce qui engendre un grand nombre d'effets indésirables en particulier des crises hypertensives. [38]

Vous trouverez ci-dessous un schéma récapitulatif des modes d'actions de chaque antidépresseur :

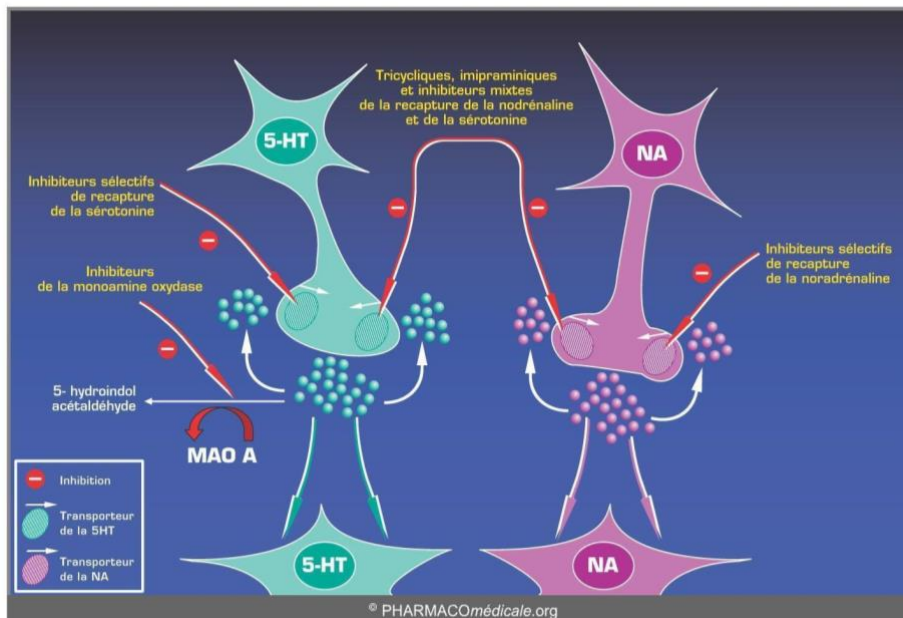


Figure 4 : Mécanismes d'actions des antidépresseurs [42]

Délai d'action :

Pour ce qui est du délai d'action, il va varier selon la classe d'antidépresseurs. Dans le cas des ISRS et des IRSNA, on va avoir un délai d'action aux alentours de 2 à 4 semaines. Cela s'explique par le phénomène de "Down Regulation" suite à l'augmentation soudaine de monoamines dans l'organisme du fait de la prise d'antidépresseurs. Ce n'est donc qu'au bout de 2 à 4 semaines que la sérotonine et la noradrénaline seront sécrétées en quantité suffisante. Les IMAO et les tricycliques auront quant à eux un délai d'action de 2 à 3 semaines. [38]

Les professionnels de santé doivent donc prendre en compte le délai d'action ainsi que tous les effets indésirables engendrés pour émettre des conclusions en terme d'efficacité de l'antidépresseur sur un individu et de la balance bénéfique/risque.

4. Le marché des antidépresseurs :

Le marché des antidépresseurs est un marché qui rapporte en France environ 500 millions d'euros de chiffre d'affaires avec près de 45 millions de boîtes vendues chaque année. [43] Aux USA, le marché global représentait aux alentours de 14,0 milliards de dollars US en 2020, montrant ainsi l'importance du marché de la dépression. [44]

Comme dit précédemment, la majorité des antidépresseurs se base sur l'hypothèse d'un déficit en neurotransmetteurs monoamines dans le cerveau causant la dépression.

Ainsi, ce sont majoritairement les ISRS ainsi que les IRSN qui sont prescrits. Parmi les laboratoires pharmaceutiques les plus connus, on a notamment Eli Lilly avec le Prozac®, un ISRS qui a généré à ses débuts près de 2,5 milliards de dollars de chiffre d'affaires par an et qui a ensuite perdu son brevet en 2001, menant à un afflux de génériques. [45]. L'ISRNA Cymbalta® est aussi un antidépresseur connu de la même entreprise commercialisé depuis 2004, et qui avait généré jusqu'à 5 milliards de dollars par an avant l'expiration de son brevet en 2014. [46]

Autre entreprise dans le traitement de la dépression, GSK avec son médicament Deroxat® de la classe des ISRS avec une vente de plus de 10 millions de boîtes dans l'hexagone en 2013 [44]

Quant aux antidépresseurs tricycliques, ils restent assez connus depuis leur introduction en 1960 avec la découverte de l'Anafranil® par Novartis, bien que celle-ci se focalise à l'heure actuelle sur l'immuno-dermatologie. [44]

L'entreprise Lundbeck s'est également fait connaître en 1960 avec son antidépresseur Saroten®, marquant ainsi son intérêt pour cette pathologie, avec par la suite le développement de Brintellix®, en collaboration avec Takeda, antidépresseur ayant rapporté le plus avec près de 376 millions d'euros. [47 ; 48]

Cependant, il est également important de souligner que le marché des antidépresseurs est très saturé depuis l'expiration des brevets des grandes marques et donc l'arrivée en masse des génériques, ce qui mène à une baisse de chiffres d'affaires inévitables pour ces laboratoires pharmaceutiques, d'autant plus que les médecins généralistes prescrivent généralement des ISRS génériques conformément aux directives thérapeutiques. [44]

Par ailleurs, de nouveaux médicaments ont été développés récemment, ceux-ci s'éloignant de plus en plus de l'hypothèse de déficit monoaminergique. On a notamment Johnson & Johnson qui a commercialisé en 2020 un nouvel antidépresseur sous forme de spray nasal, le Sparvato®, indiqué dans le traitement des dépressions résistantes, lorsqu'au moins deux antidépresseurs différents n'ont pas fonctionné. Il s'agit par ailleurs du premier médicament à base d'eskétamine disponible en France.

En effet la kétamine est un puissant anesthésiant utilisé le plus souvent en obstétrique et en pédiatrie, mais des études récentes ont prouvé un effet antidépresseur notamment dans la diminution des idées suicidaires. [47 ; 49]

Enfin, on retrouve le laboratoire Servier qui a lancé en 2019, le Valdoxan®, antidépresseur contenant de l'agomélatine qui s'avère être très bien toléré comme nous verrons par la suite. [50]

On voit donc bien que le marché des antidépresseurs reste un marché important, et que des études pour des nouveaux traitements et l'identification de nouvelles cibles existent, bien qu'elles soient plus faibles et que les antidépresseurs de 1ère génération à savoir les ISRS et IRSNA demeurent les classes les plus utilisées.

5. Les antidépresseurs, une divergence du corps médical sur leurs efficacités :

Arguments pour les antidépresseurs :

Les antidépresseurs sont de plus en plus prescrits dans le monde, mais certains se demandent s'ils sont vraiment efficaces. À ce sujet les avis divergent dans la littérature.

En effet, une équipe internationale a réalisé une étude publiée dans *The Lancet* en 2018 afin d'obtenir des données robustes sur l'efficacité des antidépresseurs, et mieux orienter la prescription en fonction de ceux qui sont mieux tolérés par notre organisme. On compte près de 522 essais cliniques randomisés en double aveugle, comprenant 116 477 participants atteints de dépression majeure (avec un score moyen de 25 sur l'échelle de dépression de Hamilton) qui ont été inclus dans cette étude, et un total de 21 antidépresseurs pris en compte. [51]

Dans un premier temps, cette analyse a montré que tous les antidépresseurs étudiés présentaient une efficacité supérieure au placebo avec un meilleur taux de rémission, chez des personnes traitées avec un syndrome dépressif sévère comme vous pouvez voir avec le graphique (figure 5). [51]

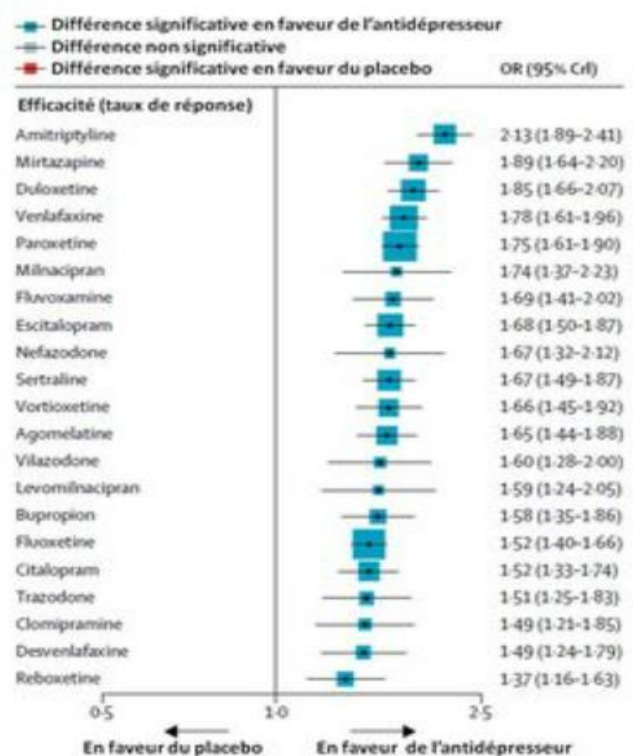


Figure 5 : Analyse des efficacités de 21 antidépresseurs comparées au placebo. [51]

En approfondissant l'analyse, l'on s'est rendu compte que 5 molécules paraissent plus efficaces que d'autres. En effet, avec ce graphique, on remarque que l'amitriptyline (Laroxyl® et Elavil®), la mirtazapine (Norset® et génériques), la duloxétine (Cymbalta® et génériques), la venlafaxine (Effexor® et génériques) et la paroxétine (Deroxat® et Divarius®) présentent une plus forte rémission des symptômes dépressifs, tandis que la reboxetine (non commercialisée en France), la desvenlafaxine (idem) et la clomipramine (Anafranil® et génériques) ont un effet et une tolérance beaucoup plus faible et menant à un arrêt prématuré du traitement. [51]

Concernant l'acceptabilité, cette fois, les auteurs ont constaté que l'agomélatine (Valdoxan® et génériques) et la fluoxétine (Prozac® et génériques) étaient très bien tolérés puisque ces molécules sont associées à un arrêt prématuré du traitement significativement plus faible qu'avec la prise d'un placebo.

Pour les autres molécules, il n'y a pas de différences significatives mis à part pour la clomipramine qui mène à une augmentation des arrêts prématurés du traitement de façon significative et qui est donc moins bien tolérée que le placebo. [51]

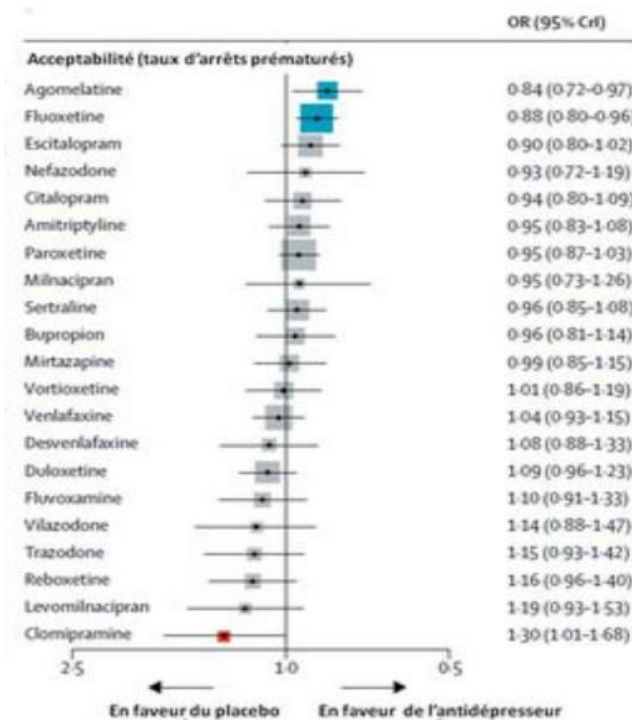


Figure 6 : Analyse de l'acceptabilité de 21 antidépresseurs comparées au placebo. [51]

Pour finir, certains antidépresseurs via cette étude apparaissent efficaces et bien tolérés particulièrement l'escitalopram, mirtazapine, paroxétine, agomélatine et sertraline.

Par ailleurs, les auteurs ont remarqué que le profil d'efficacité des antidépresseurs avait tendance à être meilleur à chaque lancement de nouveau médicament, et que cela pouvait s'expliquer par la perception du patient voire du médecin à l'égard de la nouveauté.

Ainsi, cette étude, plus robuste que les précédentes, est actuellement disponible auprès des prescripteurs afin de les faciliter dans le choix d'un antidépresseur en première intention pour les personnes atteintes de trouble dépressif majeur de l'adulte. [51]

Arguments contre les antidépresseurs :

D'un autre côté des études ont été menées pour prouver que l'antidépresseur serait semblable au placebo en terme d'efficacité. En effet, Irving Kirsch, professeur de psychologie à l'université de Hull, en Grande-Bretagne, a réalisé une méta-analyse* en 2008 sur les antidépresseurs de nouvelle génération, afin d'analyser leurs efficacités par rapport au placebo et a ensuite écrit de nombreux ouvrages dans ce sens au fil des années. Au total, l'ensemble des données publiées et non publiées de 4 antidépresseurs soit 47 essais cliniques soumis à la Food Drug Administration* (FDA) aux Etats-Unis, ont été recueillis et analysés. Les quatre antidépresseurs étudiés sont la fluoxétine (Prozac®, laboratoires Eli Lilly), la venlafaxine (Effexor®, Wyeth), la nefazodone (Serzone, Bristol-Myers Squibb) et la paroxétine (Deroxat, GlaxoSmithKline). [52;53]

D'après cette méta-analyse, les différences d'efficacité des antidépresseurs entre le médicament et le placebo augmentent non pas selon la durée du traitement ou le type de médicament, mais selon la gravité initiale de la maladie. Cependant, cette augmentation reste relativement faible, même pour les patients gravement déprimés. [52]

Par cette figure, on a comparé l'amélioration du médicament, représentée par des triangles rouges autour de leur ligne de régression rouge pleine. Et l'amélioration du placebo, représentée par des cercles bleus autour de leur ligne de régression bleue pointillée. [52]

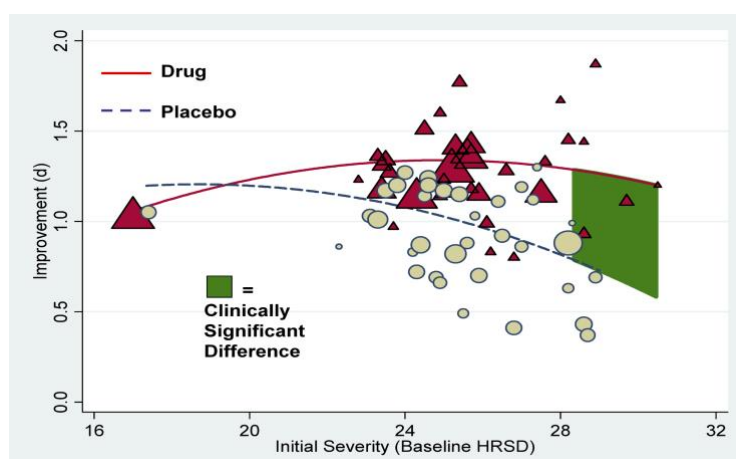


Figure 7 : Amélioration moyenne du médicament et du placebo en fonction de la sévérité de la dépression

On constate que la pente pour le placebo a diminué à mesure que la gravité augmentait, tandis que la pente pour le médicament à celle-ci légèrement augmenté.

De plus, la différence est significative entre l'effet du placebo et de l'antidépresseur uniquement aux alentours de 28, relatif à une dépression sévère selon l'échelle d'évaluation de la dépression de Hamilton (Baseline HRSD).

L'étude révèle donc que même sous placebo, il peut exister un effet bénéfique pour les patients atteints de dépression légère à modérée. Par ailleurs, le plus grand bénéfice pour

les patients souffrant de dépression sévère semble résulter d'une diminution de la réponse au placebo plutôt qu'à une augmentation d'efficacité du médicament. [52;53]

Selon le professeur Hélène Verdoux, psychiatre et épidémiologiste à l'université Bordeaux-II, cette étude « conforte les recommandations françaises pour les dépressions modérées, qui sont de proposer en premier lieu une psychothérapie* et de réserver les antidépresseurs aux cas pour lesquels cette prise en charge ne marche pas." et reflètent bien la population traitée en médecine de ville ».

Néanmoins, elle évoque « une inondation massive de la population par les antidépresseurs » et que cette étude pourrait donc contribuer à la réduction de la prescription des antidépresseurs. [53]

Enfin, en ce qui concerne les laboratoires pharmaceutiques, ils restent tout de même sceptiques par cette étude, puisque de nombreuses études prouvent l'efficacité des antidépresseurs. Ils pensent qu'il faudrait donc laisser la parole aux cliniciens. [53]

Par cette étude, on pourrait également se demander comment ces antidépresseurs ont pu être approuvés par la Food Drug Administration (FDA) et l'Agence Européenne du médicament* (EMA) sachant que les résultats en termes d'efficacité par rapport aux placebos sont visiblement similaires ? Pour le comprendre, certains se sont intéressés aux critères d'approbation de la FDA qui présentent des failles. En effet, la FDA exige deux essais cliniques montrant une différence significative entre le médicament et le placebo, pour pouvoir être mis sur le marché. Cependant, il n'y a pas de limitation de nombre d'essais cliniques échoués pour y arriver et à partir du moment où deux essais cliniques sont statistiquement significatifs bien que faibles, le médicament en question peut être mis sur le marché sans précision du nombre d'essais négatifs. [54]

De plus, un certain nombre de scandales sont survenus au cours des années avec des laboratoires pharmaceutiques qui sont parvenus à commercialiser leurs antidépresseurs malgré les effets indésirables graves de leurs molécules. Tout d'abord, ce fut le cas en 1988 avec le Prozac® dont les risques d'actes violents et de suicides étaient connus par Eli Lilly, mais qui n'avaient jamais transmis ces informations à la FDA, d'après le document confidentiel révélé en 2005 par le "British Medical Journal". En 2004, les études cliniques pour la commercialisation du Cymbalta® avaient également causé 11 tentatives de suicides et 4 suicides aux USA, et là encore la FDA n'en avait pas été informée. On peut enfin citer le Deroxat® en 2015 qui a suscité un scandale, car le laboratoire GSK avait minoré les effets

indésirables sur les adolescents auprès de la FDA pour commercialiser son médicament. Bien que ces événements ne concernent que très peu de médicaments, on constate bien que la réglementation de la FDA présente des failles et les laboratoires pharmaceutiques peuvent en profiter pour commercialiser leurs molécules. [52]

Certaines personnes sont de ce fait convaincues de l'impact majeur que les laboratoires pharmaceutiques ont dans l'usage généralisé des antidépresseurs. C'est le cas de Philippe Even, médecin-pneumologue et co-auteur du livre *Dépressions, antidépresseurs : le guide*, paru en 2018. Selon lui, les antidépresseurs sont dangereux et inutiles dans la plupart des cas et la dépression en tant que réelle pathologie ne toucherait que 500 000 personnes en France, le reste vivant plutôt des réactions humaines avec des phases de mal-être compte tenu des événements de la vie comme le suggérait Nietzsche : « Souffrir, c'est vivre ». Cette banalisation serait donc l'œuvre des lobbyings à savoir des grandes industries pharmaceutiques pour qui ce business représente chaque année 100 milliards de dollars de vente, avec une puissance de frappe après les GAFKA* (Google, Apple, Facebook et Amazon). Enfin, selon lui, les médecins en prescrivent, car ils n'ont pas accès à toutes les informations. [55]

Cet argument peut être appuyé lorsque l'on s'intéresse au marché des antidépresseurs qui représente une vraie mine d'or pour les laboratoires peu importe l'époque. Dans les années 1990, le Prozac® a rapporté près de 2,6 milliards de dollars par an au laboratoire Eli Lilly, Pfizer avec son médicament Zoloft® a généré 2,7 milliards de dollars en 2002 et Effexor® du laboratoire Wyeth (racheté par Pfizer) près de 4 milliards de dollars de chiffres d'affaires en 2008. De surcroît, bien que les ventes aient stagné, les chiffres restent tout de même élevés, avec près de 45 millions de boîtes vendues chaque année, 5 millions de consommateurs d'antidépresseurs, et un coût équivalent à 373 millions d'euros pour l'Assurance Maladie en 2016. [56]

Cependant, depuis l'expiration des brevets, et l'arrivée des génériques beaucoup moins cher, mis à part les grands laboratoires cités plus haut à savoir Eli Lilly, Lundbeck ou encore J&J, les autres entreprises ont plutôt réorienté leurs ventes vers d'autres pathologies qui rapportent plus tel que le cancer ou le diabète, d'où la diminution de la recherche sur la dépression. Les lobbyings dans le sens négatif du terme n'auraient donc pas le même poids pour la dépression que pour d'autres maladies comme le cancer par exemple. [57]

Cette augmentation et banalisation au niveau des taux de prescriptions et de consommation refléteraient par ailleurs la mentalité de notre société actuelle, d'une injonction au bien-être voire d'une tyrannie du bonheur, avec ce besoin perpétuel de vouloir aller mieux instantanément. La place actuelle du bien-être dans notre société prouve également que celle-ci est devenue une notion primordiale tant d'un point de vue médical qu'économique, et que les antidépresseurs peuvent être considérés comme des marchandises "psychologiques" si l'aspect médical n'est pas prioritaire dans la prise en charge médicamenteuse de la dépression.

D'autres reprochent le mode d'action limité des antidépresseurs. En effet, environ 50% des patients ne répondent pas au traitement initial de première intention et 1/3 ne parviennent pas à guérir après plusieurs tentatives pharmacologiques. La plupart des antidépresseurs couramment utilisés permettent une augmentation des monoamines, mais selon eux, malgré leur efficacité auprès de nombreux patients, il reste tout de même important d'identifier de nouvelles cibles thérapeutiques pour aider les personnes qui ne répondent pas aux traitements actuels et d'accentuer les recherches sur la kétamine par exemple, reconnue comme dit plus haut pour ses effets antidépresseurs auprès des patients résistants. [58]

Pour conclure, avec tous ces arguments à l'encontre de l'efficacité des antidépresseurs et, par cette "emprise" des laboratoires pharmaceutiques on pourrait alors se questionner sur la perception de la société vis-à-vis de la dépression et se demander s'il ne s'agit pas plutôt d'une marchandisation du bien-être poussant la société à consommer et à toujours vouloir aller mieux, ce qui expliquerait cette prescription massive d'antidépresseurs.

Il serait donc important de prioriser la psychothérapie voire l'administration d'un placebo avant de prescrire des antidépresseurs, sauf si la dépression est jugée sévère. [59]

III. Prescription des antidépresseurs :

1. Prise en charge de la dépression :

Afin de mieux comprendre comment se passe la prescription des antidépresseurs, intéressons-nous au diagnostic de la dépression. Pour différencier la dépression d'une autre pathologie, une classification mondiale a été établie par l'OMS : la CIM-10*. Il s'agit de la classification de référence la plus utilisée par les professionnels de santé.

Pour être considéré comme atteint de dépression, le patient doit présenter au moins 5 symptômes de la liste avec au moins les 2 premiers, ainsi qu'une présence constante de ces symptômes durant au moins 2 semaines.

En général, cette classification est utilisée avec une autre : Le DSM*-IV et le DSM-V (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), utilisés particulièrement à des fins de recherches cliniques. Il se trouve qu'ils sont tous deux complémentaires dans le sens où la CIM-10 est accès sur le diagnostic de trouble phobique tandis que le DSM-IV et V se focalise sur les troubles de panique. [60]

Voici la liste des neuf symptômes permettant de diagnostiquer la dépression :

- 1) Humeur dépressive
- 2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir dans toutes ou presque toutes les activités
- 3) Perte/gain significatif de poids ou diminution/augmentation de l'appétit
- 4) Insomnie ou hypersomnie
- 5) Agitation ou ralentissement psychomoteur
- 6) Fatigue ou perte d'énergie
- 7) Sentiments d'indignité ou culpabilité excessive ou inappropriée
- 8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer, ou indécision
- 9) Pensées récurrentes de la mort, idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentatives de suicide, ou plan précis pour se suicider.

Les professionnels de santé caractérisent ensuite cet épisode dépressif par types pour savoir s'il s'agit notamment d'une dépression saisonnière, post-partum ou encore à caractère mélancolique. En fonction de la gravité du diagnostic, le médecin voit s'il y a un réel intérêt à prescrire des antidépresseurs, ou si une prise en charge psychothérapeutique* suffit.

D'autres outils existent pour faciliter le diagnostic des professionnels de santé :

- Le Patient Health Questionnaire (PHQ*) est utilisé pour diagnostiquer et mesurer la sévérité de la dépression.
- Le Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D*) et le le Beck Depression Inventory (BDI) sont des échelles permettant au patient de s'auto-évaluer et déterminer la fréquence des symptômes dépressifs.
- L'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS*) est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs.

- La Hamilton Depression Rating Scale (HDRS ou HAM-D*) : On utilise cette échelle une fois que le diagnostic de dépression est posé pour évaluer la sévérité de la dépression.
- La Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS*) est une échelle employée pour évaluer la sévérité de la dépression chez des patients souffrant de trouble de l'humeur. [61]

2. Mode de prescription en France :

En fonction des réponses du patient et les résultats fournis par les outils d'aide au diagnostic de la dépression notamment la grille DSM-IV et la CIM-10, celui-ci peut se voir attribuer des antidépresseurs par son médecin traitant dans la majorité des cas, ou par son psychiatre, à partir du moment où les échelles révèlent une dépression modérée voire sévère. Lorsqu'il est question de dépression légère, le médecin généraliste mène en général le patient à la psychothérapie en assurant une surveillance dans le cas où les symptômes s'aggravaient. Par ailleurs, les antidépresseurs ne peuvent être disponibles que sur ordonnance.

Il faut savoir que la durée minimum de la prise du traitement va varier selon l'épisode dépressif. S'il s'agit du premier épisode, il faudra alors compter au moins 6 mois pour avoir de réels résultats. Pour le second épisode la durée minimale sera de 12 mois et au-delà on comptera au moins 24 mois. [42]. Un suivi régulier du patient est également nécessaire afin de pouvoir détecter les effets indésirables potentiels et changer la molécule si nécessaire, mais également pour estimer le risque suicidaire car comme dit précédemment, certains antidépresseurs peuvent amener à des envies de suicides durant les premiers jours de la prise. [62]

En l'absence d'amélioration, le traitement ne doit pas être interrompu avant 4 semaines de dose régulière efficace. Dans le cas d'une réponse au traitement au bout de 4 à 6 semaines de traitement, le médecin ou le psychiatre pourra dans ce cas revoir les doses dans les limites de la posologie recommandée par l'Autorisation de mise sur le marché (AMM*), vérifier l'observance du patient ainsi que les éventuelles interactions médicamenteuses et éventuellement utiliser un autre antidépresseur soit de la même classe, soit d'une classe différente. Il est également possible d'associer 2 antidépresseurs mais cela est rare et nécessite l'avis d'un spécialiste. Les antidépresseurs entraînent des effets secondaires plus ou moins importants selon le patient. Le médecin ou le psychiatre devra évaluer le rapport bénéfice/risque qu'apporte le traitement avant une prise de décision. [62]

De façon générale, le traitement antidépresseur comporte 2 phases :

- Une phase aiguë de rémission des symptômes de 6 à 12 semaines, c'est-à-dire que l'état de santé du patient s'améliore à partir de cette période.
- Une phase de consolidation, qui cette fois-ci peut durer entre 4 à 12 mois et où le traitement agit à pleine dose.

C'est pour cela que la durée de prise est de 6 mois au minimum et le plus souvent 1 an, afin de minimiser les rechutes. Une fois les effets escomptés, il est possible de diminuer la dose voir d'arrêter le traitement, mais progressivement et avec l'avis d'un professionnel, pour éviter le risque de sevrage. [62]

Quant à l'arrêt du traitement, il doit être progressif et programmé avec le patient, en particulier lorsque l'antidépresseur présente une demi-vie courte. La demi-vie d'un médicament (ou de tout autre substance) correspond au temps nécessaire pour que sa concentration sanguine dans l'organisme diminue de moitié. Il est considéré que la quasi-totalité des médicaments sont éliminés après 5 demi-vies. [63]

En effet, en 2021 une étude française a été menée afin d'étudier le risque de syndrome de sevrage chez les patients traités par des antidépresseurs à demi-vie courte par rapport aux patients traités par des antidépresseurs à demi-vie longue en utilisant les données enregistrées entre le 1er janvier 1988 et le 31 décembre 2020. Avec cette étude, on a pu constater que l'utilisation d'antidépresseurs à demi-vie courte augmente le risque de sevrage par rapport aux antidépresseurs à demi-vie longue. Parmi les antidépresseurs les plus courants, la paroxétine et les IRSNA sont associés à un risque plus élevé de déclarer un syndrome de sevrage, tandis que l'agomélatine et la vortioxétine présentent un risque plus faible [64]. D'ailleurs, plus l'antidépresseur a été pris durant une longue durée, plus l'arrêt prendra du temps.

Pour terminer, vous trouverez un schéma récapitulatif de l'ensemble de la prise en charge des personnes atteintes de dépression figure 8. De plus, dans les cas de dépressions sévères ou d'échec des antidépresseurs, une hospitalisation peut être nécessaire avec l'administration d'antidépresseurs à des doses plus importantes voire une électroconvulsivothérapie* [62]

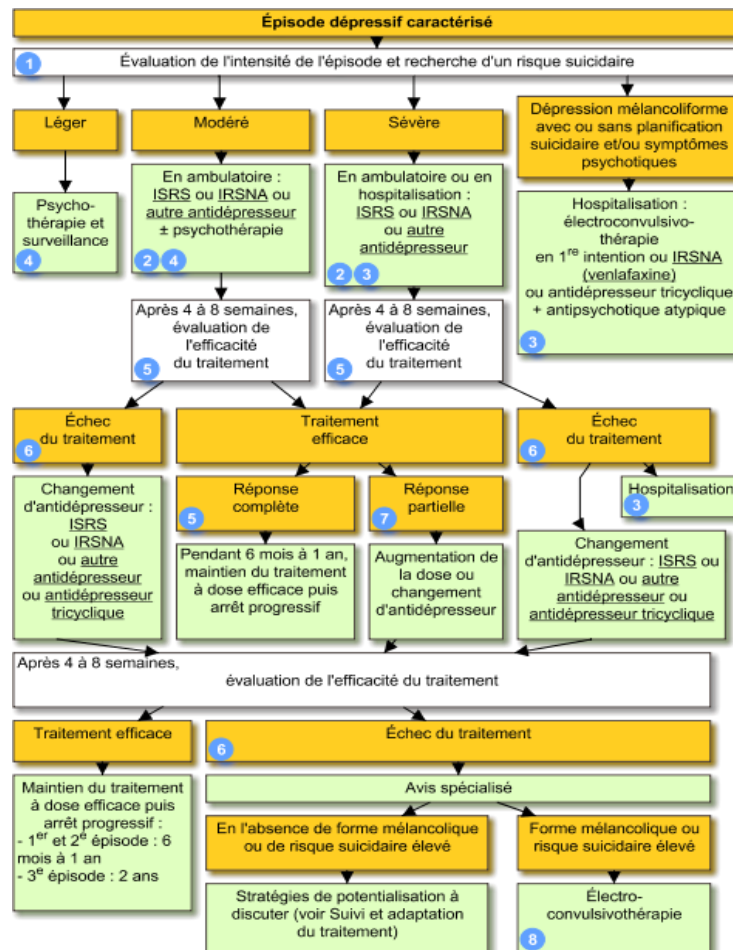


Figure 8 : Organisation de la prise en charge des patients atteints de dépression [62]

3. Avis des professionnels sur la prise en charge de la dépression :

La plupart du temps, c'est le médecin généraliste qui est le plus confronté à recevoir des patients présentant des syndromes dépressifs. En effet, le médecin traitant nous a suivis depuis notre enfance et connaît en général nos antécédents. C'est donc vers lui que les patients vont dans un premier temps se confier. De plus, l'idée d'aller voir un psychiatre directement ne fait pas partie de nos mœurs, et peut faire peur chez certaines personnes.

En partant de ce principe, une étude de la HAS a été menée en septembre 2018 auprès des médecins généralistes, afin de mieux comprendre la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux, la dépression y faisant partie. [65]

Concernant la dépression, les médecins ont tout d'abord révélé qu'il était rare pour eux dans leur pratique quotidienne de devoir adresser le patient vers un autre professionnels de santé, 5% seulement y ont recours. Cependant, lorsque la pathologie est diagnostiquée comme étant sévère, il y a une collaboration systématique avec un deuxième acteur, principalement les psychiatres libéraux. Mais, en général, les médecins parviendraient à être autonomes

dans la prise en charge thérapeutique de leur patient dépressif puisque seuls 3% des médecins prennent un avis en amont auprès d'autres professionnels de santé. [65]

Néanmoins, ces mêmes professionnels ont soulevé des difficultés rencontrées lors de leur prise en charge. Tout d'abord, ils déclarent être insatisfaits des relations qui peuvent exister à l'heure actuelle entre les médecins et les autres acteurs de la prise en charge des troubles mentaux. Selon près d'1/3 des médecins participant à l'étude, il y a un manque de coopération entre les professionnels spécialisés.

Plusieurs raisons ont été soulevées dans la littérature :

- En premier lieu l'organisation du système de soins. En effet, les médecins jugent l'offre de soins en France insuffisante, voire inadaptée notamment au sujet de la prise en charge hospitalière et ambulatoire de la psychiatrie privée. L'offre d'hospitalisation de la psychiatrie publique, quant à elle, est plutôt jugée satisfaisante et adaptée pour la moitié des médecins. [65]
- Les délais d'attente ont également été relevés étant donné qu'actuellement, il faut compter plus de 2 semaines pour obtenir une consultation avec un psychiatre public dans les Centre Médico-Psychologique (CMP*) ou privé. Enfin, les structures d'hospitalisations privées ont été considérées comme inadéquates notamment auprès des patients présentant un haut risque suicidaire. [65]
- Autre problématique liée à l'organisation des soins, la complexité du système de santé mentale. Effectivement, certains médecins regrettaient de ne pas disposer d'assez d'informations sur le système de soins psychiatriques en santé mentale et d'un manque de coordination et d'échange. [65]
- Pour finir, les acteurs de la prise en charge (médecins généralistes et psychiatres ici) n'auraient pas la même méthode de prise en charge, certains privilégiant des prises en charge médicamenteuses, tandis que d'autres des psychothérapies. [65]

Le patient peut également poser problème. En effet, de nombreuses études ont montré que les médecins généralistes ressentaient une réticence de leurs patients à avoir une prise en charge en psychiatrie bien que leur perception ait évolué positivement au fil des années. Par ailleurs, le déni de la maladie peut les amener à ne pas être observant dans la prise de son traitement, ce qui peut causer des difficultés dans son rétablissement. [65]

Enfin, il y aurait également des freins financiers. Pour entrer dans le détail, en France, la psychothérapie n'est à l'heure d'aujourd'hui pas remboursée par l'Assurance Maladie dans les dispositifs privés, à savoir les psychologues et psychothérapeutes libérales.

Les médecins de cette étude y ont ainsi vu un frein notamment lorsqu'ils doivent orienter leurs patients vers une psychothérapie et que celui-ci n'a pas les moyens de les financer. [65]

L'ensemble de ces problématiques peuvent avoir de lourdes conséquences sur la prise en charge des patients, pouvant conduire à des erreurs de prescriptions et de stratégie thérapeutique. Les méthodes de communications peu performantes ainsi que la surcharge des acteurs notamment les psychiatres amènent à des délais de prise en charge thérapeutique retardés et le patient peut décider d'abandonner le traitement et/ou la prise en charge. [65]

4. Analyse des prescriptions d'antidépresseurs :

Comme nous avons pu le voir précédemment, il existe un certain nombre de paramètres pour détecter la dépression avec un système de prise en charge, qui va varier selon la gravité de la pathologie. Les antidépresseurs ne sont donc pas prescrits systématiquement, mais bien en cas de dépression modérée ou sévère. Mais cette méthode est-elle pratiquée ? En effet, près de 45 millions de boîtes sont vendues chaque année et plus de 5 millions de Français consomment des antidépresseurs. [66]

Peut-on considérer qu'il y a une prescription massive d'antidépresseurs en France ? Intéressons-nous maintenant à la prescription d'antidépresseurs pour le savoir.

En premier lieu, si l'on regarde la consommation de médicaments en général avec les pays voisins de la France, l'on se rend compte que les Français ne sont pas les plus gros consommateurs et qu'il y a eu une baisse de 16% entre 2004 et 2019 contrairement à l'Allemagne par exemple qui présente une augmentation de 27% sur la même période. [67]

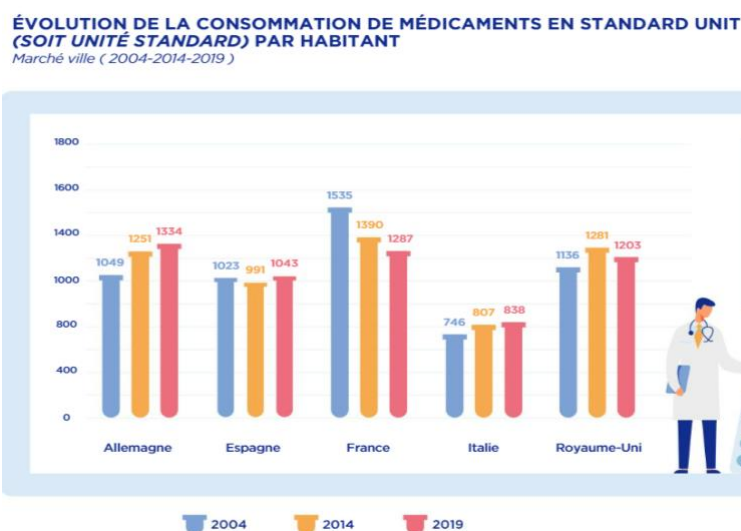


Figure 9 : Evolution de la consommation de médicaments par pays [67]

Les antidépresseurs font partie des classes de médicaments les plus prescrits en pharmacie de ville. En effet, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM*) a réalisé une étude sur les ventes des médicaments en 2013, et il s'avère que la paroxétine se retrouve 29^{ème} dans le classement des substances les plus prescrites avec près de 11 millions de boîtes génériques vendues. [68]

Maintenant, si l'on s'intéresse aux données de l'OCDE, relatives au nombre de comprimés pris par jour pour 1000 habitants, on remarque que la France a connu une augmentation entre 2000 et 2015 pour arriver à 50 comprimés par jour pour 1000 habitants. Et là encore l'on se rend compte que la France n'est pas la plus grosse consommatrice d'antidépresseurs et qu'elle se retrouve même en dessous de la moyenne des pays de l'OCDE équivalente à 60 comprimés en 2015. [69]

C'est l'Islande qui présente la plus grosse consommation en 2015 suivie par l'Australie, le Portugal et le Royaume-Uni. [69]

Si l'on regarde maintenant les médicaments qui ressortent le plus en France en terme de consommation et donc de prescription, on constate qu'en 2013, le Seroplex[®], l'Effexor[®] et le Deroxat[®] étaient les médicaments les plus vendus. Cela conforte dans l'idée que les professionnels prescrivent la plupart du temps les antidépresseurs les plus efficaces et tolérés, puisqu'on voit bien sur le graphique qu'il n'y a pas le médicament Anafranil[®], la clomipramine étant une molécule très peu tolérée et avec beaucoup d'effets secondaires comme vu précédemment. [70]

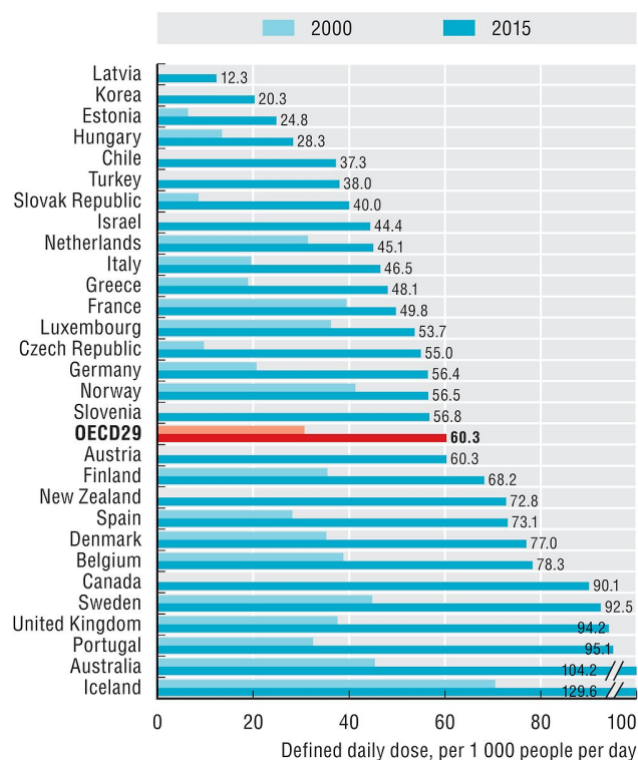


Figure 10 : Nombre de comprimés pris par jour pour 1000 habitants OCDE [69]

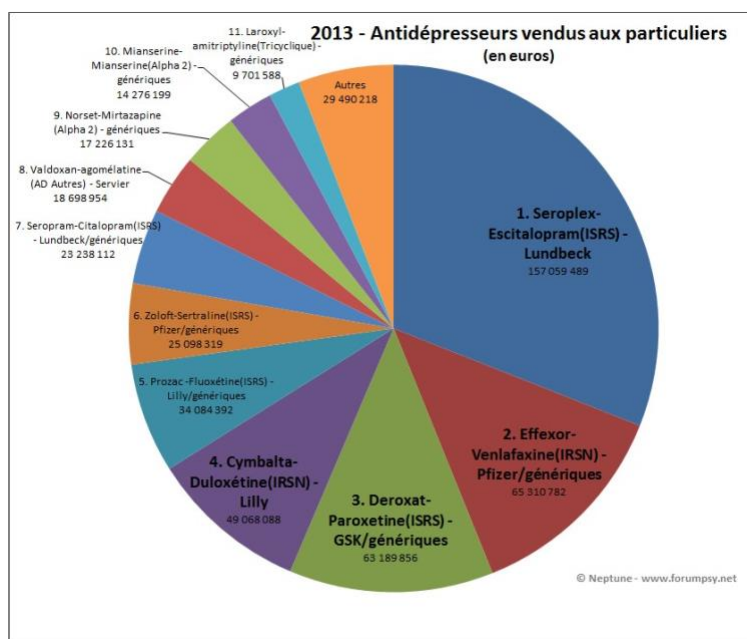


Figure 11 : Antidépresseurs vendus aux particuliers (en euros) 2013 [70]

Par ailleurs, on l'a bien vu, le Covid a eu un impact sur notre santé mentale puisqu'elle a touché à notre bien-être. En effet, le fait d'être privé des plaisirs du quotidien comme aller au restaurant et avoir un contact social très restreint a entraîné une augmentation grandissante des cas dépressifs, plus particulièrement auprès des jeunes comme on a pu le voir précédemment (*figure 2*) et il ne s'agit pas que de la France. En effet, selon l'OMS, lors de la première année de la pandémie, la prévalence mondiale de l'anxiété et de la dépression a augmenté de près de 25 %. [71]

Il s'agit donc bel et bien d'un problème de santé publique qui ne concerne pas uniquement la France. La presse grand public affirme que les Français consomment trop d'antidépresseurs. Cependant, plusieurs facteurs doivent être pris en compte avant d'établir ce constat :

- La facilité d'accès à l'offre de soins en France comparée à d'autres pays doit être prise en compte.
- La prévalence ponctuelle de l'état dépressif est de 6%, cependant la prévalence de la consommation d'antidépresseurs est inférieure à 6%.
- Il y a une plus forte consommation d'antidépresseurs dans d'autres pays voisins comme vu plus haut, donc un plus fort taux de prescriptions notamment en Islande, Australie, Portugal et Royaume-Uni. [72]

Conclusion intermédiaire :

En conclusion de ces différents constats, la dépression est une maladie psychologique qui impliquerait les monoamines, à savoir la sérotonine, dopamine et noradrénaline. C'est dans ce sens que les classes d'antidépresseurs ont fait leurs apparitions, celles-ci ayant un mode d'action propre.

Le marché des antidépresseurs rapporte en France environ 500 millions d'euros de chiffre d'affaires avec près de 45 millions de boîtes vendues chaque année [28]. Cependant, l'on a constaté qu'en comparaison aux autres pays, la France n'était pas celle qui prescrivait et consommait le plus d'antidépresseurs, mais que la pandémie a entraîné une plus forte consommation surtout auprès des jeunes.

Par ailleurs, comme dit plus haut, les médecins généralistes n'ont pas forcément les mêmes pratiques dans la prise en charge de leurs patients, et l'accès à la psychothérapie faisait partie des problèmes majeurs relevés par les acteurs de la dépression.

Par cette étude de littérature, on voit donc bien que des axes d'améliorations doivent être mis en place, pour assurer une meilleure prise en charge du patient et éviter une prescription d'antidépresseurs par défaut voire inadaptée à la gravité des symptômes.

Vous trouverez ci-dessous une analyse SWOT* (Strengths, Weaknesses, Opportunities et Threats) permettant de faire un bilan sur les éléments fournis lors de notre recherche bibliographique.

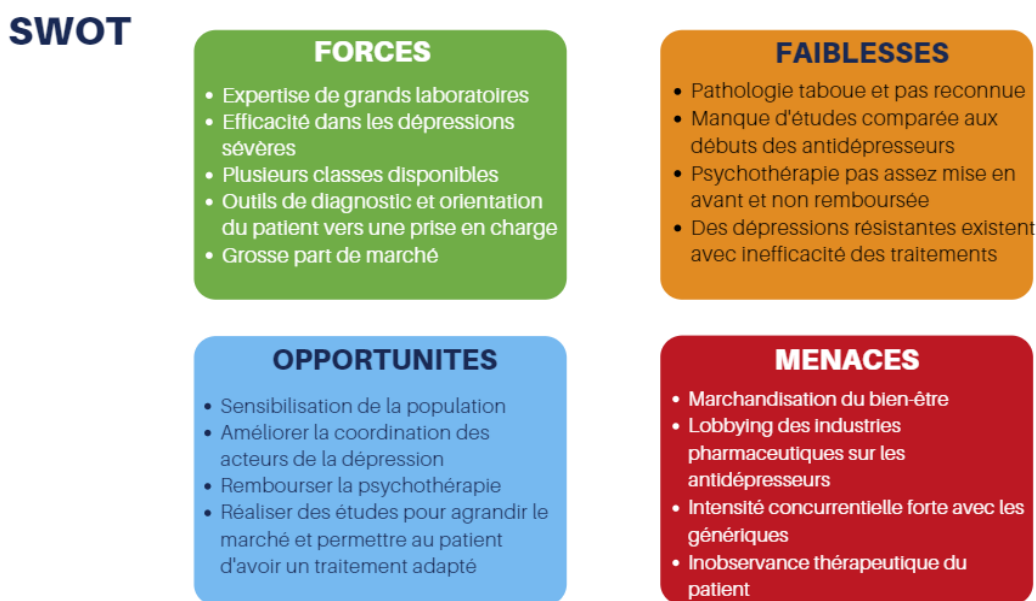


Figure 12 : Analyse SWOT

Afin d'obtenir des pistes d'améliorations concrètes, des entretiens auprès des professionnels de santé ont été réalisés, ce qui permettra également de confirmer ou de réfuter les éléments présents dans la littérature.

Un questionnaire a par la même occasion été diffusé auprès de la population générale, pour connaître la perception prédominante au sujet de la prise en charge de la dépression et des antidépresseurs.

Partie II/ Méthodologie :

I. *Objet de l'étude :*

Concernant l'étude de terrain, l'idée est de pouvoir confirmer ou réfuter les informations actuellement présentes dans la littérature sur la prise en charge de la dépression et la prescription des antidépresseurs.

Ainsi, l'objectif principal est de pouvoir recueillir des éléments supplémentaires auprès des professionnels de santé concernant la prise en charge des personnes atteintes de dépression, identifier les potentielles limites et avoir des idées concrètes pour l'amélioration de cette prise en charge.

La perception de la population, quant à elle, nous permettra de comparer les tendances obtenues avec celle de la littérature et ainsi mieux orienter nos préconisations.

L'étude de terrain apportera donc des éléments de réponses aux deux questions suivantes :

- **Quelles sont les tendances actuelles en France, et quelle est la perception des antidépresseurs par la population générale ?**
- **Comment se déroulent le diagnostic et la prise en charge des personnes atteintes de dépression et quelles seraient les pistes d'améliorations ?**

II. Choix de la méthodologie :

Il s'agira donc de réaliser deux types d'études :

- L'étude quantitative permettra d'avoir les tendances sur la perception des antidépresseurs.
- L'étude qualitative, quant à elle sera réalisée auprès des acteurs de la santé pour en savoir plus sur la prise en charge de la dépression. Cette étude qualitative s'organisera sous forme d'entretiens semi-directifs.

Tout d'abord, l'étude quantitative permet de mesurer des opinions ou des comportements et d'ainsi pouvoir décrire les caractéristiques de la population interrogée. [73] Cette collecte de données permet donc de quantifier et d'émettre des conclusions à partir d'informations statistiques, dans notre cas les tendances de la population autour des antidépresseurs. [74] L'étude quantitative peut s'effectuer soit sous forme de sondage avec une seule question, soit sous forme de questionnaire comprenant plusieurs questions dans lesquelles l'enquêteur a la possibilité de poser des questions à choix unique ou multiples. [74] Le questionnaire semble donc plus approprié pour cette thématique.

Trois phases caractérisent l'étude quantitative. Il s'agira en premier lieu de recueillir les informations d'où l'importance de la pertinence des questions pour intéresser le plus de personnes possibles. Puis, une fois que l'échantillon est satisfaisant, il faudra traiter l'information récoltée. Pour cela, le logiciel Google Forms nous sera grandement utile pour

l'affichage de nos résultats pour chaque question posée. En somme, ces étapes permettront alors l'analyse des données et d'établir des conclusions. [74]

Nb : De manière générale, plus un échantillon est grand et plus les résultats seront précis. Par ailleurs, la taille de l'échantillon va varier en fonction de la taille de la population, du niveau de confiance ainsi que de la marge d'erreur que l'on fixe. [75]

Pour ce qui est de l'étude qualitative, elle se présente également sous trois grandes étapes à savoir :

- La constitution d'un échantillon : Il s'agira de définir l'objet de l'étude, l'échantillon à interroger ainsi que la mise en place d'un guide d'entretien.
- La réalisation des entretiens : L'enquêteur doit pouvoir être en mesure de permettre à la personne interrogée de s'exprimer librement sans pour autant influencer ses réponses. Il est donc question d'entretien semi-directif que l'on réalisera dans le cadre de ce mémoire. Des entretiens de groupes sont également possibles, mais il n'y en aura pas ici.
- Le traitement/analyse des informations : Enfin, il faudra retranscrire la discussion préalablement enregistrée et être en mesure d'identifier les thèmes abordés par chacun des répondants puis confrontés les entretiens entre eux pour faire ressortir les éléments essentiels en veillant à citer les verbatims (les mots exacts) utilisés par les répondants. [75]

Nb : Contrairement à une étude quantitative, on va voir ici un petit nombre d'individus à interroger (entre 8 et 12 personnes). [75]

III. Population étudiée

Pour ce qui est de la perception autour des antidépresseurs, il était important de cibler l'ensemble de la population générale. Néanmoins, pour des résultats plus pertinents, deux questionnaires ont été conçus :

- Un questionnaire à destination des personnes ayant déjà été sous traitement antidépresseurs.
- Un questionnaire concernant les personnes qui n'en ont jamais pris.

Pour ce faire, une première question à ce sujet permet de réorienter le répondant vers le questionnaire adéquat.

Évaluant une perception pour déterminer des tendances, il n'y avait pas de critères spécifiques pour répondre à l'enquête le but d'une étude quantitative étant de récolter un maximum de réponses.

Au niveau des questionnements liés à la prise en charge de la dépression et à la prescription des antidépresseurs, interroger les principaux acteurs en santé de la dépression notamment les médecins généralistes, psychiatres et psychologues semblait être le meilleur moyen d'obtenir des solutions potentielles concrètes.

En effet, comme évoqué précédemment, suite au diagnostic de dépression d'un patient et selon la gravité de la pathologie, plusieurs possibilités de prise en charge et de traitement existent faisant intervenir les traitements médicamenteux, mais également les psychothérapies. Interroger des professionnels de santé serait donc une opportunité d'évaluer les pratiques actuelles au sujet de la dépression. Par ailleurs, les avis étant différents dans la littérature, le corps de métier peut avoir son importance dans les opinions des professionnels et c'est ce que nous allons essayer d'analyser.

Il semblait également important d'interroger des professionnels de santé se situant dans différents secteurs, car les pratiques peuvent varier selon les structures et d'un individu à l'autre.

IV. Recueil des données :

Concernant l'étude quantitative, le questionnaire comportait un total de 27 questions pour les personnes ayant déjà consommé des antidépresseurs, et 15 questions pour ceux n'en ayant jamais pris.

Les deux questionnaires ont été divisés en trois grandes parties :

- Les informations générales
- Les antidépresseurs
- Les impacts du traitement selon eux

Vous trouverez en *Annexe I*, le questionnaire destiné aux personnes ayant déjà été sous traitement antidépresseurs avec l'ensemble des questions posées.

Trouver des personnes ayant déjà pris des antidépresseurs étant plus compliqué, c'est donc auprès de cette population que j'ai d'abord diffusé le questionnaire. Les réseaux sociaux en particulier les groupes Facebook accès sur la dépression était le meilleur moyen de récolter des réponses. Une diffusion auprès d'une quinzaine de groupes a été effectuée avec prise de contact au préalable des administrateurs pour préciser le respect de l'anonymat dans le cadre de cette enquête.

Au total, près de 120 réponses ont été récoltées dont 67 personnes ayant déjà eu un traitement antidépresseur.

Pour l'étude qualitative, dans le cadre de cette enquête, un total de huit personnes a été interrogé lors d'entretiens semi-directifs qui duraient autour de 30 minutes jusqu'à 2 heures selon le temps et l'intérêt porté à mon sujet ainsi que sur la façon dont les entretiens ont été menés. Comme vous pouvez le voir, la durée des entretiens a progressivement augmenté, principalement due à une aisance au fil des échanges.

Vous trouverez sur le tableau ci-dessous l'ensemble des professionnels de santé interrogés :

Interlocuteur	Fonction	Etablissement	Région	Durée de l'entretien
R1	Interne en psychiatrie	CHU Lille	Haut-de-France	35 min
K1	Psychologue clinicien psychothérapeute	Cabinet à Hem	Hauts-de-France	43 min
B1	Médecin généraliste	Cabinet à Roubaix	Haut-de-France	49 min
D1	Psychologue libéral	Cabinet à Nantes	Nantes	1h
M1	Psychologue (départ en retraite prochainement)	EHPAD + libéral	Hérault	1h14min
Ma1	Interne en psychiatrie	CHU Lille	Haut-de-France	1h15min
C1	Médecin généraliste	Cabinet à Roubaix	Haut-de-France	1h45min
Y1	Psychologue cognitiviste	Établissement et service d'aide par le travail (ESAT) / Foyer avec personnes demandeurs d'asile qui sont en syndrome post traumatique	Ile de France	30 min

Tableau 2 : Professionnels de santé ayant participé aux entretiens semi-directifs

Pour ce qui est du recrutement, l'utilisation du réseau professionnel s'est avérée grandement utile. En effet, cela a commencé par une prise de contact avec une interne en psychiatrie qui a bien voulu échanger avec moi et me transmettre des contacts que j'ai également pu questionner. De même, pour mon médecin traitant qui s'est également porté volontaire. C'est ce qu'on appelle l'effet « boule de neige ».

Enfin, le réseau LinkedIn et les groupes Facebook m'ont aidé à démarcher plus facilement les professionnels de santé en leur expliquant l'objet de l'étude.

Au niveau du déroulement des entretiens, ceux-ci ont eu lieu, soit physiquement lorsqu'il s'agissait de professionnels de santé résidant au sein de la métropole lilloise, auquel cas en visioconférence voire par téléphone pour ceux n'ayant pas eu beaucoup de temps à m'accorder. Enfin, l'enregistrement de l'entretien tout en ayant le guide d'entretien à disposition fut un bon moyen pour avoir une écoute active sans perdre le fil et l'objectif de l'étude.

Ainsi, vous trouverez en *Annexe II* le guide ayant été utilisé selon les spécialités ainsi qu'une retranscription d'un échange que j'ai pu avoir avec un des médecins généralistes interrogés en *Annexe III*.

Partie III/ Résultats de l'analyse des données :

Suite à notre étude qualitative et à nos huit entretiens, des thématiques récurrentes ont pu être relevées, l'idée étant de pouvoir répondre aux deux questions évoquées précédemment dans la méthodologie. L'étude quantitative a quant à elle permis d'appuyer la majorité des propos et constats des professionnels de santé interrogés.

On retrouve ainsi huit thèmes majeurs :

- Une tendance en termes de profil des patients atteints de dépression ;
- Le caractère tabou de la maladie ;
- La mise à disposition d'outils pour évaluer la dépression ;
- Une action principale des médecins généralistes ;
- Un manque d'échange entre les acteurs contrairement au Canada ;
- L'efficacité des antidépresseurs couplée aux autres techniques ;
- Une définition de la santé incomplète.

Néanmoins, certains éléments ont pu susciter des opinions divergentes, mais nous y reviendrons par la suite.

I. *La dépression, des tendances en termes de profil des patients et de période de consultation :*

1. Analyse du questionnaire :

Avant d'analyser les différentes similitudes qui ressortent des entretiens semi-directifs, intéressons-nous d'abord à l'analyse des tendances suite à notre questionnaire à

destination de la population générale. Un total de 124 réponses a été recueilli : 70 pour les personnes ayant déjà pris des antidépresseurs et 54 pour ceux n'en ayant jamais consommé. Nous allons maintenant analyser nos deux types de populations séparément.

Concernant le profil des personnes ayant déjà pris des antidépresseurs, 89% des personnes sont des femmes. Pour ce qui est de l'âge, ce sont les 26-35 ans qui sont majoritaires avec 27% des réponses suivis des 36-45 ans.

Enfin, la plupart des personnes interrogées sont des employées et personnels de service (34,3%), qui ne pratique aucune activité physique (31,3%) mais qui ont tout de même une alimentation plus ou moins variée (59,7%).

Ensuite, 82% des individus sont actuellement encore sous traitement antidépresseur pour cause de dépression dans 78% des cas. D'autres causes de cette prise ont été néanmoins soulevées telles que des troubles anxieux, des troubles bipolaires*, des TOC ou encore de la fibromyalgie*.

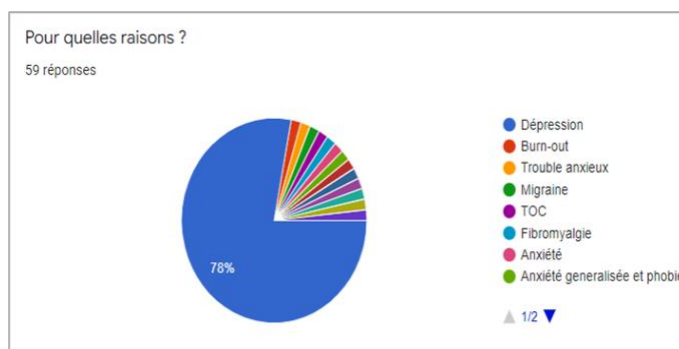


Figure 13 : Raisons de la prise d'antidépresseurs

Ensuite, le questionnaire nous montre bien que les principaux symptômes ressentis par les personnes atteintes de dépression sont les mêmes que celles évoquées dans la littérature avec principalement une fatigue et perte d'énergie, une humeur dépressive, des troubles du sommeil et une perte de plaisir et d'intérêt.

Si on regarde les réponses de façon individuelle, l'on se rend compte que les personnes atteintes présentent bien au moins 5 symptômes comme le suggère la littérature cependant la fatigue est un symptôme dominant, alors qu'il n'intervient qu'à la 6^{ème} position dans le diagnostic. Ainsi, cela semble être un critère déterminant d'après notre analyse.

2. Analyse des entretiens semi-directifs :

Une consultation prédominante des femmes :

Tout d'abord, l'ensemble des professionnels de santé questionnés ont été unanimes sur le fait qu'ils reçoivent plus de femmes en consultation pour cause de dépression. Cela rejoint donc les résultats obtenus par notre questionnaire et les données de la littérature.

Cependant, ils ont tous ajouté que ce n'était pas parce que la femme était plus susceptible d'être atteinte de dépression, mais qu'elles étaient plus à l'aise à l'idée d'en parler

contrairement aux hommes. C'est ce que nous évoque par exemple Madame M1, psychologue dans l'Hérault : « *Pour les hommes, c'est encore beaucoup difficile, on est quand même encore dans une société où les femmes ont ce besoin de se confier et où la thérapie n'est pas taboue, alors que pour les hommes, il y a un réel mécanisme de défense.* »

Madame R1, psychiatre à Lille ajoute également que « *c'est chez les hommes où on se dit là y a vraiment une dépression sévère* » étant donné qu'ils viennent uniquement consulter lorsque la maladie est à un stade avancé.

Le questionnaire suit également cette tendance avec près de 88,6 % de réponses de femmes contre 11,6 % d'hommes ayant déjà pris des antidépresseurs.

En définitive, concernant le profil des patients, et donc plus particulièrement des femmes, on a vu avec le questionnaire que la majorité ne pratiquait pas d'activité physique et avait par contre une alimentation plus ou moins variée. La question de l'alimentation est également apparue lors de nos entretiens semi-directifs. En effet, la psychologue D1 a souligné l'importance d'une bonne activité physique et d'une bonne alimentation, car celle-ci avait un rôle dans la dépression :

« Les nouvelles études montrent que le microbiote peut être très altéré par la nourriture transformée, et en fait s'il y a beaucoup d'aliments transformés et une mauvaise alimentation, les intestins ne vont pas bien, le microbiote ne va pas bien et les deux communiquent. [...] Et quand on commence à réguler le microbiote intestinal et réguler l'alimentation, leur mettre de la marche, des exercices de respiration, elles voient que c'était non pas elles qui n'allaient pas bien, mais leur organisme qui du coup communiquait avec le cerveau émotionnel en leur disant je vais mal. » (Madame D1)

La dépression, une pathologie touchant toutes les tranches d'âge :

Ensuite, au niveau de la tranche d'âge, il n'y a pas d'âge prédominant dans la dépression. Monsieur K1, psychologue à Hem et Madame B1, docteur à Roubaix, évoquent la trentaine, mais sans réelle tendance.

Monsieur C1, docteur à Roubaix nous explique que la clientèle des professionnels de santé varie selon l'endroit où l'on est implanté, et les patients sont en général à l'image du professionnel : « *En général, on a une clientèle, ça dépend du style du médecin, de son âge, ça dépend du quartier où on habite. La plupart du temps, les patients vieillissent avec l'âge du médecin, mais des médecins âgés avec un quartier jeune, ils ont toujours une clientèle jeune en moyenne.* »

De ce fait, donner une tendance d'âge en fonction de ces entretiens présenterait un biais.

Une augmentation des cas dépressifs selon les périodes :

Si maintenant on devait parler des périodes où l'on a constaté une augmentation des cas de dépression, le Covid a été mentionné à l'unanimité.

Comme l'évoque Monsieur K1, « *il y a des personnes qui ne seraient jamais venues consulter avant le Covid.* »

Madame D1, psychologue à Nantes ajoute qu'il y a eu « *une recrudescence des ados depuis le Covid* ». De même pour Madame Ma1, interne en psychiatrie qui parle « *d'explosion avec le Covid.* »

Pour terminer, le docteur B1, remarqua que durant la pandémie elle a été amenée à prescrire plus d'antidépresseurs : « *je prescris pas beaucoup, mais par contre avec le Covid j'ai plus été amenée à le faire.*»

C'est bien ce que nous montre la littérature, comme évoqué plus haut et d'après la DREES où on a remarqué que la proportion des jeunes entre 18 et 24 ans a été multipliée par 4 entre 2014 et 2020. [33]

Par ailleurs, selon les résultats du questionnaire, pour la majorité des sondés, à savoir 49% des cas, la consultation auprès d'un spécialiste a été déclenchée par un environnement anxigène ainsi que des crises d'angoisse. Le burn-out intervient en 2^{ème} position avec 34% des réponses, mais l'on voit également qu'une personne a évoqué le confinement ce qui montre bien que la pandémie a eu un impact sur la santé mentale des individus.

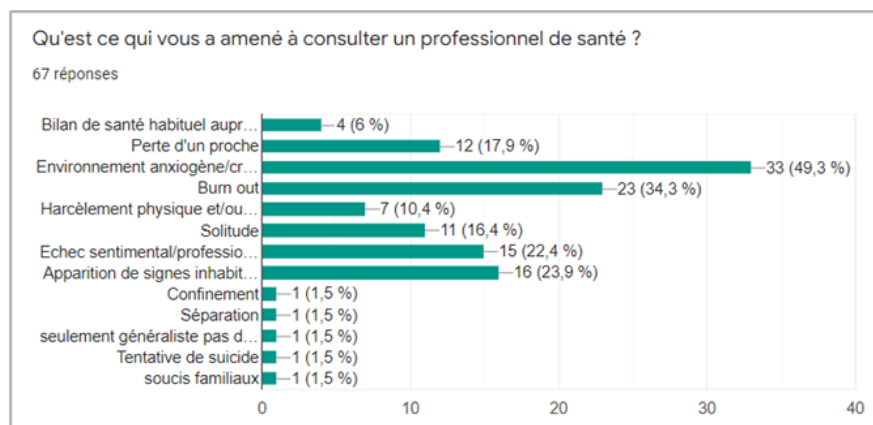


Figure 14 : Raisons de la consultation d'un professionnel

Enfin, pour finir sur les tendances des cas dépressifs, les professionnels ont évoqué une dimension saisonnière bien qu'il y ait d'autres causes couplées à cet aspect.

En effet, selon Madame Ma1 : « *La période de Noël, c'est toujours un peu compliqué. Souvent, ça rappelle le côté familial pour les personnes qui sont seules. L'hiver est plus compliqué, l'été c'est plus calme en psy* ».

Cependant, Monsieur K1 pense qu'il y a une dimension saisonnière, mais pas que : « *la semaine dernière j'ai fait ma plus grosse semaine et c'était à l'arrivée du printemps* »

Docteur C1 nous évoque également le printemps : « *Étonnamment y a beaucoup de dépression et d'anxiété liées à de la dépression qui se déclenche au printemps, au moment où on devrait être joyeux [...] on se rend compte qu'on ne veut pas du tout batifoler en extérieur. Alors que, quand il fait très froid et que personne ne sort, bah là ils sont synchros avec tout le monde.* ».

Entre autre, Docteur C1 mentionne également les changements de saisons qui représentent des « *périodes assez stressantes.* ». Ainsi, le climat favorable rappelle aux patients leur mal-être car l'arrivée des beaux jours les confrontent au bien-être des autres, accentuant d'autant plus leur solitude et l'incompréhension. On remarque de ce fait que les périodes censées être heureuses telles que le printemps ou Noël sont des patterns pouvant accentuer l'état dépressif.

En définitive, on peut tout de même constater qu'il peut y avoir un caractère saisonnier à la maladie, que cela soit en hiver ou au printemps, tout dépend des raisons de l'état dépressif de l'individu.

II. La dépression, un sujet tabou :

1. Une maladie mal vue dans la société :

Seconde thématique que nous allons traiter et qui revenait significativement durant les entretiens est le fait que la dépression soit un sujet tabou. Monsieur C1, Madame D1 et Madame B1 ont évoqué ce terme durant l'entretien.

Pour Madame B1, elle nous explique qu'« *Il y a des gens qui ne veulent pas se faire traiter parce que ça va se savoir, on va les voir prendre leur traitement et ça risque de leur poser des problèmes avec la belle-famille etc.* »

Madame D1, en vient même à ne plus utiliser le terme dépression auprès de ses patients pour ne pas les brusquer : « *Je vais souvent parler de symptômes dépressifs, mais pas de dépression car je trouve que si on leur dit dépression y a souvent comme vous savez le*

terme cancer quoi. Le côté dépression c'est fini, c'est foutu je vais pas m'en sortir, et réactiver de mauvaises choses chez le patient ».

La maladie taboue a aussi été évoquée dans le questionnaire au niveau du bon traitement de la dépression et des axes d'améliorations.

La littérature mentionne également cette notion de pathologie taboue au sein de notre société et notamment le livre *Happycratie* avec la notion de « psychologie positive » qui dénonce la souffrance d'un individu due à ses mauvais choix dans sa vie et à son manque de ténacité à surmonter les épreuves, paramètres culpabilisant encore davantage. Ce nouveau courant entraîne donc une pression sociale, avec l'objectif de camoufler ses sentiments de tristesse pour plaire à la société. C'est ce qui expliquerait que les patients atteints de dépression se sentent incompris. [23;24]

De même pour le questionnaire, en les interrogeant, l'on a remarqué que les patients se sentaient impliqués dans leur prise en charge mais que pour 77,6% d'entre eux, ils se sentent pourtant mal compris au sein de la société, accentuant un sentiment de rejet.

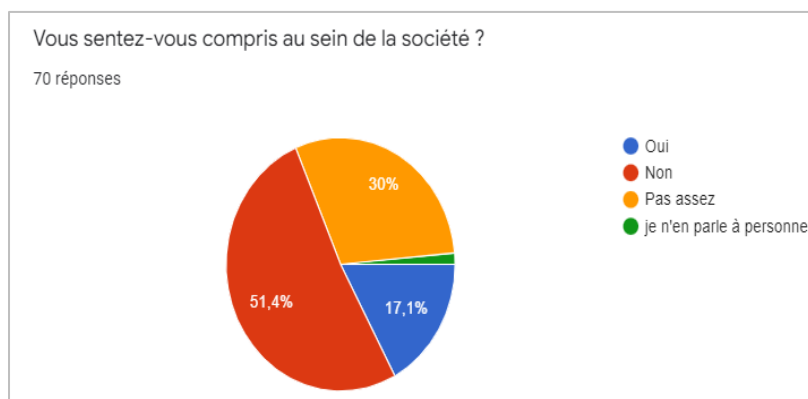


Figure 15: Avis sur le sentiment de compréhension de la maladie par la société

2. Un refus d'acceptation de la maladie chez les patients :

Par ailleurs, en général, le diagnostic de dépression n'est pas accepté par les individus atteints, conduisant parfois à un refus des antidépresseurs, surtout pour les personnes n'ayant jamais eu de parcours psychiatrique. C'est ce que nous explique Madame R1 : « *Les gens qui peuvent avoir un parcours de psychiatrie qui est assez long vont être assez favorables à la prise d'antidépresseur même des fois en demandant pour aller mieux. Alors par contre les patients qui n'en ont jamais pris et qui n'ont pas réellement d'antécédents psychiatriques ça va plutôt être l'inverse.* »

De plus, comme Monsieur C1 l'évoque, il y a également des personnes qui ne seront jamais « *demandeuses de soins* » quel que soit le diagnostic, et pour qui les antidépresseurs

seraient la solution la plus tolérable : « *Il y a des patients, on aimerait bien, mais on n'arrive pas à les ramener devant un psychologue.* »

De ce fait, pour Monsieur C1, il est primordial de bien expliquer aux patients l'utilité des antidépresseurs en ajoutant de « *l'effet médecin* » : « *Je prends n'importe quel médicament, si je survends l'antidépresseur à quelqu'un qui me fait confiance, il est en hypnose en quelque sorte. Et quand c'est comme ça on a gagné parce que non seulement, il va le prendre mais en plus il va être persuadé de son efficacité.* »

Et donc, Madame M1 rejoint son avis en expliquant que « *le premier travail par rapport à la dépression c'est quand même le fait d'accepter cette dépression.* »

En somme, le travail d'acceptation du patient est sûrement l'étape décisive pour la prise d'antidépresseurs mais aussi pour cheminer au mieux vers la guérison. Le déni ne fera que ralentir les étapes pour construire un parcours de santé.

III. Utilisation d'échelles pour le diagnostic de la dépression :

Pour diagnostiquer une dépression lors d'une consultation, l'ensemble des personnes interrogées ont évoqué l'existence d'échelles. L'ensemble des échelles citées permettent d'indiquer s'il s'agit d'une dépression légère, modérée ou sévère par un système de score.

Madame B1 nous évoque par exemple le DSM-IV et la CIM-10, outils également mentionnés dans la littérature : « *Oui les échelles alors j'ai les critères diagnostic adaptés au DSM-IV, et celle-là c'est adapté à la CIM-10. Ça classe en épisode dépressif léger, modéré à sévère et seule les sévères ont besoin d'un traitement antidépresseur.* »

Madame R1 nous parle quant à elle du « *MADRS, une échelle cotée sur 60 points qui permet d'évaluer si la dépression est légère, moyenne ou sévère* ». Elle évoque aussi « *l'auto questionnaire HAD* », également mentionné dans la littérature, destiné au patient.

Enfin Madame M1 a utilisé durant son activité en maison de retraite une échelle qui n'est pas mise en avant dans la littérature qui est la Geriatric Depression Scale (GDS) : « *Cet outil est spécifique aux personnes âgées avec des items et des questions à poser ça nous donne un score et on peut voir si la personne est dépressive.* »

Concernant l'utilisation de ces échelles, elle va varier selon les professionnels. Il y en a pour qui ce sera une utilisation systématique. C'est le cas de Madame B1 qui les utilise avant de

prescrire quoi que ce soit et selon Madame R1, cela permet *“d’avoir quelque chose de plus objectif”* »

Cependant, d’autres vont préférer échanger avec la personne, soit par manque de temps comme l’évoque Monsieur K1 : *« Avec le temps j'utilise de moins en moins d'outils parce que voilà j'ai plus d'expérience dans le domaine, et je sais que chez certains patients, la psychothérapie ça coûte cher donc, on a cette épée de Damoclès du prix de la consultation »* ; soit pour ne pas *“mettre des personnes dans des cases”* comme le pensent Monsieur C1 et Madame D1.

Pour conclure, ces échelles peuvent être utiles mais *“il faut regarder les résultats avec un peu de hauteur”* comme le souligne Madame M1. Elles sont ainsi un outil, c’est-à-dire un moyen d’orienter le diagnostic et non une fin en soi.

IV. Les médecins généralistes, un rôle central dans la prise en charge de la dépression :

Ensuite, comme dans la littérature, les entretiens nous ont permis de constater le rôle central que le médecin généraliste dispose dans la dépression et la prescription d’antidépresseurs.

Selon Monsieur C1, la médecine générale correspond à *« l’endroit où on est à la meilleure interaction croisée de tous les chemins [...] la jonction du social [...] la jonction du psychologique parce qu’on les connaît bien, or c’est fondamental. »*

Par ailleurs, ils sont les plus à même de prendre en charge les personnes dépressives car d’après son constat : *« Il y a au moins 30 à 40% des demandes de maux de tête, d’estomac etc qui sont liés à des problèmes psychologiques »*.

Madame M1 pense également que les médecins sont plus impliqués en France dans la prise en charge de la dépression en comparaison aux psychologues et psychiatres : *« En France, c’est surtout le généraliste voire psychiatre, mais les psychiatres ils sont débordés là-dessus. »*

Enfin, comme le souligne Monsieur K1, et les autres psychologues interrogés sont du même avis, les psychologues sont *“sous la tutelle du médecin”* notamment avec le nouveau dispositif que le gouvernement a mis en place en avril 2022, et qui a suscité un réel problème pour les psychologues : *« Et d’ailleurs y a toute une polémique aujourd’hui autour d’un*

dispositif qui est en train de se créer qui s'appelle MonPsy Santé par le gouvernement, qui veulent rembourser des séances de psychothérapie, et ils mettent comme condition de remboursement l'adressage vers un psychologue, c'est à dire passer par un médecin, et ça a posé problème chez les psychologues. Pourquoi on nous met sous la tutelle des médecins ? Ça rentre en application en avril. Et y a un groupe Facebook qui regroupe près de 5000 psychologues ça s'appelle ManifestPsy »

Cependant, si l'on se penche sur les résultats du questionnaire, on se rend compte que la prescription des antidépresseurs est réalisée majoritairement par les psychiatres plutôt que par les médecins contrairement à ce qu'on a pu conclure avec la littérature. En effet, dans la documentation et les ressources électroniques et comme lors de nos entretiens, le médecin généraliste était considéré comme étant le premier acteur dans la prise en charge et la prescription d'antidépresseurs, car l'idée d'aller voir un psychiatre directement ne fait pas partie de nos mœurs, et peut faire peur chez certaines personnes.

Néanmoins, pour ce qui est de l'obtention des antidépresseurs par les individus ayant participé à l'enquête, il s'avère que pour près de 64% d'entre eux, la prescription a été faite par un psychiatre contre 31% pour les médecins généralistes. On remarque également qu'il arrive aux neurologues, rhumatologues ou encore aux Centres Médico-Psychologique (CMP) d'en prescrire, mais cela reste moins fréquent.

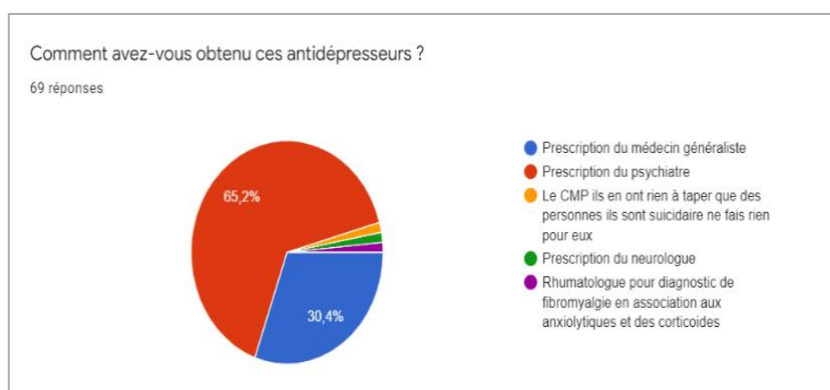


Figure 16 : Obtention des antidépresseurs

D'autre part, avec nos entretiens, l'on constate également que cette prescription varie d'un professionnel à l'autre et on ne parvient pas à déterminer des tendances selon la profession. Effectivement, parmi les professionnels prescrivant des antidépresseurs, les deux psychiatres ont indiqué prescrire très peu d'antidépresseurs par mois. Madame R1 évoque « 1 à 2 antidépresseurs par mois à peu près » et pour Madame Ma1 : « on est plus amené à prescrire des anxiolytiques que des antidépresseurs surtout en hospitalisation, mais il est vrai qu'on en prescrit quand même ». Cependant, étant interne en psychiatrie, les constats en termes de prescription d'antidépresseurs peuvent présenter un biais.

Pour ce qui est des deux médecins généralistes questionnés, leur prescription n'est visiblement pas identique. Madame B1 évoque être « *une petite prescriptrice* », contrairement à Monsieur R1 qui en prescrit plus souvent : « *J'en prescris souvent mais comme je vous ai dit c'est 1 fois sur 3 pour cause de dépression seulement 2 fois sur 3 c'est pour autre chose que la dépression pure et dure.* »

Cela prouve donc bien la diversité de prise en charge des professionnels de santé, dépendante de plusieurs facteurs, notamment les habitudes de prescription et leurs compétences.

Néanmoins si l'on compare avec la littérature on peut se demander d'où viennent les 45 millions de boîtes vendues par an et les 5 millions de français consommant des antidépresseurs. Cela prouve encore une fois que les pratiques sont vraiment différentes d'un professionnel à l'autre.

V. Un manque d'échange entre les médecins, psychologues et psychiatres :

S'en suit dans nos analyses le fait que le manque d'échange entre les différents acteurs est un élément qui est ressorti lors des entretiens. Pour être plus précise, pour les psychologues il n'y a aucune communication entre les professionnels comme le suggère Madame D1 : « *Franchement, dans toute ma carrière si, j'ai eu 10% de médecins qui m'ont contacté* ».

Si l'on prend maintenant l'avis des psychiatres interrogés, les deux se rejoignent dans le fait qu'il y a un manque de communication, et que les médecins ne sont pas forcément disponibles pour faire un retour : « *Les médecins ont énormément de patients, même si on fait des courriers, est ce qu'ils les lisent ou pas. Puis bon, avoir un médecin traitant au téléphone c'est compliqué. C'est vrai que des fois quand on est à l'hôpital on aimerait bien avoir le médecin qui connaît bien son patient pour avoir son avis et des infos.* » (Madame Ma1)

Pour Madame M1 et Madame D1, ce manque d'échange s'explique à cause du manque de considération de la psychologie et des psychologues comme une médecine annexe :

- « *Je pense qu'on ne responsabilise pas assez le psychologue qui a quand même fait des études sur les névroses psychoses et qui est à mon sens à même de pouvoir déjà mettre un premier diagnostic et éventuellement d'envoyer vers d'autres personnes spécialisées ou pas.* » (Madame M1).

- « On est souvent aussi comme on dit, coordinateur des soins, mais en France, il y a une suprématie de la toute-puissance médicale et c'est vraiment regrettable. » (Madame D1)

L'avis de Madame D1 rejoint un peu ce qui ressort du questionnaire auprès de notre échantillon puisque pour 74,6% des cas, les patients reçoivent directement des antidépresseurs lors de leur visite chez un professionnel de santé à savoir psychiatre ou médecin.

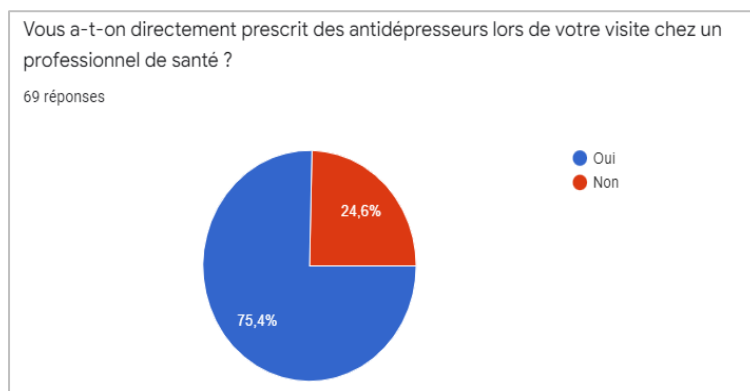


Figure 17 : Prescription d'antidépresseurs lors de la première consultation

Ensuite, Madame B1 ajoute qu'obtenir un rendez-vous avec le médecin du CMP s'avère très compliqué, ce qui mène parfois à devoir prescrire des antidépresseurs :

« Avoir un rendez-vous au CMP c'est la galère. Ils sont vus assez vite par l'infirmier psy mais ensuite le médecin c'est beaucoup plus long. Ça peut prendre 3-4 mois avant. Donc à partir de là, si vraiment quelqu'un a besoin d'un traitement on peut pas attendre tout ce temps-là c'est pas possible. »

Pour mieux comprendre comment se passe le parcours de soin du patient atteint de dépression, l'interne en psychiatrie nous a expliqué qu'il fallait bien dissocier la prise en charge au CMP et en hôpital qui n'est pas similaire :

« Je suis au Centre Médical Psychologique en ville, et là c'est des consultations donc le patient vient et rentre chez lui. Le patient peut venir de lui-même et il aura d'abord un entretien avec un infirmier. Puis un psychiatre décidera ou non d'un suivi psychiatrique ou psychologique. Et les psychologues décident ou non de renvoyer vers les psychiatres pour un traitement. Après à l'hôpital, souvent les patients arrivent par les urgences pour des tentatives de suicide etc., avec une évaluation par un psychiatre qui va décider d'une hospitalisation ou d'un envoi en ville dans les CMP. »

Ainsi, l'ensemble des avis de nos entretiens rejoint ceux de l'étude de la HAS réalisée auprès des médecins généralistes en 2018, qui sont insatisfaits des relations et du manque de coopération qui peuvent exister à l'heure actuelle entre les médecins et les autres acteurs de la prise en charge des troubles mentaux. La littérature mentionne également comme raisons les délais pour obtenir une consultation auprès des CMP ainsi que des différences de méthodes de prise en charge entre les différents acteurs. [65]

C'est également ce que nous avons pu constater dans la partie précédente avec une diversité dans la prise en charge qui ne nous permettait pas d'obtenir des tendances au niveau des prescriptions des antidépresseurs notamment.

Pour terminer, les professionnels trouvent ce manque d'échange dommage, car lorsqu'il y a une communication, la prise en charge est plus efficiente.

VI. Une efficacité des antidépresseurs en association avec la psychothérapie :

Ensuite, bien que la méthode de prise en charge et/ou de prescription puisse varier d'un professionnel à l'autre, leurs avis au sujet des antidépresseurs reste visiblement le même. Des termes du champ lexical de l'aide ont été évoqués pour montrer que l'antidépresseur doit être considéré comme un support, mais qu'il reste moins efficace, voire inefficace seul, d'où la nécessité d'une réelle prise en charge adaptée à chaque patient.

En effet, Monsieur K1 et Madame Ma1 ont utilisé la métaphore de la "béquille" pour caractériser et illustrer le rôle de l'antidépresseur : *« La chimie, elle a un effet. Lorsqu'on se passe de cet effet on retire une béquille qui peut être très importante pour certaines personnes, et si on ne met rien à la place, des capacités nouvelles, y a des grandes chances que ça se passe mal, d'où l'intérêt de faire ça de façon accompagnée, en consultation avec le médecin. » (Monsieur K1)*

« L'antidépresseur c'est comme la petite béquille. À un moment on se casse la jambe on a un plâtre, faut des béquilles pour savoir marcher. C'est pareil, l'antidépresseur va permettre de rééquilibrer le niveau des neurotransmetteurs. » (Madame Ma1)

Madame Y1 et Madame Ma1 utilisent également le terme de « bouée » qui aidera à aller mieux.

Enfin, Monsieur C1 utilise la notion de "catalyseur" pour définir l'antidépresseur et son action : *« Moi je vois l'antidépresseur comme quelque chose qui est de l'ordre du catalyseur, c'est le petit coup de pouce qui va aider à la réaction »*. Il conclut en évoquant l'importance de la bonne utilisation des antidépresseurs par le professionnel qui en prescrit : *« S'il est utilisé avec une mauvaise philosophie, une mauvaise image de ce qu'on peut vraiment attendre de lui, c'est ce qui peut être négatif. »*

Dans un second temps, après avoir été interrogés sur l'efficacité des antidépresseurs semblable au placebo mentionnée dans certaines études, les acteurs de la dépression ont également évoqué la possibilité d'effet placebo, mais qui ne justifie pas de bannir les antidépresseurs. C'est ce que pense par exemple la psychologue D1 : « *Oui dans certains cas l'effet placebo des médicaments peut marcher. Quand le patient est convaincu que ce médicament-là va lui permettre d'aller mieux il va déjà mieux.* »

Concernant la psychologue Madame M1, elle nous a indiqué que dans la maison de retraite où elle travaillait, on donnait d'abord au patient un traitement à base de plante au début de sa prise en charge : « *Dans un premier temps, on donnait Euphytose, qui est un placebo de plantes et qui faisait un effet super chez beaucoup de personnes âgées.* »

Les docteurs C1 et B1 quant à eux ont insisté dans leur réponse sur les études au sujet de l'efficacité des antidépresseurs par rapport au placebo, notamment celle présentée dans la partie littérature [51] : « *Attention, les antidépresseurs ont pu montrer un effet supérieur au placebo. [...] Quitte à prescrire quelque chose autant que le patient soit persuadé de l'efficacité, en rajoutant de l'effet médecin, il n'en marchera que mieux, et inversement s'il faut pas le mettre, on le met pas et on utilise l'effet placebo* » (Monsieur C1).

Par ailleurs, si on analyse le questionnaire, on se rend compte que les antidépresseurs les plus prescrits sont les ISRS pour 40% des cas, bien que les patients ne connaissent en général pas la classe de leur antidépresseur (dans 47% des cas).

Pour ce qui concerne les marques d'antidépresseurs prédominants dans la prescription suite à cette enquête, le Prozac® semble être le plus prescrit suivi de l'Effexor® et du Zoloft® et du Deroxat®. Cela conforte bien les informations présentes sur la littérature avec une plus forte prescription des ISRS suivis des IRSNA.

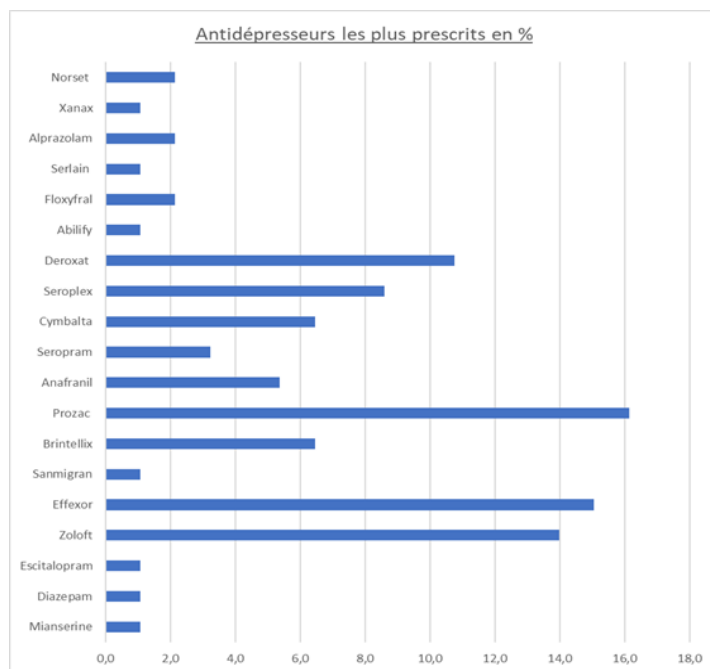


Figure 18 : Antidépresseurs les plus prescrits en %

Les entretiens rejoignent également ce constat :

« *Quand on parle des antidépresseurs, on parle des plus modernes, des ISRS et IRSNA, le chef de file c'était le Prozac.* » (Docteur C1)

Par ailleurs, selon la psychiatre R1, des études ont également montré l'efficacité de l'antidépresseur associé à une psychothérapie : *« il y a des études qui ont montré ça, que, entre psychothérapie et placebo & psychothérapie et traitement antidépresseur, l'antidépresseur ça marche bien quand même [...] Antidépresseur seul par contre ça a montré que c'était pas très efficace. »*

Pour conclure, la psychiatre Ma1 trouve qu'il est délicat de juste parler d'efficacité d'un traitement et que les éléments qu'il y a autour ont toute leur importance :

« C'est pas que ça qui va faire que la personne va aller mieux. C'est l'assemblage du traitement, de démarrer une psychothérapie, d'être reconnu aussi par l'entourage. »

On peut donc conclure que l'antidépresseur est certes un support, mais qu'il a été prouvé scientifiquement qu'il doit être associé à un accompagnement des professionnels de santé et à de la psychothérapie. L'un et l'autre vont de pair.

Si maintenant, on analyse l'opinion de la population générale d'après notre échantillon des personnes ayant déjà pris des antidépresseurs, pour 65% des patients, le traitement a été bénéfique bien que la majorité ait rencontré des effets secondaires à savoir de la fatigue et une prise de poids. Néanmoins, 40,3% d'entre eux les trouvent addictifs. Pour ce qui est des personnes n'ayant jamais pris d'antidépresseurs, majoritairement âgées de 18 à 25 ans, les antidépresseurs sont addictifs pour 61,1% des individus voire dangereux (35,2%).

On voit par ailleurs le contraste qu'il peut y avoir entre les personnes sous traitement antidépresseur en général satisfaites malgré quelques problèmes, et les personnes n'en ayant jamais pris qui restent réticentes sur ce type de médicaments.

On ne peut donc pas négliger l'efficacité des antidépresseurs par cette analyse, mais on voit bien que pour les personnes n'en ayant jamais pris, la dépression et la prise d'antidépresseurs sont mal vues. En effet, dans l'inconscient collectif il est difficile de considérer que l'on soit mentalement malade.

VII. Une définition de la santé incomplète dans la notion du bien-être :

Pour finir, durant l'entretien, une question était consacrée à l'opinion des professionnels de santé sur la définition de la santé émis par l'OMS à savoir :

« *La santé est un état de complet bien-être physique mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* » Bien que les professionnels soient d'accord avec cette définition dans l'ensemble, tous ont également souligné que la définition de la santé était incomplète.

Tout d'abord, la psychiatre Ma1 est plutôt d'accord avec cette définition qui explique que lorsqu'on est en bonne santé, « *on est quand même dans une espèce de stabilité et on arrive à avoir une vie en société, au travail.* »

Selon le psychologue K1, le fait d'avoir évoqué l'aspect mental est juste, mais cela reste très vaste : « *N'apparaît pas le mot psychologique, on est censé le deviner par défaut. Mais bien sûr, mental, le mot est tellement vaste que la définition peut convenir. Bien-être mental ça veut tout dire et rien dire en même temps.* »

Pour ce qui est de Madame D1, c'est une définition « *fantasmé, car le bien-être complet n'est pas possible* ». Elle poursuit en disant que « *même si on va bien moralement, on aura des coups où on va mal, si on n'a pas de maladie, on peut simplement avoir des problèmes digestifs, des migraines.* »

La psychologue M1 juge également cette définition réductrice car : « *Nous ne sommes pas égaux devant la santé.* »

Par ailleurs, comme on l'évoquait dans la littérature avec notamment les livres *la Tyrannie du bien-être* et *Happycratie*, le bien-être est subjectif, propre à chacun, mais on est actuellement dans une société où notre bien-être dépend du monde qui nous entoure, du marketing émotionnel qu'il peut exister, et également de la société.

En voulant donner une définition de la santé, alors que nous ne sommes pas égaux devant la santé, et en définissant la santé comme un état de complet bien-être, on peut supposer encore une fois ici qu'il y a bien dans notre société actuelle une tyrannie du bonheur avec une injonction au bien-être ainsi qu'une marchandisation. Ainsi, de même qu'un objet de consommation désiré mais qui ne nous satisfait pas, le bien-être est un idéal impossible à atteindre de façon complète. Ne pas atteindre cet état de bien-être nous mène à culpabiliser de notre échec de ne pouvoir l'atteindre. De ce fait, se rapprocher du bien-être serait peut-être de s'accorder et d'accepter nos états mélancoliques propres à chacun dans la vie d'un être humain.

VIII. Des avis divergents sur les antidépresseurs :

Bien que des opinions communes ont pu apparaître lors des entretiens, il n'en demeure pas moins que les avis pouvaient parfois diverger sur certains aspects.

1. L'organisation de la prise en charge :

Avant de citer les éléments de divergences durant les entretiens semi-directifs, intéressons-nous à l'avis de la population générale à ce sujet. Tout d'abord sur les personnes sondées ayant déjà pris des antidépresseurs, les avis sont très mitigés au sujet de la bonne prise en charge de la dépression : 50,7% trouvent qu'elle est bien traitée tandis que 49,3% considèrent qu'il y a des problèmes dans la prise en charge. Néanmoins, pour ceux n'en ayant jamais pris, la dépression n'est pas suffisamment traitée pour 68% d'entre eux.

Plusieurs raisons ont été soulevées dont le manque de formation des médecins généralistes, les délais trop longs pour avoir un rendez-vous, la maladie stigmatisée et taboue, l'errance thérapeutique*, les effets secondaires, la prise de médicaments privilégiés ou encore la difficulté à être pris en charge en zone rurale.

Nous avons par la suite interrogé les médecins, psychologues et psychiatres pour connaître leurs opinions à ce sujet.

Tout d'abord au niveau de l'organisation de la prise en charge, les psychologues sont d'avis comme dit précédemment, à responsabiliser le psychologue. Monsieur K1 pense même que le psychologue devrait être vu avant le médecin : « *Lorsque c'est possible c'est mieux de consulter un psychologue en premier, ça pourrait choquer mes collègues médecins (rire) mais en fait, j'ai constaté ça sur le terrain, un psychologue clinicien, il n'hésitera pas à envoyer un patient vers un médecin si nécessaire. Par contre, un médecin, adresser un patient vers un psychologue, c'est plus compliqué.* »

Les médecins ne sont par contre pas du même avis et selon le docteur C1, c'est la médecine générale qui doit s'occuper des cas de dépressions en premier lieu surtout en ville : « *Donc c'est à la fois un souhait et une obligation, de faire une psychiatrie très médecine générale qui à mon avis [...] peut être déjà suffisante et adaptée au 2/3 des cas réellement à suivre en ville.* »

De plus comme dit plus haut, du fait du sujet tabou de la dépression, il y a des personnes qui se sentent plus à l'aise pour se confier auprès de leur médecin traitant, plutôt qu'un psychologue, d'où l'intérêt de conserver le rôle central du médecin généraliste.

2. Une prescription massive des antidépresseurs ?

Parmi les autres sujets ayant suscité controverse, on retrouve également la question de la prescription massive des antidépresseurs.

Selon les psychologues interrogés, il y a bien une prescription massive d'antidépresseur.

« Mon médecin généraliste me proposait très rapidement des antidépresseurs quand je dormais pas à cause de mon fils, alors je dis pas qu'à un moment donné c'était pas nécessaire, mais y a des moments, c'est juste que je ne dors pas. » (Madame D1)

Pour Madame M1, en cas de burn-out, il ne devrait pas y avoir de traitement antidépresseur : *« burn-out c'est repos dans un premier temps et après on avise. »*

Néanmoins, pour les médecins et les psychiatres, il y avait bien une prescription massive par le passé mais ce n'est plus le cas actuellement.

Selon Docteur C1, on fait l'amalgame avec les anxiolytiques qui *« entraîne une dépendance et énormément d'effets secondaires »*. La psychiatre R1 est du même avis car : *« Dans le métier de psychiatre finalement on prescrit plus d'antipsychotiques que d'antidépresseurs. »*

Ensuite, il évoque les années 90 où il y avait selon lui une grande consommation médicamenteuse, dû à une concurrence entre les médecins : *« Durant les années 90 y avait un consumérisme complètement délirant du corps médical, c'est-à-dire que le moindre gamin qui avait un petit rhume, on lui donnait 7 médicaments remboursés qui était pour la plupart inutile voire dangereux. Et à l'époque aussi y avait une concurrence monstrueuse entre les médecins. »*

Enfin, selon l'interne en psychiatrie, Madame Ma1, les psychiatres ne prescrivent pas beaucoup : *« Alors, moi j'ai pas l'impression d'en prescrire souvent parce que la plupart du temps les patients que je reçois ils ont déjà un traitement antidépresseur du médecin. »*

Encore une fois par ces opinions divergentes cette fois, nous ne pouvons pas émettre de conclusions quant à la prescription massive d'antidépresseurs en France, car cela est vraiment propre aux pratiques des différents professionnels ainsi qu'aux patients qui les consultent.

3. L'impact des lobbyings pharmaceutiques dans la prescription :

Enfin, dernier aspect qui a suscité des divergences, l'impact des lobbyings pharmaceutiques dans la prescription.

Si on commence d'abord par l'avis des médecins, les lobbyings avaient un impact dans la prescription des antidépresseurs il y a une vingtaine d'années, mais comme le soulignent Madame B1 et Monsieur C1 :

- *« Beaucoup moins maintenant, parce que maintenant, on travaille avec des génériques. C'est vrai qu'il y a 20 ans, ça pouvait être le cas parce qu'on avait de la visite médicale concernant les antidépresseurs. » (Madame B1)*
- *« Tous les antidépresseurs maintenant sont génériques et actuellement y a aucun laboratoire qui se bat pour en vendre parce qu'ils font de très faibles marges là-dessus ça les intéresse pas de faire du commercial là-dessus. Ah mais ça coûte rien un antidépresseur. » (Monsieur C1)*

Madame B1 y voit même une utilité pour être à la page sur les médicaments du marché etc., grâce aux visites médicales : *« Alors la visite médicale, c'est vrai qu'elle est vu un comme le "grand méchant loup", mais nous on a appris pleins de trucs avec les réunions de labos. Alors peut-être pas sur les antidépresseurs, mais si ça pouvait être dans d'autres domaines ce serait bien aussi. »*

Docteur C1 ajoute que les lobbyings pharmaceutiques existent bien notamment par *« une catégorisation et une critérisation pour augmenter la prescription »*.

Cependant, cela est peu probable sur le marché des antidépresseurs, dû aux raisons citées plus haut en particulier l'omniprésence des génériques sur ce marché. Selon lui, *« c'est surtout les thérapies personnalisées vendues à 1000 euros l'injection »*, qui attireraient les lobbys.

Si l'on continue avec les psychiatres, l'interne en psychiatrie R1 rejoint les médecins : *« il y a eu un fort lobbying à l'époque avec notamment le Prozac, mais à l'heure d'aujourd'hui, j'ai quand même l'impression que ça se calme. »*

Selon l'interne en psychiatre Ma1 par contre, les industries pharmaceutiques auront toujours un impact car *« Tout ce qui est intéressant, c'est le bénéfice, et la santé n'en est pas épargnée. »*

Quant aux psychologues, ils rejoignent l'avis de Madame Ma1. Selon Madame D1, le fait que les consultations auprès des psychologues ne soient pas remboursées serait en partie dû aux laboratoires pharmaceutiques : « *Y a pleins d'études qui ont montré que les thérapies ont un impact énorme dans la limitation de prise de médicaments, moi je suis sûre les labos ne veulent pas, ils perdent beaucoup trop d'argent.* »

Selon Madame D1, il y aurait également une marchandisation du bien-être avec les antidépresseurs et le seul objectif serait le profit via les antidépresseurs qui rapportent plus : « *On est dans une société capitaliste qui veut faire du profit, on n'est pas là pour que les gens soient heureux c'est pas vrai.* »

Conclusion intermédiaire :

Pour conclure, par cette analyse du terrain, et si on compare avec notre analyse SWOT de la littérature, on remarque bien que l'ensemble des éléments présents sur le schéma a été mentionné dans nos entretiens et notre enquête. La littérature reflète donc bien la réalité bien que nos petits échantillons puissent représenter un biais à ne pas négliger.

En effet, la dépression est un sujet tabou au sein de la société, ce qui mène parfois les patients à qui l'on annonce le diagnostic de la maladie, à ressentir de la honte d'être dans cet état, et à refuser une prise en charge psychothérapeutique voire médicamenteuse.

Notre analyse a également mis en évidence le rôle central du médecin généraliste dans la dépression bien qu'il ne paraisse pas être celui qui prescrit le plus d'antidépresseurs si on se penche sur les résultats de notre questionnaire. Néanmoins, les patients, plus particulièrement les femmes se sentent plus à l'aise en ayant un premier échange avec leur médecin traitant à ce sujet, d'autant plus que le patient peut ne pas être conscient de sa pathologie, car les symptômes sont parfois difficilement détectables.

Néanmoins, les avis sont unanimes au sujet du manque clair de communication entre les différents acteurs de la prise en charge ce qui rejoint les avis présents dans la littérature, ce que les personnes interrogées trouvent dommage, car la pluridisciplinarité est enrichissante et contribue à une prise en charge optimum. La place de la psychothérapie et le rôle du psychologue sont les points ayant suscité le plus de réactions.

Pour finir, au sujet des antidépresseurs, les professionnels étaient du même avis concernant son efficacité, à savoir qu'ils doivent être utilisés à bon-escient et couplés à une prise en charge psychothérapeutique. Cependant, les avis divergeaient dès qu'il est question de la prescription massive en France. Effectivement, les psychologues se rejoignent quant à la prescription massive des antidépresseurs avec un impact prépondérant des lobbyings pharmaceutiques. Les médecins et les psychiatres n'étaient quant à eux pas du même avis, les lobbyings ayant été majoritaires il y a 20 ans, mais plus à l'heure actuelle.

Dans le cadre de nos deux analyses de terrain, il y avait également une partie consacrée aux axes d'améliorations. Plusieurs éléments sont ressortis tels que le remboursement de la psychothérapie, une meilleure communication entre les différents acteurs, une responsabilisation du psychologue comme c'est le cas au Canada. En effet, deux psychologues ont évoqué le Canada en comparaison à la France quant à l'implication des psychologues :

« Au Canada, le psychologue est beaucoup plus investi, et le psychiatre ou les neurologues ne sont là que pour superviser les entretiens avec les psychologues et adapter les traitements. » (Madame M1)

Nous allons donc tenter dans la partie suivante de détailler ces axes d'améliorations et de proposer des plans d'actions concrets.

Partie IV/ Préconisations :

Suite à notre revue de littérature ainsi que notre étude de terrain, il s'est avéré que la dépression était réellement un problème de santé publique et qu'il y avait des problèmes dans l'organisation de la prise en charge et dans la prescription des antidépresseurs en France.

Pour ces raisons, il devient nécessaire de définir des plans d'actions concrets à partir des axes d'améliorations qui ont pu être évoqués dans nos recherches bibliographiques, par notre enquête ou encore via nos échanges avec les acteurs de la dépression. Cela permettra ainsi de mieux traiter la pathologie et de corriger les problématiques actuelles.

I. *Rendre la dépression moins taboue dans notre société :*

1. Campagnes de sensibilisation et de prévention de la dépression :

Suite à notre étude du sujet, il s'est avéré que la dépression était considérée au sein de notre société comme étant un sujet tabou. Le premier axe d'amélioration consiste donc à changer la mentalité de la société par le biais de campagnes de sensibilisation et de prévention autour de la dépression. L'OMS s'est par ailleurs engagée avec son slogan "Dépression parlons-en" pour lutter contre la stigmatisation de la maladie. Cette possibilité a donc été abordée lors des entretiens semi-directifs pour ainsi recueillir les limites potentielles de cette idée en ayant les avis des professionnels.

Selon la psychologue Madame Y1, le fait de réaliser des campagnes est une très bonne idée, mais cela ne doit pas tomber dans l'injonction. Ainsi, ces campagnes devront plutôt concerner l'ensemble de la population et non pas uniquement les personnes souffrant de dépression. Puis par la suite, une fois que notre diagnostic de dépression est sûr, il faut également réaliser un travail avec le patient, en lui expliquant le principe de la maladie de la dépression, lui faire prendre conscience qu'il s'agit bien d'une pathologie et qu'il existe un certain nombre de dispositifs pour lui venir en aide. [76]

Enfin, selon elle, les malades sont les plus à même de sensibiliser les autres et pour cela pourquoi pas organiser des groupes de paroles entre ceux atteints de dépression et les autres patients encore très réticents.

Elle nous rappelle également que la dépression est épidémiologique et qu'elle est d'autant plus fréquente dans les milieux précaires par exemple, bien que ce ne soit pas la première cause de dépression. Et on sait que les femmes consultent plus que les hommes et ainsi sont plus ouvertes au sujet.

Ainsi, en prenant en compte tous ces facteurs, il s'agira de proposer la campagne la plus intéressante possible, en accentuant sur les milieux précaires, les banlieues par des visites dans l'année programmées. Quant à la sensibilisation des hommes face à la dépression, l'on peut passer par les femmes de leurs entourages qui vont les informer des dispositifs existants pour aller mieux notamment. Il faudra également mettre en avant toutes les actions possibles pour venir en aide aux personnes dépressives qui ne se limitent pas uniquement à la prise de médicaments, mais également à des psychothérapies, dans l'activité physique ou encore par des outils digitaux uniquement accessibles à l'individu, que l'on détaillera par la suite.

Les campagnes et les groupes de paroles vont donc surtout permettre de communiquer au sujet de la maladie et d'informer des dispositifs locaux existants.

Il sera cependant préférable de mettre en place ce genre d'activité en dehors des structures médicales et hospitalières, car il s'agit d'une première technique d'approche des populations potentiellement atteintes de dépression et pour qui aller consulter un corps médical à ce sujet demeure tout de même une certaine censure.

2. Travailler sur l'acceptation de la maladie : l'Acte thérapie :

Une fois que la personne finit par consulter, il se peut que celle-ci soit venue de force ou par dépit, et persiste dans son refus d'accepter la maladie.

Pour cette raison, il sera intéressant que des thérapies au sujet de l'acceptation se répandent, dont l'acte thérapie ou ACT*. Il s'agit d'une thérapie consistant à faire accepter les émotions, et à ne plus être dans l'optique de les refouler, mais à contrario vivre avec. En effet, à l'opposé des autres prises en charge dont le but est de diminuer voire d'éliminer les symptômes, par cette thérapie, on part du principe que les émotions négatives sont inhérentes à la vie, et que le problème vient plutôt de la relation qu'on a avec nos émotions. C'est dans la volonté d'éliminer ces phénomènes que l'on se retrouve dans une lutte sans fin menant à des ruminations, en ayant cherché à les combattre. Avec l'ACT, on apprend au patient à accepter son état dépressif, et à lui faire prendre conscience du sens de son existence, par l'intermédiaire d'éléments de leur environnement, des réussites de leur vie, ainsi de suite. On mène ainsi le patient à ce qu'on appelle une flexibilité psychologique. [77] Vous trouverez ci-dessous un schéma représentatif des objectifs de l'ACT :

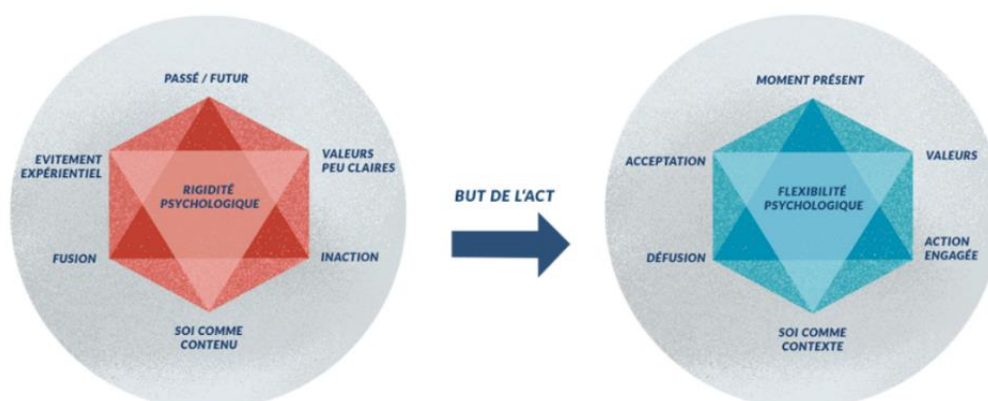


Figure 19 : Principe de l'ACT [78]

3. Utilisation des outils de communication pour sensibiliser la population à la dépression :

En se renseignant sur les dispositifs actuels pour venir en aide aux personnes atteintes de dépression, l'on constate qu'il existe une multitude de programmes, mais qu'ils

sont méconnus. Or, étant un enjeu de santé publique, cette problématique concerne donc à la fois les personnes souffrant de dépression, mais également les proches.

Utiliser les outils de communication en particulier digitaux reste donc le meilleur moyen de sensibiliser la population par les réseaux sociaux, les influenceurs, les displays* ou encore le SEO*.

UNAFAM* et Maybelline : le programme Brave Together :

L'UNAFAM (Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques) l'a bien compris, c'est pour cette raison que son programme *Brave Together* a été développé en collaboration avec la marque de maquillage Maybelline. Ainsi, même des personnes qui n'avaient pas pour premières intentions d'aider un proche en situation de mal-être, peuvent tout de même être informées grâce à ce genre de campagne réalisée par des institutions autres que médicales. En effet, à l'heure actuelle des ambassadeurs connus tel qu'Amel Bent sont présents pour faire connaître le dispositif [79]. Des influenceurs beauté diffusent également l'information sur leurs réseaux sociaux comme c'est le cas de yanissaxoxo, créatrice de contenu comptant près d'1 million d'abonnés sur Instagram. C'est par ailleurs avec une de ses stories Instagram, que j'ai pu découvrir le programme et me renseigner sur la plateforme. De plus, le partage d'informations s'effectue par simple clic, c'est l'atout majeur des réseaux sociaux.

On voit donc bien que passer par les réseaux sociaux et des personnalités connues est un très bon moyen de faire connaître un projet, d'autant plus quand il concerne la population générale.

Comme nous l'évoquait Madame D1 il y a "*une suprématie médicale*" en France et la dépression n'est sans doute pas mise de côté. Or, la dépression doit certes être reconnue comme une maladie psychologique, mais pour cela l'on doit communiquer dessus, et non pas uniquement en passant par les hôpitaux et les professionnels de santé. Les proches ont donc un rôle majeur dans la prise en charge de la dépression car étant taboue, ils pourront justement soutenir le malade à aller consulter et favoriser sa prise en charge en bonne et due forme.

Pour aller plus dans le détail de l'action *Brave Together*, il s'agit d'un programme lancé par L'UNAFAM et Maybelline en 2021 pour lutter contre la dépression et l'anxiété chez les jeunes. C'est une initiative mondiale qui a donc été déployée en France. L'engagement de Maybelline est fixé à cinq ans. Ils ont créé un outil digital pour repérer les signes de dépression et d'anxiété, trouver les bons mots et surtout trouver de l'aide.

La plateforme contient de nombreuses ressources et dispose également d'un numéro que l'on peut contacter qui va permettre de parler à des psychologues gratuitement et anonymement. [79]

C'est donc une plateforme non seulement dédiée aux jeunes atteints de dépression, quand on sait les dégâts du covid sur cette tranche d'âge, mais également à l'entourage car, 60% des jeunes ne savent pas comment réagir face au mal-être d'un proche.

En se rendant sur le site, on retrouve trois rubriques permettant de se former sur les signes de la dépression et de l'anxiété pour finalement obtenir de l'aide si l'on connaît, ou l'on est atteint de dépression grâce notamment à la ligne d'écoute proposée par l'UNAFAM. [79]



Figure 20 : Brave Together, les 3 étapes de la formation [79]

La première étape consiste à identifier les cinq différences entre deux images. Cette activité permet ainsi de rappeler à la personne formée qu'elle doit veiller à bien observer chaque détail et changement d'habitude de leur proche dans le temps, car cela peut représenter un signe de dépression.

Dans cette formation, une partie est également consacrée à la prise de conscience de l'impact de la dépression et de la considération de celle-ci en tant que réelle pathologie, et non de faiblesse, comme la société pourrait le penser, d'après notre étude.

La deuxième partie de la formation se concentre cette fois-ci sur le choix des bons mots et pour cela on est directement confronté à un exemple de situation par une discussion par SMS où l'on doit sélectionner nos réponses par rapport à ce qui est dit. On nous explique par cette formation qu'il est primordial d'instaurer un climat de confiance pour permettre à la personne de s'ouvrir si quelque chose ne va pas.

Il est également indispensable d'oser parler avec la personne si l'on ressent que quelque chose ne va pas bien et lui montrer que l'on s'inquiète pour elle. Lorsque l'on est face d'une personne qui ne se sent pas bien, l'on ne doit pas remettre en question ses paroles, mais prendre en compte sa détresse et la soutenir. Cela lui permettra de se sentir un peu mieux. Enfin, l'idéal est d'en parler le plus rapidement possible, et de se renseigner sur ses symptômes. Il ne faut pas évoquer le psychologue tout de suite, pour ne pas perdre la confiance qui nous a été accordée, car la personne peut penser que nous la prenons pour

une folle, bien que consulter un psychologue ne soit pas une honte. Vous trouverez en *Annexe IV* un exemple de discussion et de réponses que la plateforme propose.

Par ces activités le programme *Brave Together* a souhaité mettre en avant cinq aspects à utiliser en tant qu'aidant, dès lors que l'on détecte des signes anormaux à savoir :

- Oser en parler
- Instaurer un climat de confiance
- Être à l'écoute
- Rappeler que l'on est là pour l'autre
- Orienter vers de l'aide

Par ailleurs, cette partie se termine en mettant des conseils dans le cas où la personne face à nous présenterait des idées suicidaires, car comme on l'a vu dans la littérature, la dépression est une maladie potentiellement mortelle et cause entre 5 à 20% des suicides d'après ce qu'est rapporté par l'INSERM. [16]

Une ligne propre au suicide, nommée Suicide Ecoute est justement accessible pour obtenir de l'aide à ce sujet. Le 15 reste également une possibilité.

Le partenariat avec Maybelline ayant commencé en 2021 et avec une durée de 5 ans [79], cela serait judicieux qu'une autre marque ou institution reprenne le partenariat. Cela permettra non seulement de toucher un nouveau public, ici étant principalement les jeunes femmes, mais aussi de mettre en exergue l'importance de cette pathologie comme étant un problème de santé public majeur qui touche tout le monde, en y impliquant le plus d'organismes possibles. Instaurer également ce genre d'activité dans des structures locales et diffuser ce programme permettront une prise de conscience de la population avec des conseils concrets.

On voit donc bien que beaucoup de dispositifs existent pour venir en aide et accompagner les personnes atteintes de dépression, mais que les actions de communication en particulier digitales restent primordiales pour parvenir à cibler les bonnes personnes au bon moment.

II. Axes d'améliorations de la prise en charge de la dépression :

1. Coordination des acteurs de la prise en charge de la dépression :

Pour faire suite aux remarques, et cela a été abordé lors des entretiens semi-directifs et entretiens d'experts, des failles persistent actuellement dans la prise en charge des personnes souffrant de dépression.

Responsabilisation du psychologue dans la dépression :

La première action consistera donc à responsabiliser le psychologue dans cette prise en charge et à renforcer les psychothérapies, en remboursant les séances de psychothérapie qui reste un traitement efficace tout comme les antidépresseurs.

Le gouvernement a mis en place depuis avril 2022 le dispositif MonPsy Santé axé sur le remboursement des séances des psychologues par l'Assurance Maladie après consultation d'un médecin. Pour aller plus loin, le médecin envoie son patient vers un psychologue se trouvant sur la liste, puis a lieu la première séance qui permettra au psychologue d'évaluer le patient. Puis le psychologue devra s'organiser pour atteindre ses objectifs en réalisant un maximum de sept séances. Au niveau du financement, le patient est totalement remboursé lors de ses huit séances et celles-ci reviendraient pour le psychologue à 40€ pour la première séance, puis 30€ sans dépassement d'honoraires. [80]

Cette réforme n'a pas été au goût des psychologues, d'où le lancement du boycott ManifestPsy évoqué lors des entretiens. L'intention était sans doute bonne, comme le soulignaient les psychologues interrogés, mais celui-ci fragiliserait d'autant plus leur profession, plus qu'elle ne l'est déjà. Vous trouverez par ailleurs en *Annexe V*, les dix principales raisons du boycott du système MonPsySanté par les psychologues.

L'idée sera donc que le gouvernement rectifie son programme en tenant en compte du mécontentement des psychologues pour qu'elle soit prometteuse. Les mises à jour du dispositif sont en cours.

Mise en place d'un dossier médical informatisé : MonEspaceSanté :

En attendant les mises à jour, une autre action peut se mettre en place pour améliorer dans un premier temps la collaboration et les échanges entre les acteurs de la dépression en particulier médecins, psychologues et psychiatres. Lors des entretiens, les professionnels ont accentué le fait que les échanges étaient réalisés par courrier et les psychologues ont été catégoriques sur le fait qu'il n'y avait aucune communication avec les médecins généralistes. Utiliser de nouveaux canaux de communication serait donc une opportunité de favoriser les échanges en arrêtant de passer par des courriers.

Suite à mon étonnement de ce moyen de communication lors des entretiens semi-directifs, le Docteur B1 a ainsi déclaré que l'Assurance Maladie et le ministère de la Santé ont prévu de lancer en 2022 un espace dédié sous le nom de MonEspaceSanté, pour justement résoudre ce genre de situation. Par cette application, il sera désormais possible de prendre directement des rendez-vous en téléconsultation, et d'assurer un suivi médical.

Le dossier médical sera donc informatisé et accessible au patient ainsi qu'à tous les acteurs de sa prise en charge, à savoir les médecins, psychiatres, psychologues, mais également tout autre spécialiste, les urgences, etc. Il sera également possible par cette plateforme d'envoyer des mails au patient de façon sécurisée, une problématique majeure en santé. L'application n'est, à ce jour pas totalement déployée, néanmoins, tous les patients recevront un code d'accès de la part de la Sécurité sociale pour bénéficier des fonctionnalités. Ce dispositif s'avère donc prometteur selon elle. [81]

Réorganisation des CMP :

Ensuite, l'importance de renforcer l'organisation des CMP est également un souhait ayant été formulé lors de notre étude de terrain, surtout pour des patients atteints de dépression, ressentant le besoin d'être écouté, et que l'on doit en théorie voir toutes les semaines. En effet, dans les CMP, il y a à l'heure actuelle une pénurie de psychiatre, l'idée serait donc comme l'a souligné le Docteur C1, de créer des mini CMP où l'on trouvera des médecins, psychologues sans le psychiatre qui échangeront sur la prise en charge des patients et de délocaliser les CMP compte tenu de la situation. La prise en charge par les psychiatres et les structures hospitalières sera donc, en partant sur ce principe, destinée aux dépressions très sévères. Cette méthode permettra donc en théorie d'alléger l'afflux de patients qui consultent dans un seul centre.

Mise en place de formations adaptées des professionnels de santé au sujet de la dépression :

Enfin, il pourra être intéressant d'optimiser la prise en charge des personnes dépressives en menant des formations adaptées à la pathologie, par différentes professions notamment par des neurologues, des psychologues ou psychiatres, voire même des médecins spécialisés dans le domaine de la dépression, chose qui n'existe pas à ce jour.

Par ailleurs, la collaboration fine du corps médical est primordiale, et la psychothérapie doit avoir une place plus importante avant la prescription d'antidépresseurs, et que le contenu n'en sera que d'autant plus qualitatif.

Pour finir, en résolvant cette problématique, on réduit ainsi les coûts de prise en charge puisque les professionnels de santé sauront directement quelles sont les mesures à adopter selon le diagnostic de leurs patients.

2. Assurer une écoute des patients dépressifs :

On l'a bien vu tout au long de ce mémoire, les patients dépressifs ressentent le besoin d'être compris et écoutés. Pour cette raison, il est indispensable de leur donner accès à des ressources en cas d'extrême urgence, car comme évoquée dans ce travail, la dépression peut engendrer le suicide. Cette maladie n'est donc pas à prendre à la légère et des moyens doivent être déployés pour éviter ce genre de drame.

Pour justement éviter le passage à l'acte des individus, il existe un certain nombre de ressources qui restent peu connues de la population générale, mais qu'il faudra promouvoir lors des campagnes de sensibilisation et de prévention citées plus haut.

Par ailleurs, à la fin du programme lancé par l'UNAFAM et Maybelline, plusieurs contacts sont fournis à l'internaute pour lui permettre de trouver un contact en cas de besoin peu importe le jour et l'heure.

Voici une liste non-exhaustive des ressources proposées par le dispositif *Brave Together* :

- La ligne d'écoute de l'UNAFAM (01 42 63 03 03), avec la disponibilité de psychologues gratuits et dans le respect de la confidentialité de l'individu qui passe l'appel et qui est accessible du lundi au vendredi jusqu'à 18h.
- La ligne Suicide Ecoute (01 45 39 40 00), avec cette fois-ci des bénévoles formés pour apporter leur soutien 24h/24 – 7j /7.
- Les Nightlines France : qui est un service d'écoute développé par des étudiants bénévoles pour des étudiants. Comme son nom l'indique, la ligne est ouverte de 21h à 2h30 tout en étant anonymes. La plateforme redirige également vers leur autre site développé lors de la période du Covid pour plus d'informations : Soutien-étudiant.info, avec des lignes d'écoute de professionnels par région et des conseils. <https://www.soutien-etudiant.info/services-soutien>
- Les Points d'accueil, et toutes les instances locales ainsi que les professionnels de santé, principalement médecins et psychologues. [79]

Prise de contact avec France Dépression :

Ensuite, lors des entretiens, l'association France Dépression a également été évoquée pour approfondir le sujet si besoin. Après une prise de contact sur leur page Facebook, j'ai ainsi pu m'entretenir avec Madame HINZELIN, Vice-Présidente de France Dépression Lorraine, mais également Docteur en Pharmacie et Secouriste en santé mentale. France Dépression est une ligne d'écoute ouverte du lundi au vendredi le matin et l'après-midi jusqu'à 20h, et le week-end l'après-midi uniquement. Le standard est actuellement pris

en charge par des bénévoles et il s'avère parfois compliqué de parvenir à assurer l'écoute pour certains horaires, d'autant plus que la plateforme est vraiment accessible à n'importe qui, et qu'il est donc impossible de filtrer les appels.

Mis à part le standard téléphonique, France Dépression propose également des ateliers accès sur la gestion des émotions, l'écriture, la sophrologie etc., le but étant de permettre aux personnes souffrant de dépression de choisir l'atelier qui lui correspond et d'apprendre à extérioriser les éléments négatifs au travers d'activités et d'exercices. Elle met également en place des groupes de parole et des permanences. Cependant encore une fois, étant une activité bénévole, elle n'est donc pas présente sur tout le territoire.

Par ailleurs, lors de notre entretien, Madame HINZELIN a évoqué les problématiques majeures qui revenaient lors des appels à savoir l'isolement des patients. Un axe d'amélioration éventuel serait donc de coacher ces personnes souffrant de dépressions en leur fixant des objectifs et leur faire prendre conscience des évolutions pour qu'ils soient satisfaits et se sentent mieux.

Le manque de bénévoles demeure tout de même la principale problématique, étant donné qu'ils ne reçoivent pas moins de 30 appels par jour.

La question du financement par l'état a donc été mentionnée, avec notamment la mise en place de subventions pour améliorer le dispositif d'autant plus que les appels des jeunes ont été multipliés avec le Covid.

3. La place de l'activité physique dans la dépression :

Ensuite, durant nos entretiens semi-directifs, l'activité physique et l'alimentation ont été des éléments cités comme ayant un gros impact sur l'état dépressif d'un individu, et nous avons constaté comme dit plus haut par notre enquête, que la majorité des personnes ayant déjà eu une dépression ne pratiquait aucune activité physique.

De plus, de nombreuses études ont montré que l'activité physique était primordiale dans la dépression.

En effet, une récente méta-analyse réalisée en 2018 par Felipe B. Schuch montre que l'activité physique a un effet protecteur sur l'apparition de troubles dépressifs modérés voire majeurs puisqu'elle redonne confiance en soi, réduit le stress et l'anxiété. [82 ; 83]

De même, l'efficacité se retrouve pour les personnes avec une vulnérabilité génétique et une sensibilité plus élevée d'être atteint de dépression. [84]

Enfin, chez les personnes présentant un épisode dépressif caractérisé, l'activité physique favorise la réduction des symptômes dépressifs et limite les récives. [82]

Par ailleurs, comme vu dans notre partie littérature, les personnes souffrant de dépression auraient une quantité des neurotransmetteurs monoamines (sérotonine, noradrénaline, dopamine etc.) inférieur à la normale et il y aurait une atrophie de l'hippocampe, zone participant au contrôle de l'humeur et de la mémoire. On a observé que l'activité physique permettait d'augmenter les concentrations en monoamines.

Il faut savoir que lorsque l'on parle d'activité physique, cela englobe toutes les activités entraînant un mouvement corporel et une dépense d'énergie. Elle ne se limite donc pas uniquement à l'activité sportive comme vous pouvez le voir sur le schéma ci-dessous : [85]

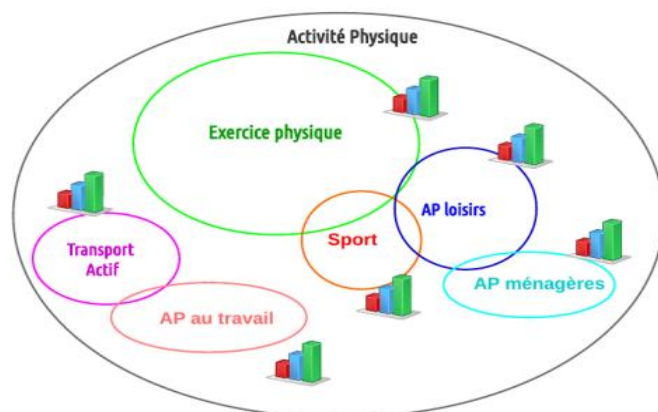


Figure 21 : Les types d'activité physique [85]

On a également constaté chez les patients atteints de dépression légère à modérée que la mise en place d'un programme d'activité physique adaptée à savoir des exercices d'endurance et de renforcement musculaire sur une durée de 3 mois s'avère être tout aussi efficace qu'un antidépresseur ou d'une psychothérapie et évite la réapparition des symptômes. Néanmoins, selon la gravité de la dépression, l'activité physique semble plus performante en combinaison avec un antidépresseur ou une psychothérapie. [82]

Afin d'améliorer la prise en charge des patients atteints de dépression, l'activité physique devra donc faire partie des "thérapies" à proposer en amont.

Ainsi, lorsqu'il s'agit de dépression avec une intensité légère à modérée, la mise en place d'une activité physique à raison de minimum trois séances par semaine devra être instaurée par tous les professionnels de santé qui diagnostiquent les patients. [82]

À partir du moment où la dépression s'avère être plutôt modérée à sévère, la mise en place d'une psychothérapie et/ou d'un traitement médicamenteux sera nécessaire, mais l'activité physique restera présente dans l'organisation de la prise en charge du patient. [82]

Mais qu'en est-il du type de programme, de la durée de celui-ci et des activités à proposer pour obtenir un résultat optimal ?

Les activités qui reviennent le plus et avec les meilleurs résultats sont les activités d'endurance et de renforcement musculaire à raison de trois séances par semaine étendu sur au moins trois mois. Les activités de méditation de type yoga ont également démontré leur efficacité sur l'anxiété et la dépression. Enfin, la marche présente un effet significatif sur les symptômes et est facilement réalisable par la personne atteinte de dépression. [82]

Voici un programme proposé par la HAS selon l'intensité de la dépression. :

Prescription d'AP et sportive chez un patient présentant un épisode dépressif caractérisé

Type d'AP	Fréquence	Intensité	Durée	Exemples d'AP et sportive
AP de la vie quotidienne	Tous les jours	Intensité légère à modérée		Marcher, monter les escaliers, faire du jardinage, le ménage, etc.
AP en endurance	Au moins 3 jours par semaine	Intensité modérée Si bien tolérée, possibilité d'augmenter progressivement à une intensité élevée	≥ 30 min par jour Commencer en augmentant progressivement la durée	Activités sportives dynamiques modérées (guide HAS, annexe 6) Exemples : marcher, faire du vélo, nager, etc.
AP en renforcement musculaire	≥ 2-3 jours par semaine non consécutifs	Intensité modérée Si bien tolérée, possibilité d'augmenter progressivement à une intensité élevée Pour les débutants et les personnes âgées, commencer par une intensité légère	Commencer en augmentant progressivement la durée	Activités sportives statiques modérées (guide HAS, annexe 6) Exercices en renforcement musculaire (poids, bandes élastiques, appareillages, etc.)
AP en assouplissement	≥ 2-3 jours par semaine	Étirement jusqu'au point de tension ou de petit inconfort	Étirement statique de 10 à 30 secondes 2 à 4 répétitions pour chaque exercice	Étirements statiques ou dynamiques
Activités sportives				Programme de marche Yoga, Qi Gong, etc.

Tableau 3 : Programme d'activité physique de la HAS pour la dépression [82]

Un autre programme a cette fois-ci été proposé par Pr. Bernard Paquito, professeur adjoint au Département des sciences de l'activité physique de l'UQAM et chercheur au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. [85]

	Trouble dépressif modéré	Trouble dépressif sévère
Durée de l'intervention	10-16 sem.	10-16 sem.
Durée de la session	30-45 min	45-60 min
Intensité	50-75 % FCmax (augmentation progressive) ou 80 % 1-RM	Intensité libre et progressive
Fréquence	2/sem.	≥ 3/sem.
Nature d'EP	Aérobic + résistance	Aérobic ou résistance

Sem. = semaine; FCmax = fréquence cardiaque maximale; RM = Répétition maximale

Tableau 4 : Programme d'activité physique de l'UQAM pour la dépression [85]

On voit bien que les deux programmes se rejoignent pour les dépressions modérées et sévères avec une durée de l'activité physique supérieure à trois semaines, idéalement dix semaines avec des sessions de minimum 30 minutes.

L'idée sera donc de mettre en place des centres extra-hospitaliers consacrés à l'activité physique des personnes atteintes de dépression avec un accompagnement sur le long terme, une fixation d'objectifs à atteindre pour leur redonner confiance et leur prouver qu'ils sont capables de réussir à faire des choses.

Lors des entretiens semi-directifs, deux psychologues m'ont mentionné le Canada qui selon elles, est beaucoup plus avancé quant à la prise en charge de la dépression. Madame D1 m'a par ailleurs évoqué des centres au Canada propre à la dépression et aux troubles anxieux ne faisant pas partie de la prise en charge intra-hospitalière, et c'est ce genre de structure qu'il manque en France. Déployer cela en France avec les types d'activités mentionnées ci-dessus, permettrait ainsi de compléter la prise en charge médicale et aiderait à réduire les débordements actuels en psychiatrie et chez le médecin.

4. Extension à l'échelle nationale de nouvelles thérapies digitales :

Enfin, la France a toujours été très active en terme de santé et d'innovations, et elle est reconnue dans le monde entier pour cela. Mettre en place de nouvelles thérapies innovantes rentrera donc dans les missions que le pays s'est fixé, d'autant plus que la dépression est un enjeu de santé publique.

Dans ce sens, la Commission Nationale d'Evaluation des Dispositifs Médicaux et des Technologies de Santé (CNEDiMTS) a autorisé en avril 2021 la prise en charge des patients atteints de dépression via une nouvelle forme de psychothérapie sous format digital que l'on nomme Deprexis®. En effet, il s'agit d'une technologie conçue par Ethypharm, une entreprise pharmaceutique européenne spécialisée dans le système nerveux central permettant aux patients d'avoir accès à du contenu sur Internet afin de comprendre leur pathologie et d'apprendre à gérer leurs symptômes en utilisant notamment le principe des thérapies cognitivo-comportementales. L'objectif de ce type de thérapie est de permettre à l'individu de développer de nouveaux comportements avec des pensées positives, à travers des exercices illustrés, une série d'objectifs à atteindre et du contenu explicatif. On retrouve ainsi des séances de relaxation, de respiration ou encore des auto questionnaires également utilisés par les professionnels à savoir le PHQ.

Par ailleurs, cette technologie étant dotée d'intelligence artificielle, les activités sont personnalisées en fonction des réponses du patient dans le temps.

Ce dispositif existe déjà en Allemagne et vient tout juste de voir le jour en France. Pour y bénéficier, une prescription médicale est nécessaire, cependant le contenu n'est accessible qu'au patient, le professionnel de santé n'aura pas la main dessus. [86 ; 87]

En outre, un essai sur 3 805 participants a montré que la gravité de leurs symptômes s'était améliorée après une utilisation de Deprexis durant 12 semaines et ceci corrélé à une diminution des coûts de prise en charge par rapport au groupe contrôle. [87]

Ainsi, les principaux avantages de cette technologie sont que l'on touche plus facilement les patients puisque le dispositif est facilement accessible, et que l'on responsabilise le patient. C'est en outre un sujet très important qui a été abordé lors des entretiens semi-directifs. En étant acteur de sa prise en charge, le patient se sent plus impliqué, et les thérapies ont plus de chance de fonctionner, car comme nous l'avons évoqué dans la partie analyse, l'effet placebo est un phénomène qui intervient forcément et qui contribue à la guérison d'un individu. De plus, de nombreuses études ont montré l'efficacité de la psychothérapie avec une partie dédiée à l'autogestion du patient.

Associé l'utilisation d'outils digitaux, devenus incontournables et inscrits dans nos mœurs depuis la pandémie, à ce type de technologie a donc toutes ses chances de participer à la prise en charge de la dépression et de diminuer les coûts.

Ensuite durant nos entretiens Monsieur C1 et Madame Y1 ont abordé une thérapie basée sur le mouvement des yeux, que l'on appelle EMDR* : Eye Movement Desensitization and Reprocessing, qui existe depuis 20 ans pour traiter notamment les syndromes post-traumatiques, mais qui selon eux pourrait être transposée aux cas dépressifs à l'avenir en approfondissant les recherches à ce sujet.

En effet, grâce à l'EMDR, il a été prouvé que le mouvement des yeux et la mémoire étaient corrélés. Pour le syndrome de stress post-traumatique, on est parvenu à recréer les mouvements des yeux du sommeil paradoxal lorsque le patient est conscient.

Docteur C1 évoquait cette technique comme le fait de digérer les chocs, les traumatismes, qui étaient automatiquement refusés la nuit. Effectivement, en temps normal, notre cerveau trie et classe chaque soir l'ensemble des informations pour faire de la place. Sauf que pour les traumatismes, pour des raisons de survie, ces informations ne suivent pas le schéma classique et ne sont donc pas digérées. C'est pour cette raison que les sensations restent présentes lorsqu'un événement similaire au trauma se produit. D'où l'importance de

conscientiser ces éléments traumatisants, afin de remettre en place le processus habituel de notre cerveau.

C'est dans ce sens que l'EMDR et le brainspotting sont utilisés.

Le brainspotting est une variante de l'EMDR, mais contrairement à celle-ci, elle est plus récente et ne requiert pas d'hypothèse traumatique de départ. L'idée ici sera surtout de partir d'une situation vague, la dépression en faisant partie, et d'essayer au fil de la thérapie de laisser le cerveau identifier les traumas et les guérir. [88]

Pour être plus précise, Docteur C1 nous explique que l'on va demander à la personne de se connecter avec son malaise sans forcément en comprendre l'objet puis de réaliser des mouvements oculaires. En général, on constate qu'il y a une position des yeux qui renforce le ressenti chez ces patients. Il est même possible de transformer des ressentis via ce type de thérapie. Cette fois-ci, le docteur nous évoque une patiente avec des troubles du sommeil associés à une colère. L'objectif ici était donc d'apprendre à la patiente à ne plus avoir peur de sa propre colère pour qu'elle se dissipe par la suite. En effet, le rat qu'elle voyait au début s'est transformé au fil de l'EMDR en écureuil. On voit donc bien que le cerveau réalise des associations mais en identifiant les causes et en travaillant dessus, il est capable de mettre en place des changements et résoudre les problèmes.

On peut donc dire qu'il s'agit à la fois d'un outil de diagnostic mais également d'une thérapie, qui selon Docteur C1 et Madame Y1, sont très modernes et représentent l'avenir, mais qui restent néanmoins une thérapie difficile à mettre en place.

Néanmoins pour faciliter et optimiser cette thérapie, on pourrait aller plus loin et utiliser la réalité virtuelle, car comme la définition de Botella suggère, la réalité virtuelle correspond à « *un ensemble de matériels technologiques permettant aux individus d'interagir efficacement avec un environnement tridimensionnel en temps réel géré par ordinateur* ». [89].

Cela permettrait d'avoir un suivi plus précis et à détecter plus facilement les positions du regard plus sensible au rappel d'une émotion dépressive et apporter des éléments visuels pour modifier ces émotions par exemple.

Cela nécessiterait néanmoins que les praticiens puissent avoir en leur possession un visiocasque et d'un traqueur de mouvement, ainsi que d'une télécommande ou manette afin que le patient puisse interagir avec son environnement. [89]

Il est également important de rappeler que l'utilisation de la réalité virtuelle n'aura pas pour but de faire revivre les situations traumatisantes en les reproduisant, mais de réaliser des thérapies comme l'EMDR ou le brainspotting comme dit précédemment. Il sera également possible de favoriser la thérapie et la guérison du patient en envoyant des stimulations visuelles et auditives, et en aidant le patient à surpasser ses peurs. Il sera donc possible de contrôler plus de paramètres qu'en l'absence de cette technologie.

Ainsi, parmi les principaux avantages des thérapies par exposition à la réalité virtuelle (TERV*) voici une liste non-exhaustive des applications possibles :

- Contrôler l'environnement virtuel, et pouvoir réaliser la thérapie dans des situations difficiles à reproduire.
- Réduire les coûts et optimiser le temps de prise en charge
- Éviter les imprévus dans une situation de la vie réelle
- Graduer l'exposition du patient selon ses réactions au fil des séances.
- Répéter l'exposition [89]
- Avoir un suivi plus précis des réactions du patient comme par exemple via un système d'enregistrement visuel et audio de la séance de thérapie.

Cependant, il faudra bien faire attention aux éléments que l'on présente aux patients. Ces éléments devront participer à de la thérapie et non à une accentuation des traumatismes. La barrière est fine avec l'immersion, c'est pour cette raison que ces thérapies devront être réalisées par un professionnel de santé spécialisé dans les troubles de la dépression, et dans les thérapies cognitivo-comportementales connaissant les limites à ne pas dépasser.

Des essais cliniques portant sur l'efficacité de la TERV dans les troubles anxieux ont pu être réalisés. Il était question ici de placer les participants dans une situation immersive plus ou moins anxiogène pour eux, de manière prolongée et répétée dans le temps au titre de 5 à 12 séances hebdomadaire d'une durée équivalente à 30 minutes, et pouvant s'étendre jusqu'à 60 minutes. De cette façon, il a été démontré par des mesures subjectives à savoir un questionnaire à remplir avant/après la séance, et objectives, avec la réalisation de tests comportementaux et physiologiques, que la TERV fonctionnait plutôt bien chez ce type de patient. [90]

On pourrait ainsi transposer ce programme cette fois aux personnes atteintes de dépression, surtout quand l'on sait que l'anxiété et la dépression sont fortement liées et qu'il existe des troubles anxio-dépressifs.

L'idée sera donc de pouvoir par la suite généraliser l'utilisation de ces outils auprès des centres hospitaliers en premier lieu, mais surtout auprès des médecins, psychologues et psychiatres en clinique et/ou cabinet, qui restent tout de même les principaux acteurs de la prise en charge de la dépression. C'est un défi qui peut être relevé notamment avec les progrès au niveau digital et technologique. Cette étude avait été réalisée en 2013 avec un visiocasque (Sony HMZ) qui coûtait 1000 euros, contrairement à leurs études antérieures où les coûts avoisinaient les 3000 euros. [90]

De plus, des chercheurs européens comme Riva compte tenu du Interstress Project ont réalisé des logiciels téléchargeables par les professionnels de santé et totalement gratuits dont le NeuroVR 2.0 facilement accessible via le lien ci-après : <http://www.neurovr2.org/>. [90]

Enfin, l'on pourra se servir de l'initiative « French Tech » lancée par le gouvernement, afin d'accompagner les startups françaises et favoriser l'innovation. Ainsi, toutes les technologies innovantes citées ci-dessus s'inscrivent dans ce cadre et permettent non seulement d'améliorer la prise en charge des personnes souffrant de dépression, mais également de permettre à la France de conserver sa place de leader en terme d'innovations technologiques.

On peut donc imaginer des subventions par l'Etat autour des avancées technologiques pour lutter contre la dépression représentant un enjeu de santé publique.

III. Les avancées en terme d'antidépresseurs :

Afin de terminer le tour d'horizons des axes de possibilité dans l'amélioration de la prise en charge, nous allons tenter d'analyser les avancées des antidépresseurs. Comme énoncé dans notre partie littérature, les antidépresseurs étaient une des classes de médicaments les plus intéressantes et rentables pour les industries pharmaceutiques il y a une vingtaine d'années avec notamment le Prozac® du laboratoire Eli Lilly et de nombreuses études lors de leurs apparitions.

Cependant, l'on se rend compte par notre analyse que ce n'est plus le cas actuellement depuis l'expiration des brevets et l'afflux sur le marché des génériques.

Par ailleurs, comme nous l'avons remarqué précédemment, chaque patient est différent, et ne réagit pas de la même façon aux antidépresseurs, selon la catégorie, mais aussi la marque.

En outre, il convient de poursuivre les études sur la dépression et d'ainsi permettre aux patients nécessitant une prise d'antidépresseurs d'en obtenir un efficace et supportable par son organisme.

Certaines institutions l'ont bien compris et des études sont donc en cours.

1. Vers une nouvelle classe d'antidépresseurs, les OCT :

On retrouve tout d'abord une étude de l'INSERM qui a décidé d'étudier depuis 2020 de nouveaux modes d'actions autres que les monoamines, afin de traiter la dépression. En effet, les ISRS ont des délais d'actions longs, leurs efficacités dépendent de chaque individu, et 30% souffrent de dépression résistante du fait de leur non réponse aux traitements actuels.

Ils se sont ainsi rendu compte qu'une famille de protéines nommée transporteurs de cations organiques (OCT*) participerait à la régulation de l'humeur. Des essais sont donc en cours afin de développer un ligand des OCT avec pour objectif à terme de créer une nouvelle classe d'antidépresseurs. [91]

2. L'efficacité de la kétamine, Sparvato® spray nasal :

Pour lutter contre les dépressions résistantes, les études en cours s'éloignent de plus en plus de l'hypothèse de déficit monoaminergique. On a notamment Johnson & Johnson qui a commercialisé en 2020 un nouvel antidépresseur sous forme de spray nasal, le Sparvato®, indiqué dans le traitement des dépressions résistantes, lorsqu'au moins deux antidépresseurs différents n'ont pas fonctionné. La posologie du traitement consiste en deux applications nasales par semaine sur une durée de 4 semaines en complément des ISRS ou IRSNA [92]. Il s'agit par ailleurs du premier médicament à base d'esketamine disponible en France. En effet, la kétamine est un puissant anesthésiant utilisé le plus souvent en obstétrique et en pédiatrie, mais des études récentes ont prouvé un effet antidépresseur notamment dans la diminution des idées suicidaires. [47 ; 49]

Ce traitement s'avère également prometteur et des experts estiment que ce médicament finira par devenir un "blockbuster" en parvenant à assurer des ventes en milliards de dollars, sachant qu'il y a près de 300 millions de personnes souffrant de dépressions actuellement d'après l'OMS.

Par ailleurs, le changement galénique du traitement sous forme de spray nasal associé aux antidépresseurs classiques permettrait une rapidité d'action.

Conclusion :

La dépression est une maladie psychiatrique qui représente un enjeu de santé publique majeur, car comme on l'a vu, il s'agit d'une maladie répandue à l'échelle mondiale et surtout mortelle. Pour éviter des situations tragiques, plusieurs professionnels de santé interviennent dans le diagnostic et dans le traitement de la dépression. Les médecins généralistes sont en première ligne avec les psychiatres et les psychologues, mais la famille et les proches ont également leur rôle à jouer, d'autant plus qu'il s'agit d'une pathologie actuellement taboue dans la société.

Effectivement, par notre analyse de la littérature et nos entretiens, l'on s'est rendue compte qu'il y avait une injonction au bien-être avec un refus catégorique de la société de ressentir des moments de tristesse et de mal-être, et de recherche constante de l'immédiat [2]. La consommation de masse a également pris de l'ampleur et l'émotion s'est transformée en marchandise. [7] On pourrait ici faire le lien avec la prescription massive des antidépresseurs en France avec près de 45 millions de boîtes vendues chaque année. [28]

Toutefois, en s'intéressant au marché des antidépresseurs, il s'est avéré que la France n'était pas le pays prescrivant le plus d'antidépresseurs comme l'évoquaient les médias. Pourtant, il s'agissait d'un sujet à controverse lors des entretiens. Les psychologues ont jugé la prescription actuelle d'antidépresseurs beaucoup trop fréquente avec un impact prépondérant des lobbyings pharmaceutiques. Quant aux médecins et psychiatres, les lobbyings ont eu une influence il y a une vingtaine d'années, mais plus de nos jours, depuis l'expiration des brevets et l'afflux des génériques sur le marché.

Par cette étude, on a donc bien vu que des axes d'améliorations devaient être mis en place, pour assurer une meilleure prise en charge du patient et éviter une prescription d'antidépresseurs par défaut voire inadaptée à la gravité des symptômes.

Un certain nombre de dispositifs existent, mais restent méconnus auprès de la population. Il sera donc primordial d'accentuer en premier lieu la communication sur ces outils en utilisant notamment les réseaux sociaux et les ressources digitales qui ont fait leurs preuves notamment depuis la pandémie.

Rendre la maladie moins taboue par des campagnes de sensibilisation, de préventions et des groupes de parole pour favoriser le changement de mentalité de la population et contribuer à réduire les décès pour cause de dépression.

La coordination de l'ensemble des acteurs est une problématique à résoudre au plus vite en permettant un rôle plus déterminant pour le psychologue, et en favorisant les échanges par un espace médical informatisé dédié, où l'ensemble des soins seraient recensés plutôt que la communication par courrier. Le gouvernement a par ailleurs lancé en 2022, une plateforme sur le site de l'Assurance Maladie dans ce sens.

Mettre en place des structures extra-hospitalières consacrés à l'activité physique des personnes atteintes de dépression est également un bon moyen pour traiter les patients dans un autre contexte que médical et de diminuer l'affluence dans les CMP notamment qui manquent de personnel. L'idée sera d'avoir un accompagnement sur le long terme, une fixation d'objectifs à atteindre ce qui facilitera les patients à retrouver leur confiance en eux.

L'utilisation de nouvelles thérapies digitales grâce à des subventions de l'Etat dans le cadre de la French Tech, notamment, sera également l'occasion de moderniser la pratique des médecins généralistes et psychologues, par l'utilisation de la réalité virtuelle et/ou l'analyse des mouvements oculaires. Instaurer ces méthodes de diagnostic et de traitement en France renforcera non seulement la qualité de l'accompagnement des personnes souffrant de dépression, mais également la place de la France de leader en termes d'innovations technologiques.

Pour finir, les traitements médicamenteux restent indispensables en cas de dépressions sévères pour agir rapidement et éviter le risque de suicide. Pourtant, les études à son sujet restent rares, alors que des patients avec des dépressions sévères ne sont pas réceptifs aux classes d'antidépresseurs actuelles, basées sur les monoamines. Développer des médicaments avec des nouvelles cibles thérapeutiques devient donc nécessaire pour éviter ces dépressions résistantes.

Bibliographie

- [1] AMELI. *Troubles obsessionnels compulsifs (TOC) : définition et facteurs favorisants* (2022) <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/toc/definition-formes-toc-causes>
- [2] UNIVERSITE DE GENEVE. *La dopamine joue un rôle-clé dans l'addiction à l'héroïne* <https://www.unige.ch/lejournal/numeros/journal153/article-recherche-1/>
- [3] INSTITUT DU CERVEAU. *Une nouvelle étude sur le rôle de la serotonine dans la prise de décision.* (2017). <https://institutducerveau-icm.org/fr/actualite/une-nouvelle-etude-sur-le-role-joue-par-la-serotonine-dans-la-prise-de-decision/#:%7E:text=La%20s%C3%A9rotonine%20est%20un%20neuromodulateur,encore%20peu%20d%C3%A9crites%20pour%20certaines>
- [4] DEFINITIONS MARKETING. Bathelot.B *Marketing émotionnel.* (2020) <https://www.definitions-marketing.com/definition/marketing-emotionnel/>
- [5] HOPITAL.FR. *Psychotrope.* <https://www.hopital.fr/Le-dico-medical/Les-termes-generiques/Psychotrope>
- [6] MSD. Barnhill, J. W. *Trouble anxieux généralisé.* (2022, 3 mai). <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/anxi%C3%A9t%C3%A9-et-troubles-li%C3%A9s-au-stress/trouble-anxieux-g%C3%A9n%C3%A9ralis%C3%A9#:~:text=Le%20trouble%20d'anxi%C3%A9t%C3%A9%20g%C3%A9n%C3%A9ralis%C3%A9,ce%2C%20pendant%20E2%89%A5%206%20mois>
- [7] ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUEBEC. *Qu'est-ce que la psychothérapie.* (2020) <https://www.ordrepsy.qc.ca/qu-est-ce-qu-un-psychotherapeute->
- [8] CAIRN. *La méta-analyse sur données résumées.* (2010) <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-2-page-18.htm>
- [9] INSERM. *Dépression : par quel mécanisme agit l'électroconvulsivothérapie ?* (2018) <https://www.inserm.fr/actualite/depression-par-quel-mecanisme-agit-electroconvulsivothérapie/#:~:text=L'%C3%A9lectroconvulsivoth%C3%A9rapie%20est%20un%20traitement,s%C3%A9v%C3%A8re%20r%C3%A9sistante%20aux%20traitements%20pharmacologiques>
- [10] AMELI. *Comprendre le trouble bipolaire.* (2021) <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/trouble-bipolaire/comprendre-troubles-bipolaires#:~:text=Le%20trouble%20bipolaire%20est%20une,souvent%20chez%20l'adulte%20jeune>
- [11] INSERM. *Fibromyalgie, Une douleur chronique et diffuse, enfin reconnue.* (2021) <https://www.inserm.fr/dossier/fibromyalgie/#:~:text=La%20fibromyalgie%20est%20une%20forme,les%20activit%C3%A9s%20sociales%20et%20professionnelles>
- [12] DOMI DE LAPORTE. *Mes réflexions sur l'errance thérapeutique (qui existe bien trop souvent en expatriation).* (2021) <https://www.domidelaporte.com/errance-therapeutique/#:~:text=Errance%20th%C3%A9rapéutique%20%3A%20passer%20de%20m%C3%A9decins,comme%20fiable%20sur%20les%20maux>

- [13] DEFINITIONS MARKETING. Bathelot.B. *Display*. (2020) <https://www.definitions-marketing.com/definition/display/>
- [14] Berton, O. *New approaches to antidepressant drug discovery : beyond monoamines*. Nature. (2006) https://www.nature.com/articles/nrn1846?error=cookies_not_supported&code=b9ae4dab-126f-4f68-af64-613de9395e0a
- [15] OMS EUROPE. *Définition de la dépression*. <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-definition#:~:text=La%20d%C3%A9pression%20constitue%20un%20trouble,d'un%20manque%20de%20concentration>.
- [16] INSERM. *Dépression, Mieux la comprendre pour la guérir durablement*. (2019). <https://www.inserm.fr/dossier/depression/#:~:text=Selon%20cette%20enqu%C3%AAt%20la%20pr%C3%A9valence,%C3%A2q%C3%A9s%20de%2065%E2%80%9375%20ans>.
- [17] CAIRN. *Mal-être, révélateur de fragilités*. (2009) <https://www.cairn.info/revue-specificites-2009-1-page-33.htm>
- [18] SCIENCE DIRECT. *Antidepressants History*. (2004). <https://www.sciencedirect.com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/science/article/pii/S1762571804000677>
- [19] Perron, Z. *Les approches du bien-être. Un champ de recherche multidimensionnel*. PERSEE. (2020, 24 février). https://www.persee.fr/doc/caf_2431-4501_2019_num_131_1_3349_mu
- [20] Heilbrunn, B. « *La Tyrannie du bien-être* » ; Pocket. (2020).
- [21] LEFIGARO. Sugy, P. *Le bien-être ne fait pas le bonheur !*. (2019, 18 mars). <https://www.lefigaro.fr/vox/societe/2019/03/18/31003-20190318ARTFIG00050-le-bien-etre-ne-fait-pas-le-bonheur.php>
- [22] Ricard. M. *Réunion de l'ONU sur le bien-être et le bonheur : Définition d'un nouveau paradigme économique*. (2012). <https://www.matthieuricard.org/blog/posts/reunion-de-l-onu-sur-le-bien-etre-et-le-bonheur-definition-d-un-nouveau-paradigme-economique>
- [23] Illouz, E., Cabanas, E., & Joly, F. *Happycratie - Comment l'industrie du bonheur a pris le contrôle de nos vies (French Edition)*. Premier Parallèle. (2018).
- [24] DHEPS, *Fiche de lecture : Happycratie, Comment l'industrie du bonheur a pris le contrôle sur nos vies*. (2018). Jean-Marie Perrinel. <http://www.la-breche.fr/wp-content/uploads/2018/12/fiche-de-lecture-happycratie-nov18.pdf>
- [25] HAL, *Le bien-être : notion scientifique ou problème éthique ?* (2014). Alexandre Klein. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00984465/document>

- [26] WHO, *Constitution*. (2022). <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
- [27] NCBI, *Lifestyle Drugs: Concept and Impact on Society*. (2010). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3013560/>
- [28] IAAP, *Happy People Live Longer: Subjective Well-Being Contributes to Health and Longevity*. (2011). Diener, Chan. http://labs.psychology.illinois.edu/~ediener/Documents/Diener-Chan_2011.pdf
- [29] LEFIGARO. Rey, S. *Happycratie, l'essai qui dénonce la tyrannie du bonheur*. (2018, 19 septembre). <https://madame.lefigaro.fr/bien-etre/livre-happycratie-critique-injonction-au-bonheur-eva-illouz-edgar-cabanais-interview-auteurs-140918-150495>
- [30] CAPITALCONTRAT. Gautier, A. *Le marché du bien-être en vogue chez les entrepreneurs*. (2022, 6 mars) <https://www.captaincontrat.com/exercer-un-metier/metiers-bien-etre-sante/marche-bien-etre-entrepreneurs>
- [31] WHO, *Dépression*. (2021) [https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/depression#:~:text=La%20d%C3%A9pression%20est%20une%20maladie,souffrent%20de%20d%C3%A9pression%20\(1\)](https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/depression#:~:text=La%20d%C3%A9pression%20est%20une%20maladie,souffrent%20de%20d%C3%A9pression%20(1))
- [32] SANTE PUBLIQUE FRANCE. *La dépression en France chez les 18-75ans : Résultats du Baromètre santé 2017*. (2018).
- [33] DREES. *Crise sanitaire : hausse des syndromes dépressifs et des consultations pour ce motif*. (2020). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communiqu%C3%A9-de-presse/crise-sanitaire-hausse-des-syndromes-depressifs-et-des-consultations-pour-ce>
- [34] Gaillard, A., & Gourion, D. *Antidépresseurs, Le vrai du faux*. DELACHAUX. (2015).
- [35] WILEY ONLINE LIBRARY. *Depression gets old fast: do stress and depression accelerate cell aging?*. (2010) <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/da.20686>
- [36] LE FIGARO. Rambaud, A. *La dépression accélère le vieillissement*. (2013, 15 novembre). <https://sante.lefigaro.fr/actualite/2013/11/15/21528-depression-accelere-veillissement>
- [37] PSY INFOS. *Antidépresseurs*. (2020). <https://www.psy-infos.fr/antidepresseurs>
- [38] LINEXPLAIN. *Les Antidépresseurs - ISRS, IMAO, Tricycliques et Pharmacologie, risques*. (2019, 2 avril). YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=3EnovlR59PQ>
- [39] COEUR+AVC. *Le syndrome du QT long*. <https://www.coeuretavc.ca/maladies-du-coeur/problemes-de-sante/syndrome-du-qt-long#:~:text=Le%20syndrome%20du%20QT%20long%20est%20une%20anomalie%20du%20syst%C3%A8me,est%20un%20type%20d'arythmie>.
- [40] PSYCHOMEDIA. *Définition : Acétylcholine*. (2012, 3 mars). <http://www.psychomedia.qc.ca/lexique/definition/acetylcholine>
- [41] Herbin, J. *Tout ce que vous devriez savoir sur les anticholinergiques*. Réseau Canadien Pour La Déprescription. (2021, 6 mai) <https://www.reseaudeprescription.ca/blog/medicaments-anticholinergiques>

- [42] PHARMACOMEDICALE. Nicolas, F. *Antidépresseurs : Les points essentiels*. (2019). <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/antidepresseurs-les-points-essentiels#:~:text=Apr%C3%A8s%20diagnostic%20d'une%20d%C3%A9pression,mois%20et%20plus%20au%20del%C3%A0>.
- [43] Beguin, A., Brisard, J., Frachon, I., & F. (2016). *Effets secondaires : le scandale français* (French Edition). French and European Publications Inc. https://www.google.fr/books/edition/Effets_secondaires_le_scandale_fran%C3%A7ais/K-WaCwAAQBAJ?hl=fr&gbpv=1&dq=45+millions+d%27antid%C3%A9presseurs&pg=PT122&printsec=frontcover
- [44] NATURE. *The depression market*. (2011, 31 octobre). Nature. <https://www.nature.com/articles/nrd3585>
- [45] TECHNO-SCIENCE. *Eli Lilly - Définition et Explications*. (2009). <https://www.techno-science.net/glossaire-definition/Eli-Lilly.html>
- [46] LES ECHOS. *Eli Lilly souffre encore de la concurrence des génériques*. Investir. (2014, 24 avril). <https://investir.lesechos.fr/actions/actualites/eli-lilly-souffre-encore-de-la-concurrence-des-generiques-967345.php>
- [47] LUNDBECK. *Notre Histoire*. <https://www.lundbeck.com/fr/a-propos-de-lundbeck/lundbeck/notre-histoire#:~:text=1915%2D1925%20Les%20premi%C3%A8res%20ann%C3%A9es,fondatrice%20de%20la%20Fondation%20Lundbeck.&text=L'entreprise%20se%20diversifie%2C%20ses%20activit%C3%A9s%20sont%20nombreuses>.
- [48] USINE NOUVELLE. Lemarchan, M. *Lundbeck en baisse avec l'arrivée de génériques*. (2022, 13 janvier) <https://www.usinenouvelle.com/article/lundbeck-en-baisse-avec-l-arrivee-de-generiques.N1448612>
- [49] VIDAL. Paitraud, D. *Dépression résistante : SPRAVATO, nouvel antidépresseur à base d'eskétamine en solution pour pulvérisation nasale*. (2020, 9 octobre) <https://www.vidal.fr/actualites/25942-depression-resistante-spravato-nouvel-antidepresseur-a-base-d-esketamine-en-solution-pour-pulverisation-nasale.html>
- [50] SCIENCE DIRECT. *La vortioxétine : un nouvel antidépresseur pour traiter les épisodes dépressifs caractérisés*. (2016). <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0013700615001293>
- [51] VIDAL. Lewandowski, C. *Episode dépressif majeur : comparaison de l'efficacité et de la tolérance de 21 antidépresseurs*. THE LANCET. (2018, 11 juin) <https://www.vidal.fr/actualites/22727-episode-depressif-majeur-comparaison-de-l-efficacite-et-de-la-tolerance-de-21-antidepresseurs-the-lancet.html>

- [52] PLOS MEDECINE. Kirsch, I. *Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration*. (2008, 26 février) <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.0050045>
- [53] LEMONDE.FR. *Une étude remet en question l'efficacité des antidépresseurs*. (2008, 23 septembre) https://www.lemonde.fr/planete/article/2008/02/27/une-etude-remet-en-question-l-efficacite-des-antidepresseurs_1016197_3244.html
- [54] *Les antidépresseurs et l'effet placebo*. (2020, 6 décembre) <https://www.zinzizine.net/antidepresseurs-et-effet-placebo.html>
- [55] RMC. *Antidépresseurs : « L'industrie pharmaceutique a fabriqué la dépression »*. (2018, 11 septembre) https://rmc.bfmtv.com/replay-emissions/les-grandes-queules/antidepresseurs-l-industrie-pharmaceutique-a-fabrique-la-depression_AV-201809110381.html
- [56] MEDISITE. Blaize, A.. *Antidépresseurs : pourquoi s'en méfier !*. (2018, 16 juillet) <https://www.medisite.fr/medicaments-et-risques-sante-antidepresseurs-pourquoi-s-en-mefier.1726.70.html>
- [57] LES ECHOS. Bauchard, F. *Les nouvelles armes des labos contre la dépression*. (2017, 7 avril). <https://www.lesechos.fr/2017/04/les-nouvelles-armes-des-labos-contre-la-depression-1234902>
- [58] WEB OF SCIENCE. *Faster, better, stronger: Towards new antidepressant therapeutic strategies* <https://www-webofscience-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/wos/woscc/full-record/WOS:000351953200004>
- [59] SCIENCE ET AVENIR. Desmichelle, S. *ENQUETE. Les antidépresseurs, un scandale sanitaire ?* (2015, 12 juin). https://www.sciencesetavenir.fr/sante/enquete-les-antidepresseurs-un-scandale-sanitaire_29134
- [60] MEDICA PRESS. *CIM-10 et DSM-IV : beaucoup de similitudes, peu de divergences* Centre Hospitalier de Luxembourg. (2000) <https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/4813.pdf>
- [61] HAS. *Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours*. (2017, octobre) https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_argumentaire_diagnostic.pdf
- [62] VIDAL. *Recommandations Dépression*. (2020). <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/depression-1567.html#prise-en-charge>
- [63] PSYCHOMEDIA. *Définition : Demi-vie (d'un médicament)*. (1996). <http://www.psychomedia.qc.ca/lexique/definition/demi-vie>
- [64] PUBMED. *Comparative effects of 15 antidepressants on the risk of withdrawal syndrome: A real-world study using the WHO pharmacovigilance database*. (2022) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34699855/#affiliation-1>

- [65] HAS. *Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux*. (2018, septembre) https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/rapport_coordination_mg_psy.pdf
- [66] MEDISITE. Blaize, A. *Antidépresseurs : pourquoi s'en méfier !* (2018, juillet 16). <https://www.medisite.fr/medicaments-et-risques-sante-antidepresseurs-pourquoi-s-en-mefier.1726.70.html>
- [67] LEEM. *Les Français consomment - ils trop de médicaments ?* (2019). <https://www.leem.org/100-questions/les-francais-consomment-ils-trop-de-medicaments>
- [68] ANSM. *Analyse des ventes de médicaments en France en 2013*. (Juin 2014) https://uspo.fr/wp-content/uploads/2014/06/ANSM_Analyse-Ventes-Medicaments_2013.pdf
- [69] OCED. *Pharmaceutical consumption*. (2017) https://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2017-70-en/index.html?itemId=/content/component/health_glance-2017-70-en
- [70] FORUMPSY. *Statistiques des consommations d'antidépresseurs en France : 2008–2013*. (2015). <https://www.forumpsy.net/t885-statistiques-des-consommations-d-antidepresseurs-en-france-2008-2013><https://www.forumpsy.net/t885-statistiques-des-consommations-d-antidepresseurs-en-france-2008-2013>
- [71] OMS. *Les cas d'anxiété et de dépression sont en hausse de 25 % dans le monde en raison de la pandémie de COVID-19*. (2022, 2 mars). [https://www.who.int/fr/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide#:~:text=Au%20cours%20de%20la%20premi%C3%A8re,de%20la%20Sant%C3%A9%20\(OMS\).](https://www.who.int/fr/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide#:~:text=Au%20cours%20de%20la%20premi%C3%A8re,de%20la%20Sant%C3%A9%20(OMS).)
- [72] ADOLPHE. M, ALLILAIRE. J.F. *Les antidépresseurs*. (2014) <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2014/05/olieVERSIONn%C2%B011Le-diagnostic-de-d%C3%A9pression-RECOMMANDATIONS-AUTEURS-1.pdf>
- [73] Couvreur A. et Lehuede F., *Essai de comparaison de méthodes quantitatives et qualitatives à partir d'un exemple : le passage à l'euro vécu par les consommateurs*. Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie, Cahier de recherche, n°176, 107 p. (2002). <https://www.credoc.fr/publications/essai-de-comparaison-de-methodes-quantitatives-et-qualitatives-a-partir-dun-exemple-le-passage-a-leuro-vecu-par-les-consommateurs>
- [74] SCRIBBR. Claude, G. *Étude quantitative : définition, techniques, étapes et analyse*. (2019, 12 décembre) <https://www.scribbr.fr/methodologie/etude-quantitative/>
- [75] ECONOMIE.GOUV. Slimani. I . *FICHE PRATIQUE : Constitution d'un échantillon* https://www.economie.gouv.fr/files/fiche_pratique_constitution_echantillonv1.pdf
- [76] LESECHOS. *Les nouvelles armes des labos contre la dépression*. (2017) <https://www.lesechos.fr/2017/04/les-nouvelles-armes-des-labos-contre-la-depression-1234902>

- [77] CAIRN. *Chapitre 1. Présentation générale de l'ACT*. (2015). <https://www.cairn.info/act-applications-therapeutiques--9782100715602-page-2.htm#:~:text=L'ACT%20est%20une%20intervention,lui%2C%20autrement%20dit%20ses%20valeurs>
- [78] P-ACT. *Thérapie ACT*. <http://p-act.org/psychologie-positive-1>
- [79] BRAVE TOGETHER. *Ensemble contre l'anxiété et la dépression*. <https://bravetogether.maybelline.fr/>
- [80] MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION. *MonPsy : ouverture du dispositif de remboursement de séances de psychologues* (2022, 7 Avril). <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/monpsy-ouverture-du-dispositif-de-remboursement-de-seances-de-psychologues#:~:text=Le%20dispositif%20MonPsy%20permet%20%C3%A0,rembours%C3%A9es%20par%20l'Assurance%20maladie>
- [81] AMELI. *Mon espace santé, un nouveau service numérique personnel et sécurisé* (2022, 19 Mai) <https://www.ameli.fr/assure/sante/mon-espace-sante>
- [82] HAS. *Prescription d'activité physique et sportive dépression*. (2019, Juillet) https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/app_249_ref_aps_depression_vf.pdf
- [83] THE AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. *Physical Activity and Incident Depression: A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies* (2018). <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2018.17111194>
- [84] Choi et al. *Physical activity offsets genetic risk for incident depression assessed via electronic health records in a biobank cohort study*. (2019) <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/da.22967>
- [85] Paquito.B *L'activité physique, un traitement des troubles dépressifs majeurs* https://archipel.uqam.ca/14072/1/D%C3%A9pression_chap8_Bernard_final_REVPB.pdf
- [86] HAS. *Deprexis*. (2022). https://www.has-sante.fr/jcms/p_3308278/fr/deprexis
- [87] CADUCEE.NET. *Dépression : Deprexis, une thérapie numérique personnalisée grâce à l'IA bientôt disponible en France*. (2021). <https://www.caducee.net/actualite-medicale/15482/depression-deprexis-une-therapie-numerique-personnalisee-grace-a-l-ia-bientot-disponible-en-france.html>
- [88] OBSERVATOIRE DE LA SANTE VISUELLE ET AUDITIVE. Françoise Pasqualin : « *Le brainspotting ouvre des zones cérébrales inaccessibles* » <https://www.observatoire-groupeoptic2000.fr/points-de-vue/entretiens-experts-reconnus/francoise-pasqualin-le-brainspotting-ouvre-des-zones-cerebrales-inaccessibles/#:~:text=%C3%80%20la%20diff%C3%A9rence%20de%20,traiter%20mais%20aussi%20de%20diagnostiquer>

- [89] MATHEO.ULIEGE. *Réalité virtuelle et dépression : Le sentiment d'auto-efficacité et l'engagement dans des activités sont-ils des freins ou des facilitateurs à la propension à l'immersion ?* (2021)
<https://matheo.uliege.be/bitstream/2268.2/13450/5/R%C3%A9alit%C3%A9%20virtuelle%20et%20d%C3%A9pression.pdf>
- [90] SCIENTEDIRECT. *L'utilisation de la réalité virtuelle dans le traitement des troubles mentaux* (2013)
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0755498213005629?via%3Dihub>
- [91] INSERM. *Dépression : Un futur médicament enfin efficace ?* (2020)
<https://www.inserm.fr/actualite/depression-futur-medicament-enfin-efficace/>
- [92] PHARMAPRO.CH. *Un nouvel antidépresseur en spray nasal autorisé par la FDA, petite révolution* (2019) <https://www.pharmapro.ch/news/un-nouvel-antidepresseur-en-spray-nasal-autorise-par-la-fda-petite-revolution-01093.htm>

Annexes

Annexe I : Exemple questionnaire sur la perception des antidépresseurs

Questionnaire pour les personnes ayant déjà pris des antidépresseurs

I - Informations générales

Vous êtes : *

Un homme

Une femme

Quel âge avez-vous ? *

Moins de 18 ans

18-25 ans

26-35 ans

36-45 ans

46-55 ans

56-65 ans

Plus de 65 ans

À quelle catégorie socioprofessionnelle appartenez-vous ? *

Agriculteur exploitant

Artisan, commerçant et chef d'entreprise

Cadre et professions intellectuelles supérieures

Professions intermédiaires

Employé et personnel de service

Ouvrier

Retraité

Etudiant

Sans activité professionnelle

Pratiquez-vous une activité physique et/ou sportive ? *

Je fais du sport régulièrement

Je fais du sport ponctuellement

Je ne fais pas de sport

J'ai une activité physique sans avoir besoin de faire un sport en particulier

Je n'ai aucune activité physique.

Quelle est votre hygiène alimentaire ? *

J'ai une alimentation variée et saine

J'ai une alimentation variée et saine avec des épisodes occasionnels de fast-food

Je mange assez souvent des fast-foods ou des commandes de repas.

II - Antidépresseurs

Êtes-vous actuellement sous traitement antidépresseur ? *

Oui

Non

Pour quelles raisons ?

Dépression

Autre : _____

Qu'est ce qui vous a amené à consulter un professionnel de santé ? *

Bilan de santé habituel auprès de votre médecin traitant

Perte d'un proche

Environnement anxigène/crise d'angoisse

Burn out

Harcèlement physique et/ou morale

Solitude

Echec sentimental/professionnel

Apparition de signes inhabituels

Autre : _____

Quels ont été les principaux symptômes ? *

Humeur dépressive

Perte de plaisir et d'intérêt

Perte/gain significatif de poids ou diminution/augmentation de l'appétit

Insomnie ou hypersomnie

Agitation ou ralentissement psychomoteur

Fatigue et perte d'énergie

Culpabilité

Difficulté de concentration

Idées suicidaires ou tentatives de suicide

Autre : _____

Comment avez-vous obtenu ces antidépresseurs ? *

Prescription du médecin généraliste

Prescription du psychiatre

Autre : _____

Quelle(s) catégorie(s) d'antidépresseurs vous a été prescrit ? *

- Je ne sais pas
- Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS)
- Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA)
- Inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO)
- Imipraminiques
- Autre : _____

Quel est le nom du ou des médicaments que l'on vous a prescrit ? *

- Floxyfral
- Prozac
- Seroplex
- Seropram
- Zoloft
- Cymbalta
- Effexor
- Anafranil
- Autre : _____

Connaissez-vous d'autres personnes de votre entourage souffrant de dépression ? *

- Oui
- Non

III - Impact du traitement

La prise du traitement a-t-elle été bénéfique pour vous ? *

- Oui
- Non
- Autre : _____

Avez-vous eu des effets secondaires suite à la prise d'antidépresseurs ? *

- Oui
- Non

Si oui, lesquels ?

- Nausées/vomissements
- Diarrhée
- Prise de poids
- Maux de tête
- Anxiété
- Nervosité
- Diminution de la libido
- Fatigue
- Troubles du sommeil
- Autre : _____

Selon vous, la dépression est-elle bien traitée ? *

- Oui
- Non

Si non, quelles seraient les raisons ?

Votre réponse _____

Connaissez-vous d'autres moyens de traiter la dépression ? *

- Oui
- Non

Si oui, pouvez-vous en citer :

Votre réponse _____

Vous a-t-on directement prescrit des antidépresseurs lors de votre visite chez un professionnel de santé ? *

- Oui
- Non

Si non, que vous a-t-on proposé en amont ?

Votre réponse _____

Quelle perception avez-vous des antidépresseurs ? *

- Bénéfiques
- Inutiles
- Dangereux
- Addictifs
- Autre : _____

Vous sentez-vous impliqué dans votre prise en charge ? *

- Oui
- Non

Vous sentez-vous compris au sein de la société ? *

- Oui
- Non
- Pas assez
- Autre : _____

En tant que personne atteinte de dépression, qu'est ce qui selon vous, devrait être amélioré vis à vis de la dépression et de la prescription des antidépresseurs ? *

Votre réponse _____

[Retour](#)

[Envoyer](#)

[Effacer le formulaire](#)

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google. [Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Règles de confidentialité](#)

Google Forms

Annexe II : Exemple de guide d'entretien auprès des médecin et psychiatres :

• MÉDECINS et PSYCHIATRES

I. Méthode de diagnostic de la dépression

1. Pouvez-vous me parler un peu de vous/vous présenter ? (nom, prénom, âge, spécialité médicale/service, statut (interne etc.), hôpital, clinique ; depuis combien de temps exercez-vous ce métier ?)
2. Pouvez-vous me parler un peu des prescriptions courantes que vous faites ?
→ Combien de boîtes prescrivez-vous par mois par exemple ?
→ Sur quoi vous basez-vous pour en prescrire ? Quels sont les outils que vous utilisez ?
3. Que pensez-vous de cette méthode de prescription ?
4. (Cette méthode est-elle universelle ou propre à notre pays ?)
5. Quelles évolutions avez-vous pu constater dans votre manière de prescrire au fil des années ? (Si la personne n'argumente pas : vous basez-vous sur les mêmes outils, mêmes critères ?)
6. Quelles sont les éléments qui vous posent ou pourrait vous poser problème lors du diagnostic

II. Prise en charge des personnes atteintes de dépression

7. En général, comment se passe le parcours d'un patient lorsqu'il est diagnostiqué comme étant atteint de dépression ? (Comment ça se passe, qui va-il voir en premier ?)
→ Pouvez-vous me donner un exemple concret du parcours et des étapes de prise en charge d'un de vos patients les plus récents ? (Comment a-t-on découvert qu'il avait de la dépression, qu'il avait besoin d'antidépresseurs etc.)
8. Selon vous, quel est le rôle du médecin généraliste au sujet de la dépression ? (ou du psychiatre selon qui j'ai en face de moi)
9. Que pensez-vous des échanges entre tous ces acteurs avant la prescription ? (assez pas assez)

III. Profils des patients et prescription des antidépresseurs

10. En général quel est le profil de vos patients ? Quelles sont les tendances ?
11. Quelles sont les résultats en termes d'efficacité des antidépresseurs ? (au bout de combien de temps le patient se sent mieux voire guéri ?)
12. Y a-t-il des patients pour qui l'utilisation des antidépresseurs n'a pas été efficace ? Si oui, quelles en seraient les causes principales ?
(→ Pouvez-vous me donner des exemples/des illustrations ?)
13. Prescrivez-vous des antidépresseurs pour des pathologies autres que la dépression elle-même ? si oui dans quel autre cas ?
14. Les patients sont-ils favorables à la prise d'antidépresseurs ?
Exemples/illustrations ?
15. Quelles actions mettez-vous en œuvre lorsque l'état de santé du patient ne s'améliore pas ?
16. Que pensez-vous de la définition de la santé de l'OMS ?
"La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité." → Pensez-vous qu'elle a eu un rôle dans ce fort taux de prescription des antidépresseurs car la France est le 1er consommateur de psychotropes ?
17. D'après le chercheur Irving Kirsch, il a été démontré que les antidépresseurs auraient une efficacité semblable aux placébos. Qu'en pensez-vous ?
18. On entend souvent dire que les industries pharmaceutiques ont un impact sur la prescription massive des anti-dépresseurs, qu'en pensez-vous ?
19. Pour finir, qu'est ce que vous souhaiteriez améliorer dans la prise en charge des personnes atteintes de dépression et dans l'étude de cette pathologie ?

Annexe III : Retranscription d'un entretien avec un médecin généraliste

Entretien avec un médecin généraliste - 29/04/2022

Dans un premier temps est-ce que vous pouvez vous présenter ?

Alors j'ai 49 ans et je suis médecin généraliste à Roubaix depuis 20 ans

La médecine générale c'est fascinant et quand on me dit ça va la médecine vous maîtrisez, j'ai envie de leur dire non pas du tout (rire). Le flou artistique qui a la limite doit rester un peu comme un policier qui s' il n'a pas peur il fait n'importe quoi un médecin c'est pareil à être trop confiant ça n'existe pas quoi, bah non on est jamais sûr bah non faut toujours réfléchir et le diagnostic parfait n'existe pas donc on doit trouver un juste milieu avec une légèreté et une certaine confiance et ce petit doute qui doit toujours être là.

Donc, la médecine générale c'est absolument formidable parce que c'est justement l'endroit où on est à la meilleure interaction croisée de tous les chemins c'est à dire qu'on est vraiment à la jonction du social bah oui on vit un peu dans leur quartier on connaît leur vie de famille. On est à la jonction du psychologique parce qu'on les connaît plutôt bien or c'est fondamental

Bien sûr y a le physique et puis le côté scientifique technique bien qu'on en prescrit qu'une partie mais on est quand même au courant.

Donc le psychosomatique et la psychiatrie c'est fondamental. Les statistiques très sérieusement nous disent et moi je pense qu'on est au moins à ça que y a entre 30 à 40 % de psychologie et de psychiatrie dans le tout venant de la médecine générale même chez des médecins généralistes qui ne sont pas intéressés par la psychologie. Donc il y a au moins 30 à 40% des demandes mal de tête estomac etc qui sont liés à des problèmes psychologiques. Y en a pour qui ça ne plaît pas mais moi c'est ce qui m'intéresse où il y a une carte à jouer autre que médicamenteuse j'aime bien aussi le côté médecine physique. Ce que j'apprécie vraiment c'est ces allers retours qu'il y a entre le psychologique et le somatique. Et inversement même le patient qui est des fois très dépressif et bah il faut pas oublier de vérifier qu'il ait pas une apnée du sommeil, parce que mettre un antidépresseur s'il y a une apnée du sommeil ça sert à rien il faut soigner d'abord l'apnée du sommeil.

Donc même quand on fait de la psychologie ou de la psychiatrie on va penser quand même physique donc quand on a un dépressif qui va pas bien et qu'on arrive pas à aider c'est peut-être aussi parce qu'il faut repasser par la médecine physique

Y a tjrs du psychologique dans le physique et du physique dans le psychologique

Combien de boîtes prescrivez-vous par mois par exemple ?

Alors le paradoxe c'est que j'en prescris pas mal parce que...mais attention pendant très longtemps on a fait l'amalgame, quand on parle d'antidépresseur au patient 9 fois sur 10 ils confondent avec les anxiolytiques et les benzodiazépines. Et très souvent j'ai des patients qui vont pas trop bien et dont je sais qu'il y aura un travail complexe avec accompagnement psychologique mais n'empêche que quand ils ne vont pas bien il y a quand même un intérêt à mettre des antidépresseurs, moi je suis quand même pour les antidépresseurs qui sont quand même des classes efficaces sauf que l'antidépresseur ça pose question quand on les considère pour ce qu'ils ne sont pas à savoir des traitements miracles ou des choses qui se suffisent à elles-mêmes on est mal barré. Et c'est comme ça qu'on crée des dépendances

puisqu'on lui a dit que c'était son seul recours donc forcément quand ça ne marche pas bien ils paniquent

Et deuxième à une certaine époque on les a toujours associés ce qui pouvait se tenir avec des benzodiazépines à hautes doses et qu'on sait maintenant que c'est elle qui donne maintenant beaucoup de dépendance et énormément d'effets secondaires. Ça donne des troubles de mémoire, ça favorise Alzheimer et maintenant on sait bien que ça empêche le cerveau de digérer les choses. C'est comme de l'alcool je ne traite rien, si je bois beaucoup sur le moment je vais bien mais après le lendemain j'ai mal à la tête et mon problème n'a pas avancé d'1mm.

Et du coup les antidépresseurs....

C'est pas pareil y a quand même des nuances. Alors il y a des nuances et des points communs. C'est écrit qu'il y a beaucoup de dépendance mais en vérité y a assez peu de dépendance, en réalité il y a peu de dépendance aux antidépresseurs. Quand on parle des antidépresseurs on parle des plus modernes, des IRS et IRSNA, le chef de file c'était le Prozac. Moi j'avoue que quand une personne s'en sort avec les antidépresseurs on peut se demander s'il aurait pu s'en sortir sans, est ce qu'on a bien fait de lui en mettre. La plupart du temps quand tout se passe bien et qu'il n'y a pas d'effet secondaire moi je pense que oui. Moi je vois l'antidépresseur comme quelque chose qui est de l'ordre du catalyseur c'est le petit coup de pouce qui va aider à la réaction. Alors faut quand même se méfier, c'est beaucoup moins contraignant que les benzodiazépines, qui ont des effets secondaires majeures une dépendance majeure, impossibilité de se réinventer alors la dépression ça peut aussi être positif avec un message inconscient de notre cerveau, c'est une façon de l'inconscient de dire là y en a marre faut changer quelque chose. (Rire) On se recentre sur soi-même et ça peut être positif et oblige à se questionner sur soi.

Justement moi j'aime bien poser ça comme ça parce que tout de suite justement qu'est ce qu'on va demander et quelle va être le sens de l'utilisation d'antidépresseurs. Moi j'aime bien embrayer avec mes patients sur des notions philosophiques et ils apprécient ça, quel sens ça a tout ça. Qu'est ce qui va pas, qu'est ce qui devrait changer, on s'autorise on s'autorise pas.

L'antidépresseur ça peut être le meilleur ami ou le pire ennemi. C'est pour ça c'est pour n'importe quel produit et drogue, c'est pas le produit lui-même c'est la relation qu'on a avec lui qui fait la toxicomanie. L'antidépresseur s'il est utilisé avec une mauvaise philosophie, une mauvaise image de ce qu'on peut vraiment attendre de lui, avec une arrière-pensée en fin de compte non productive c'est qu'il va aller dans le mur et qui peut être négatif.

L'antidépresseur j'aime bien dire et je le constate c'est la sérotonine, l'hormone de la sérénité et j'aime bien le dire à mes patients quand on a bien mangé et que quelqu'un vient et nous demande quelque chose on a juste envie de lui dire bah écoute j'ai bien mangé je vais me reposer et je te réponds tout de suite après donc c'est ça l'effet de la sérotonine et c'est vrai que les gens déprimés ils sont fatigués ils sont incapables de lâcher prise et de se détendre. Donc on va augmenter le taux de sérotonine ça devrait donner un côté je m'en foutiste et ça ne modifie pas fondamentalement la personnalité du patient. Et donc l'antidépresseur on doit vérifier qu'il est utilisé à bon escient

Autre exemple en matière de traumatisme et tout ça dans certain cas les émotions sont tellement explosives que y a une réaction de retrait de déni ah nan ça fait tellement mal que je n'y touche pas. Et le fait de mettre un antidépresseur on va édulcorer tout ça et calmer le jeu et peut être qu'on va donner au patient le courage d'aller creuser voir ce qu'il se passe. Vu qu'on a mis de la crème et que c'est un peu moins douloureux, on va pouvoir titiller un

peu la plaie. C'est vrai que c'est compliqué parce que ça dépend des thérapies. C'est vrai que j'essaye d'en faire un peu, mon prof me disait même les IRS pourraient diminuer l'effet par exemple de l'EMDR. Donc là ça va plutôt dans ce que disent les psychologues " de toute façon ça ne sert à rien, faut éviter d'en mettre. Moi, je dirais dans un premier temps qu'on ne voit pas les mêmes personnes. Il y a des patients qu'on aimerait bien mais on n'arrive pas à les ramener devant un psychologue. Alors ça peut être culturel, être fou c'est la honte et je vais pas voir un psychologue et j'ai pas de problème de toute façon. Mais il y a des personnes qui ne sont pas demandeuses de soins.

Donc pour vous vous prescrivez beaucoup parce que vous n'avez pas les mêmes patients que les psychologues ?

Oui, on va dire ça après c'est vrai les psychiatres du CMP le savent bien, on a des patients, alors s'ils acceptent de prendre un psychotrope c'est déjà extraordinaire et on peut tricher parce que c'est vrai qu'on n'en prescrit pas que pour des causes psychiques mais aussi dans ce qu'on appellerait les somatisations, les troubles fonctionnels quoi, donc alors c'est pas que les antidépresseurs mais on les utilise énormément dans les douleurs chroniques, dans la migraine, dans l'intestin irritable, comme par hasard les gens qui ont un côlon irritable, on met des sérotoninergiques et pouf et ils se sentent mieux. Et ces gens-là ne se retrouvent pas toujours devant un psychologue. Et inversement on a beaucoup de patients qui ont consulté des médecins généralistes ou des psychiatres avec des antidépresseurs alors qu'il n'y a aucun conseil de thérapie. Et quand ces patients-là arrivent devant le psychologue et qu'il se dit mince on a perdu du temps, je comprends tout à fait qu'il se dise c'est quoi ces conneries pourquoi des antidépresseurs et on revient à ce que je vous ai dit tout à l'heure. Donc pour résumé, il y a bien des gens avec qui on n'a pas beaucoup d'espoir et que c'est compliqué de leur proposer une psychothérapie et qui parfois acceptent les antidépresseurs qui va les aider à aller un peu mieux, peut-être seulement après ils accepteront la psychothérapie, parce qu'on ne peut pas systématiquement dire non l'antidépresseur ça ne sert à rien. J'ai eu beaucoup de cas où je suis intimement persuadé, bon c'est pas une preuve scientifique que l'antidépresseur a été le catalyseur dont je parle. Et peut-être qu'il y serait arrivé à aller mieux sans, mais ce serait dommage de s'en passer si ça a aidé. Après j'en prescris souvent mais comme je vous ai dit c'est 1 fois sur 3 pour cause de dépression seulement 2 fois sur 3 c'est pour autre chose que la dépression pure et dure

Les antidépresseurs ça marche bien dans les troubles obsessionnels, phobiques, anxieux et dans ces troubles là ils sont beaucoup plus efficaces et mieux tolérés que les benzodiazépines. Donc parfois en tant que médecin généraliste je me dis que c'est la moins mauvaise des chimiothérapies. Mais des fois il y en a qui n'ont pas souvenir des traumatismes alors comment on fait ? comme le Brain spotting mais qui en fait du Brain spotting ça existe depuis 3 ans en France.

C'est quoi le Brain spotting ?

Brain spotting c'est une espèce d'EMDR, avec le mouvement psychologique mais c'est de la psychologie active On joue sur des boucles réflexes neurologiques, on est très très loin de la psychanalyse qui sont des alternatives qu'on peut mettre oui en opposition avec même les antidépresseurs oui.

Il y a bien un lien entre mouvement des yeux et mémoire ça c'est sûr. Par exemple on sait que pour le syndrome de stress post traumatique l'EMDR avec le mouvement des yeux on arrive à recréer les mouvements des yeux du sommeil paradoxale et en recréant chez la

personne consciente la journée le sommeil paradoxal, on va forcer le cerveau à faire digérer quelque chose qui automatiquement est refusé la nuit. Normalement à chaque phase paradoxale la nuit on trie les informations et classe les dossiers ce qui permet de faire de la place et de passer à autre chose, sauf que les dossiers marqués par un traumatisme pour des raisons de survie, il y a des mécanismes qui bloquent car surcroît d'adrénaline et qui ne sont pas digérés et c'est comme si c'était actuel, d'où ces techniques pour les digérer. Et donc ces traumatismes vont entraîner de lourde conséquence psychique et c'est important de le dire les antidépresseurs n'auront pas d'effets.

Et du coup comment vous pour faire la distinction entre la dépression, l'anxiété est ce que vous utilisez des outils ?

Alors normalement oui, de plus en plus on est amené à faire du travail de psychiatres parce que les psychiatres mine de rien ils ne sont pas dispos y en a pas beaucoup. Normalement y a des outils très euh... après là on part dans un autre débat. Moi je suis un extrémiste du centre c'est à dire que j'aime bien faire des mix entre les différentes tendances donc y a deux extrêmes y a ceux qui se disaient très européens français avec la psychanalyse de l'esprit et qui eux disent non on est dans le symbolique, avec les troubles obsessionnels, le syndrome Œdipien etc etc, pourquoi pas c'est un peu passé, vieillot quand même hein. C'est très très humaniste mais alors évidemment c'est pas très scientifique du tout y a pas de critère.

Et puis à l'opposé y a plutôt on va dire les américains qui vont avoir une psychiatrie caractérisée qui à l'extrême tend vers la débilite parce qu'on se dit mais on met des personnes dans des cases, si on les écoute on est tous malades, on est tous anxieux par moment, on se pose tous des questions, troubles du sommeil. C'est une des questions qu'on peut se poser aussi, s'il n'y a pas un intérêt des industries pharmaceutiques à justement prescrire ces choses-là en disant, si vous avez une phobie, un trouble anxieux vous pouvez prescrire des antidépresseurs. Moi justement je me sens entre les deux, les deux ont raison, opposer les deux c'est être vraiment complètement perdu. Donc c'est pour ça je suis incapable de faire un truc de critères pur et dur et inversement faire de la psychanalyse pur et dur ça n'a pas tellement de sens.

Et je trouve que la plupart du temps la psychiatrie généraliste peut suffire alors après ça dépend il a des... ce qu'on appelle des diagnostics différentiels.

Alors un des avantages du brain spotting, on a quelqu'un qui a un malaise, on suspecte une cause très psychologique de l'ordre de la dépression etc et quand on interroge la personne sur d'où ça vient et qu'il me dise je sais pas. A ce moment-là, je parle de ça je dis pas que c'est facile à mettre en place, c'est très moderne, mais on va demander à la personne de se connecter avec son malaise sans chercher à comprendre et lui demander dans la 3 dimension sans bouger sa tête juste son regard voir quelle est la position des yeux qui renforce le ressenti et ça ça existe. Y a un moment donné en fonction de la position de son regard, couplé à des mouvements alternatifs qui font favoriser les associations, le patient va nous dire "ah bah c'est marrant, ça me rappelle ceux-ci"

Donc vous, ça vous est déjà arrivé d'établir un diagnostic avec ce test là ?

Ça m'est déjà arrivé, avec des patients ayant des troubles du sommeil et il y avait une colère à faire ressortir, mais c'était pas le brain spotting c'était l'EMDR mais peu importe c'est très proche et on a travaillé sur sa colère. Il fallait d'abord qu'elle ait moins peur de sa propre colère par l'hypnose et c'est elle qui m'a guidé par l'EMDR elle a transformé au début elle voyait un gros rat avec des yeux rouges, un truc vraiment dégueu et petit à petit au fil de l'EMDR, le cerveau fait des associations, elle-même était surprise et le rat s'est transformé

en écureuil et là tout à coup l'écureuil ça fait plus peur et maintenant il n'est plus rouge mais roux. C'est rigolo parce que c'est du Lacan, sauf que Lacan pour obtenir un résultat comme ça il mettait 10 ans.

Donc c'est à la fois une technique de diagnostic et ...

Et de thérapie, oui absolument. L'EMDR va à la fois aider à faire ressortir quelque chose et le calmer aussi

Et quand vous dites EMDR ?

C'est un acronyme anglais, Eye Movement Desensitization and Reprocessing, voilà Mais franchement ça c'est le truc d'avenir, incontournable, y a des articles partout c'est pas que les anglo saxons, les indiens, les chinois, y a pas une armée au monde où ne pratique pas l'EMDR. C'est pas la plus ancienne, elle a une vingtaine d'années seulement et le brainspotting c'est juste une variante, au lieu de faire des mouvements alternatifs on va trouver la piste, ce qui est très intéressant. Moi j'ai déjà vu quand on évoque certains dossiers un peu douloureux, le mouvement des yeux n'est pas linéaire ça bloque en fait sur quelque chose et donc le type qui a fait ça, cet endroit qui bloque c'est là où il y a quelque chose à travailler et on va voir ce qu'il se passe.

Donc c'est applicable pour la dépression.

Pour la dépression, oui et y' a pas que ça on peut proposer de la méditation, on laisse les idées monter pour avoir cette tolérance. Y a rien de plus déprimant que de vouloir contrôler son cerveau. Y a aussi des protocoles de méditation pleine conscience qui ont fait leurs preuves sur la dépression.

De plus je pense et j'ai eu le cas des patients qui ayant des petites doses d'antidépresseurs, je ne pense pas que ça ait empêché l'EMDR. Si on met des doses qui assomment, c'est clair que le cerveau est assommé. Alors attention dans certains cas, ça peut être nécessaire ceux qui n'arrivent pas à trouver les solutions et avec des pensées suicidaires là c'est clair qu'on est obligé de les assommer, et après on essaiera de trouver la cause et de travailler là-dessus.

Et du coup est ce qu'il y a des périodes où vous avez plus prescrits que d'autres et si oui lesquelles ?

Alors ça c'est une bonne question, alors oui par exemple le covid les confinements, y a pas forcément que ça mais oui c'est une bonne question alors je suis désolé je suis assez nul en statistique, y a des études faudrait regarder qui disait qu'une jeune femme qui partait chez son médecin généraliste avait 3 fois plus de chance de ressortir avec des antidépresseurs qu'un homme plus âgé qui se plaint de la même chose. Dans ma pratique j'espère ne pas le faire et je ne pense pas, après peut-être que les hommes ont un peu plus de mal à les accepter.

Mais après la vraie question qu'on peut se poser c'est : Est-ce qu'on ne met pas plus d'antidépresseurs quand nous on ne va pas bien.

Ah le médecin ?

Ah bah bien sûr, on n'est jamais complètement neutre. Le médecin qui vient de se faire larguer et qu'un patient lui raconte la même histoire, il va prescrire des antidépresseurs 2

fois plus vite. (rire). D'où l'importance de discuter aussi avec une tierce personne pourquoi pas un psychologue.

Donc pour vous, vous avez le plus prescrit pendant le confinement, y a t-il des saisons où vous prescrivez plus ?

Alors paradoxalement, l'hiver va plutôt bien au dépressif comme si le froid et le côté cocooning, on se replie sur soi on ne fait pas grand-chose. Étonnamment y a beaucoup de dépression et d'anxiété lié à de la dépression qui se déclenche au printemps, au moment où on devrait être joyeux, à vouloir batifoler à l'extérieur et que tout d'un coup on se rend compte qu'on ne veut pas du tout batifoler en extérieur. Alors que, quand il fait très froid et que personne ne sort, bah là ils sont synchrones avec tout le monde.

D'accord donc ce serait plus le printemps ?

Oui le printemps et les changements de saison. Alors les changements de saison on sait que c'est des périodes assez stressantes. Alors, désolé de l'amalgame mais c'est plus les anxiétés mais c'est pour ça c'est extrêmement difficile de séparer l'anxiété et la dépression c'est pour ça qu'on parle de troubles anxio dépressifs. La dépression nourrit l'anxiété, l'anxiété nourrit la dépression. Ce n'est pas pareil mais c'est lié.

Et donc pour revenir à ce que vous disiez c'est plus les femmes qui consultent ?

C'est peut-être moins vrai maintenant, elles vont peut-être plus facilement parler. C'est vrai que d'un point de vue psychothérapie, l'attitude masculine traditionnelle n'est pas trop ouverte à cela mais maintenant c'est quand même en train de nettement changer.

Donc si je comprends bien la différence entre les femmes et les hommes c'est que les hommes mettent plus de temps à consulter mais finissent par s'ouvrir.

Oui tout à fait, et à nous de suggérer et c'est peut-être plus compliqué de ramener à un diagnostic de dépression pour un homme, non ce n'est pas que le physique, et non vous avez toujours travaillé beaucoup et non l'année dernière vous n'étiez pas comme ça.

D'où l'importance de connaître le patient ?

Oui oui ça peut être. Alors c'est très bizarre parce que je vais dire tout et son contraire (rire). C'est effectivement très important de bien connaître son patient, ce qu'il va être capable d'encaisser ou pas et c'est très important de dire les choses avec brutalité presque, et en même temps c'est parfois très compliqué de le faire avec des patients que vous connaissez très bien. Parfois c'est quand je suis en garde et que je sais que y' a pas de relation médecin patient en jeu, y a peu de reste que je lui fasse un sur-traumatisme et très souvent la franchise ça paye je trouve et c'est pas ce que nous disent les théories psychologiques en disant qu'il faut faire attention. Et en garde les personnes ne se sentent pas bien mais ne vont pas se dire qu'il s'agit d'une dépression et c'est là où on a une carte à jouer, n'étant pas son médecin généraliste et étant neutre, y a pas relation à casser et on peut tout à fait dire qu'ils ont de la dépression et dès fois ça marche.

Et du coup au niveau des tranches d'âge ?

Alors oui en général on a une patientèle, ça dépend du style du médecin, ça dépend du quartier où on habite, mais aussi de son style et de son âge. La plupart du temps les patients

vieillissent avec l'âge du médecin, mais des médecins âgés avec un quartier jeune ils ont toujours une clientèle jeune en moyenne.

Super merci, du coup je voulais aussi vous demander quels sont les éléments qui vous posent ou pourraient vous poser problème lors du diagnostic de dépression ?

Alors, il y a le social, le psychologique. Au niveau social, selon le contexte dans lequel on vit, la dépression n'a pas la même expression selon les cultures. La dépression est une notion récente, il y a pleins de personnes avec une culture traditionnelle, pour qui on n'est pas déprimé. Pourquoi je parle de ça... Si ! Y en a un qui est formidable, Tobie Nathan c'est un psychiatre, ethnologue, et qui a fait de l'ethnopsychiatrie c'est à dire qui s'est beaucoup intéressé aux immigrés primo-arrivants qui ne savent non seulement pas parler français mais vont aussi avoir des troubles psychiques qui sont culturellement dépendant. Donc quand on a un patient qui vient d'Afrique Centrale, et qui a tel type d'hallucination parce qu'il voit tel type d'esprit, est ce que c'est une psychose ou c'est son mode traditionnel de dépression, j'ai eu le cas et donc là pour le coup on va mettre un antidépresseur. On va aussi essayer de le soigner en psychothérapie et c'est là que Tobi Nathan dit que pour le soigner j'ai besoin de comprendre sa langue, donc de traducteurs mais aussi d'expert de sa culture pour qu'ils m'expliquent dans sa culture à quel symbole ça correspond. Par exemple les dragons chez les chinois c'est des êtres protecteurs, les dragons en Europe c'est la catastrophe hein. C'est passionnant et pour Tobi Nathan on ne peut interpréter les symptômes psychologiques ou psychiatriques que si on a un interprète de sa culture. J'ai eu le cas avec une patiente qui de par sa culture avait des hallucinations et déprimée, et avec les antidépresseurs elle a arrêté de délirer. Alors que si ça avait été une franco-française, seul le neuroleptique aurait pu l'aider. C'est rigolo quand même.

D'accord donc y a un aspect social comme vous venez de dire.

Voilà, et du coup on en revient aux antidépresseurs, j'ai vu quand même quelques miracles je pense à un patient qui était très anxieux et du jour au lendemain il peut plus conduire sa voiture, plus prendre l'autoroute c'est l'angoisse total. Je lui avais mis un antidépresseur qui ne marchait pas d'ailleurs depuis il n'est même plus disponible. Comme quoi je ne joue pas au psychiatre non plus, quand je n'y arrive pas, donc je l'envoie au CMP, le confrère lui met une bonne dose de sertraline que je trouve très bien donc un antidépresseur deroxat tout à fait classique. Et en 1 semaine de temps il reprend l'autoroute comme si de rien n'était. Donc quand même, la psychologie c'est bien mais y' a quand même du chimique là-dedans. Et j'ai eu plusieurs cas comme ça où on se dit ah ouai les antidépresseurs... pareils les troubles obsessionnels, alors on sait que les thérapies cognitives comportementales ça marche bien, mais parfois les antidépresseurs ça marche très très bien aussi.

Alors on parlait du diagnostic ce n'est pas toujours simple, quelle est la part de côté théâtralise et névrosé du patient qui se montre fragile folle et quelle est la part de phénomènes neurologique incontrôlable et absolument non symbolique quelque part et c'est ça qui est intéressant aussi. Et donc pour chacun on se dit la part sociale, la part symbolique, la part physique. Et y' a que les imbéciles qui ne changent pas d'avis, on est obligé de faire une hypothèse pour débiter et se dire bah tiens si j'ai l'impression que ce soit ça peut-être je vais beaucoup compter sur mon antidépresseur. Si c'est symbolique au contraire je ne vais pas trop compter sur mon antidépresseur. Donc ça dépend vraiment du patient.

Et du coup vous prescrivez quoi comme marque de médicaments ?

Alors dans les antidépresseurs, alors il se trouve que comme moi je suis hyperactif, j'ai tendance à attirer des hyperactifs, le médecin a toujours des clients qui lui ressemble. Donc moi j'ai beaucoup d'hyperactifs qui ne supportent pas des trucs qui les assomment. Parfois le problème ce n'est même pas de montrer l'efficacité d'un antidépresseur mais de le faire accepter par la personne, car elle se sent en danger.

Ah nan mais ça c'est génial parce qu'on rentre dans un autre truc formidable c'est la systémique. Justement on parlait des systèmes. On ne peut intégrer une personne qu'à son système et dès qu'on bouge la personne ou son système on bouge tout et ça il faut le savoir. Et dans les années 90 on avait presque que de la psychothérapie et psychanalyse, y a aussi la fameuse série "En thérapie" qui est formidable, elle est tellement bien qu'on voit les limites de la psychanalyse et parfois il ne suffit pas d'écouter le patient, la personne revit la chose et on ne fait rien pour l'aider à digérer. Donc si le thérapeute n'a pas des petits trucs pour aider à digérer le traumatisme on peut même majorer le traumatisme puisqu'il y aura une réexposition sans amélioration.

D'où les antidépresseurs ?

Oui ou l'obligation de proposer des thérapies qui soit plus adaptée, moderne brève, qui se développent bien quand même. Maintenant y a plus personnes qui rigolent quand on parle d'hypnose. Après y a énormément de techniques traditionnelles, yoga, les médecines ayurvédiques, tout ça c'est des truc qui ont plus de 2000 - 3000 ans, l'acupuncture, y a des preuves.

Comment ça se passe pour la prise des antidépresseurs pour que les patients y soient favorables ?

Ça dépend. Quand on leur explique pourquoi bah ils sont d'accord, ils ne sont pas réfractaires. Attention les antidépresseurs ont pu montrer un effet supérieur au placebo. On compare souvent au placebo, parce que c'est tellement facile de faire de l'homéopathie. Je prends n'importe quel médicament si je survends l'antidépresseur a quelqu'un qui me fait confiance, qui est en hypnose on va dire en quelque sorte. Et quand c'est comme ça on a gagné parce que non seulement il va le prendre mais en plus il va être persuadé de son efficacité. Et nous, médecins généralistes, on apprend ça depuis très peu. Non ce n'est pas tromper notre monde, quitte à prescrire quelque chose autant que le patient soit persuadé de l'efficacité, en rajoutant de l'effet médecin, il n'en marchera que mieux et inversement s'il ne faut pas le mettre on ne le met pas et on utilise l'effet placebo, il me semble donc encore une fois ce serait comme de l'homéopathie mais en disant les choses.

Et du coup vous, vous recevez plus des personnes hyperactives et vous ne m'avez pas répondu au sujet des médicaments que vous prescrivez le plus

Ah oui c'est vrai on était parti de là, très juste vous avez retrouvé le fil (rire). Les hyperactives préfèrent très souvent les IRSNA, parce qu'il y a de la noradrénaline, et que cette hormone réveille un peu. Donc, si on met juste de la sérotonine ils vont être un peu cool cool flagada, et donc les IRSNA y a moins de côté ralentissant et sédatif. Les plus connus sont Effexor par exemple, Venlafaxine. En plus les IRSNA sont très très efficaces pour traiter les douleurs chroniques, pour traiter des fibromyalgies ou des choses comme ça, ils sont d'ailleurs indiqués.

Et voilà quand c'est des gens fragiles qui ne sont pas trop hyperactifs, le plus classique c'est quand même l'escitalopram parce qu'il est très neutre, pas trop sédatif, et bien toléré chez les patients fragiles comme les personnes âgées.

Et quand ils sont très obsessionnels et anxieux, la sertraline c'est bien parce qu'elle est plus sédative, plus anxiolytique.

Et il y a un patient très obsessionnel (rire), j'ai du mal à avancer avec lui et c'est rigolo il m'a demandé un Prozac. Moi j'ai horreur des grosses tartines moi je prescris assez peu c'est l'un des rares de mes patients qui a une tartine de médicament, impossible de diminuer. Et là il m'a demandé des antidépresseurs donc je saute sur l'occasion, bah écoutez, vous êtes très sensible au niveau viscéral, très anxieux pourquoi pas le Prozac et puis tout de suite c'est tout un jeu : " ah mais attention ça fait très très mal à l'estomac est ce que vous pensez qu'on peut le mettre en liquide et que je peux prendre une dose tous les 5 jours comment vous dire que c'est juste n'importe quoi (rire). Surtout ne pas contrariée parce que la démarche est bonne, donc je lui ai proposé des ampoules et si tout va bien augmenter la dose. Donc, je vais toujours dans le sens du patient, je ne vais pas commencer à dire que c'est n'importe quoi. Sincèrement je suis content qu'il revienne sur la dépression car évidemment qu'il en a une. Et encore une fois, est-ce que c'est bien d'un antidépresseur qu'il a besoin, pas sûr mais en tout cas là tout de suite, on ouvre la bonne porte ou du moins on s'en rapproche, peut-être je ne sais pas.

C'était justement une de mes questions (rire)

Ah bah ça tombe bien mais on apprend toujours de nos patients.

Et qu'est-ce que vous pensez des échanges entre tous les acteurs de santé ? Qu'est-ce que vous pensez du rôle du médecin généraliste ?

C'est vrai que, y a pas si longtemps que ça on avait des systèmes de CMP qui fonctionnait plutôt bien, le seul bémol ils étaient beaucoup trop lacaniens c'est connu y a une vingtaine d'année où l'ambiance générale des CMP c'était lacan lacan et ça va bien 5 minutes parce qu'un autre grand psychiatre bergeret avait dit dans les années mais vous savez mes chers collègues, un patient qui pètent les plombs à l'hôpital, vous devez bien savoir que ces gens-là ne sont pas des névrosés, ce sont des borderline. Donc on n'aide pas de la même façon selon les pathologies.

Et ça existe les dépressions borderline ?

Mais complètement, c'est un truc, faut pas me brancher là-dessus (rire). Bien sûr la dépression du borderline est spécifique, elle est plus intense, ils sont hypersensibles avec souvent des risques suicidaires, impulsivité des problèmes émotionnels et relationnels et ils ont des dépressions assez graves et souvent les antidépresseurs sont utiles chez eux. Alors c'est un trouble de personnalité grave, qui n'est soigné par aucun traitement, par contre y a des prises en charge récente qui sont complètement à l'opposé de la psychanalyse. Les borderline se font plus aider par des prises en charges asiatiques, orientales. Et cette prise en charge simplissime qui revient à dire n'ayez pas peur du vide aide 10 fois plus le borderline que la psychanalyse. Et les antidépresseurs peuvent éventuellement les aider à faire ce travail car les borderline se suicident beaucoup d'ailleurs.

Ok ça marche merci. Et dans la littérature on entend souvent dire que l'on fait partie des pays qui prescrivent le plus d'antidépresseurs ?

Alors, moi j'ai une théorie très simple, malheureusement, notre système, moi je suis plutôt humaniste au centre. Le gros problème c'est qu'on est dans un système qui se voulait être un Etat providence et qui s'avère extrêmement consumériste c'est-à-dire que bon je trouve bien qu'il y ait accès à un médecin généraliste facilement pour trouver des réponses. Dans mes stages durant les années 90 y avait un consumérisme complètement délirant du corps médical c'est à dire que le moindre gamin qui avait un petit rhume, on lui donnait 7 médicaments remboursés qui était pour la plupart inutile voire dangereux. Et à l'époque aussi y avait une concurrence monstrueuse entre les médecins.

Au même moment il y avait une mauvaise régulation entre les médecins, ça paraît bizarre maintenant vu qu'il manque des collègues mais à l'époque il y avait une concurrence monstrueuse entre les médecins. Il y avait une vraie concurrence en ville en tout cas et celui qui était un bon médecin c'est celui avec le plus d'ordonnance. Et puis à l'époque aussi y avait pas tout ce dont on parlait précédemment. Donc à l'époque les professeurs disaient bon on fait un arbre de diagnostic, donc c'est pas compliqué c'est soit infectieux, inflammatoire, neurologique c'est gastro entérologie et si à la fin c'est pas ça y' a le four tout du psychologique et donc on envoie au CMP. Mais c'est pas possible parce que le psychologique est dans tous au-dessus de tout et doit être pris en compte dans chaque moment dès le départ puisque c'est le filtre à travers lequel je vais pouvoir comprendre et analyser mon patients mais c'est pas comme ça qu'on nous le vendait ah non non non c'était à la fin.

Tout ça fait quoi donc si on fait le corollaire de tout ça, ça veut dire que le patient qui veut...et puis à l'époque les labos étaient tout puissants... alors c'est bizarre parce qu'on le savait déjà, les psychiatres nous disaient oui mais quand même un somnifère normalement c'est que 6 semaines. Et il fallait aller vite et à l'époque quelqu'un qui avait des problèmes de sommeil on lui met des somnifères. C'est comme ça qu'il y a eu des gens qui ont été depuis 30 ans sous traitement. Maintenant on sait que c'est complètement délirant pire que mieux mais à l'époque c'était pas gênant. Et ça peut expliquer aussi les dérives de prescriptions médicamenteuses qu'il y a eu. Et je crois maintenant qu'on est tombé dans l'effet inverse, je crois qu'il y a tellement eu de mauvaises prescriptions n'importe comment que maintenant on aurait tendance à dire non non on ne prescrit pas de médicaments alors que si l'antidépresseur pourrait être utile. C'est toujours pareil, si c'est bien prescrit c'est bien surveillé, si on fait une psychothérapie, si on a bien ciblé les bonnes choses.

Donc si je comprends bien dans le passé y avait une prescription massive dû aux mentalités des médecins etc et...

Oui il y avait un consumérisme global, à la fois il fallait contenter le peuple c'est un bon avantage social ohlala. Avoir une protection sociale bien sûr mais avoir un consumérisme pourquoi ?

Et donc du coup les labos pharmaceutiques comme vous avez dit on eut un rôle est ce que c'est toujours le cas ?

Beaucoup moins c'est presque l'effet inverse et les jeunes ne reçoivent plus les laboratoires

Est-ce que ça peut avoir un effet positif dans ces industries dans la dépression ?

Dans la dépression je ne sais pas trop parce que ce qui est clair c'est que moi ça fait au moins 15 ans qu'on ne m'a pas présenté d'antidépresseur. Le dernier c'était celui qui ne marchait pas (rire)

Tous les antidépresseurs maintenant sont génériqués et actuellement y a aucun laboratoire qui se bat pour en vendre parce qu'ils font de très faible marge là-dessus ça les intéresse pas de faire du commercial là-dessus. Ah mais non ça coûte rien un antidépresseur ça coûte combien vraiment pas cher.

Ah parce qu'on entend souvent dire qu'il y a une prescription massive des antidépresseurs à cause des lobbyings.

Alors si si si quand même. Mais c'est toujours pareil. Aux États-Unis on voit bien les dérives qu'il y a eu, moi je pense que quand même en France, on n'est pas comme ça. Euh c'est aussi dommage de prescrire n'importe comment que de diaboliser une molécule qui peut être utile je peux pas dire mieux. Est-ce que y a des lobbyings de l'industrie pharmaceutique pour faire une catégorisation et une critérisation qui permettent d'augmenter la prescription probablement oui mais encore une fois la meilleure réponse c'est mon classeur là et Dr. COCHEMAN qui nous fait des formations en EMDR. Et bah avec ça ils voient des traumatisés toutes les semaines des choses graves et il prescrit de moins en moins des psychotropes donc soyons clair ma conclusion c'est est ce qu'on peut soigner bien la dépression avec moins de psychotropes oui bien sûr.

D'accord et donc pour vous la dépression pour les industries pharmaceutiques c'est plus une priorité contrairement à il y a 20 ans ?

Alors ce qui est clair c'est que les plus grosses marges qu'elles font c'est surtout les médicaments qui sont en thérapie personnalisée souvent à base d'anticorps qui sont vendus à 1000 euros l'injection. Et c'est d'autant plus intéressant que ce type de médicament ont un nombre de prescripteurs restreints. Ils sont donc quelque part plus faciles à cibler et à convaincre et d'autant plus efficaces que ce sont des médicaments qui, il faut le dire, peuvent être remarquablement efficaces. On a depuis 20 ans des médicaments anti-inflammatoires par exemple par exemple dans le psoriasis. Ça faisait 20 ans que les mecs mettaient de la crème ça ne marchait pas, et dès fois en 2 injections c'est fini y' a plus rien. Alors ça ne marche pas tout le temps comme ça mais il y a des médicaments assez miraculeux dans les maladies inflammatoires, peut-être qu'on va y venir parce qu'on se rend compte que la dépression serait peut-être une maladie inflammatoire du cerveau. Et la dépression c'est une maladie vraiment poly factorielle. Elle est à la fois génétique, environnementale, alimentaire, liée à la flore digestive, symbolique, psychologique, post traumatique. En fait, il faut jouer sur tout ça. Donc je suis à peu près sûre qu'un traitement miraculeux des dépressions, peut-être de certaines qu'on dit endogène peut-être ce sera plus chimique. C'est certain qu'il y a des dépressions chimiques et d'autres symboliques et puis après il y a tous les intermédiaires. Peut-être que bientôt on soignera les dépressions avec des probiotiques, possible donc voilà y a pleins d'expérience on prend un rat cool on lui balance la flore digestive d'un rat stressé bah voilà il devient stressé instantanément.

Et du coup pour conclure qu'est-ce que vous souhaiteriez améliorer dans la prise en charge de la dépression ?

Bah les axes d'améliorations, j'ai dit un peu de mal des CMP, parce que c'est vrai que pendant longtemps ils ne faisaient pas de thérapies pragmatiques, ils ne faisaient pas beaucoup de comportementales, c'était surtout en écoutant les gens. Attention y a des cas

où c'était très utile mais y a aussi des cas où ce n'était pas adapté faut le dire sauf que maintenant c'est en train de se démanteler complètement, ils sont en train de s'évaporer les CMP. Partout dans la métropole pour chaque centre y a 3 psychiatres pour 9 postes et tous ceux qui partent ne sont pas remplacés donc je ne sais pas comment on va faire mais logiquement d'ici un an ou deux ça ferme. Donc, nous comment on fait. Alors on voit peut-être des alternatives ils vont nous dire vous pouvez peut-être les envoyer à des psychologues qui vont être pris en charge à 25 euros bah oui mais normalement la consultation psychologique de base c'est 60 euros donc 25 euros c'est bien gentil mais comment ils vont faire, on ne sait pas trop. Donc mon souhait ce serait plutôt, je pense qu'on va être obligé et que ce ne sera pas plus mal, parce que si d'après tout ce que je viens de dire, j'aime bien être généraliste et être au centre de tout c'est euh... On va devoir de plus en plus travailler par des espèces de dispensaires et je pense que ce qui sera bien c'est de travailler avec des psychologues mais des psychologues j'aimerais bien assez polyvalent et bien formés à toute ses techniques bien pragmatiques. Et je pense qu'on devrait faire des espèces de mini CMP, plutôt que de dire ah bah tiens on va envoyer nos patients au CMP habituel bah là ce sera pareil des dispensaires où y aura le médecin le psychologue et pas le psychiatre.

Ou alors que peut-être ce qu'il se passe déjà, le psychiatre sera consulté 1 fois par an en dehors de la structure pour confirmer l'indication, le diagnostic. Probablement c'est ce qui va se passer, les CMP vont être délocalisés. Donc c'est à la fois un souhait et une obligation, de faire une psychiatrie très médecine générale qui a mon avis c'est pas pour nous la raconter mais je pense qu'on peut être déjà suffisante et adaptée au $\frac{2}{3}$ des cas réellement à suivre en ville. D'accord ? Et puis y aura évidemment les cas vraiment très très lourds bah on espère très bien qu'il y aura encore des structures hospitalières, qui seront peut-être plus restreinte parce que ces structures-là ont peut-être beaucoup moins de choses à suivre.

D'accord est ce que vous avez d'autres axes d'améliorations en tête, en comparaison avec d'autres pays ?

Oulala alors je suis pas très bon là-dessus je sais que dans les pays scandinaves, qui ont été un temps très très touchés par la dépression, alors il faut dire qu'entre les nuits interminables et l'alcool ça aide pas. C'est vrai qu'eux, ils ont une manière beaucoup plus pragmatique de diagnostiquer la dépression je dirais même dans la société civile, c'est presque l'enjeu de tout le monde, tout le monde connaît les signes de la dépression. Est ce qu'on les dépiste bien

Comment vous trouvez le traitement de la dépression en France ?

.... Ça dépend aussi beaucoup du contexte. Je suis assez effaré des erreurs de management qui sont tellement débile dans le travail au jour le jour que ça a un coût social et psychologique monstrueux et je ne comprends pas où est la rentabilité. Ce n'est même pas rentable à court terme donc ça ne sert à rien.

Quand vous parlez de management vous parlez de quoi exactement ?

Je pense dans le monde du travail. Actuellement, y a des vraies souffrances parce que c'est débile et n'a pas de sens. Alors je ne suis pas là à faire mon communiste de service hein, mais je connais des gens qui souffrent parce qu'ils veulent travailler et on les empêche de travailler.

Là je vais aussi partir à contre-pied complètement mais la dépression y en a qui pourrait dire c'est un luxe de pays riches (rire), soyons fous.

Mais est ce que la dépression est bien prise en charge en France on pourrait dire pleins de choses et on en revient au problème de l'Etat providence, on pourrait se demander si à force de trop être dans un Etat providence on ne rend pas les gens malheureux ou en tout cas on diminue leur résilience donc en tout cas c'est une vraie question. Donc faut aider les fragiles ça paraît une évidence mais en même temps pas trop (rire) c'est très compliqué...

En tout cas dernière remarque que je dirais c'est sociologique et pourquoi pas politique c'est une chose qui est certaines et nous en tant que libéraux on s'en rend bien compte, c'est que ce qui peut favoriser la dépression c'est l'impression de pas avoir assez de contrôle sur les paramètres de sa vie. Et que dès qu'on est dans des professions libérales, les gens sont capables de travailler 3 fois plus, de supporter 3 fois plus de stress et tout ce qu'on veut parce qu'ils ont l'impression de pouvoir maîtriser l'essentiel. Je prends mes vacances quand je veux et puis si je veux démonter ma plaque et aller dans une autre ville, je peux. En fait ils sont beaucoup moins libres que ce qu'ils pensent mais c'est cette impression subjective principale d'avoir des prises sur les choses qui font qu'ils ne sont pas déprimés.

Du coup j'en ai fini avec mes questions, encore un grand pour vos réponses et votre disponibilité.

Annexe IV : Exemple d'activité proposer par le dispositif Brave Together

Je suis là tu sais. Tu peux compter sur moi, vraiment ! Tu te poses pleins de questions, genre ?

Salut, ça va ?

ça va... et toi ?

Franchement, j'ai l'impression que je suis trop nulle, que j'sers à rien... Et puis la dernière fois que je suis sortie faire des courses, j'avais la gorge serrée, j'me suis mise à transpirer, j'avais le coeur qui battait hyper vite. J'ai réussi à rentrer chez moi mais j'étais grave mal...

ça fait un moment qu'on ne s'est pas parlé mais j'ai beaucoup pensé à toi.

Je suis sur qu'y a des applis, des sites ou des N° qu'on peut appeler pour se faire aider. On va trouver ça l'inquiète ! T'es dispo cet aprèm ou demain qu'on regarde ensemble? On pourrait faire un tour après.

Ah ouais c'est chaud... mais c'est bien que tu m'en parles. Tu sais tu comptes pour moi ... on va chercher des solutions ensemble.

Ah c'est sympa mais ça va t'inquiète.

Je suis pas sûre encore pour la ballade 😊 mais je veux bien qu'on se voit demain, ça me fera du bien. Merci d'être là...

Ça m'fait du bien de t'en parler. Et j'crois que t'as raison j'ai besoin d'aide.

Ben justement je m'inquiète pour toi. D'habitude t'es hyper joyeuse, j'ai l'impression que tu te renfermes, ça fait des jours qu'on ne t'a pas vue... Tu veux qu'on en parle ?

En ce moment, j'ai la flemme de tout, je dors hyper mal, j'me pose plein de questions...

TERMINER

Annexe V : Les dix raisons du boycott de MonPsySanté

10 RAISONS DE BOYCOTTER LE DISPOSITIF MONPSYSANTÉ

Après évaluation, les modalités du dispositif de remboursement de consultations avec un psychologue, sont contraires à la qualité de prise en charge, en dégradant l'exercice au quotidien.

VOICI 10 RAISONS DE BOYCOTTER LE DISPOSITIF NON PÉRENNE MONPSYSANTÉ :



1

Un dispositif peu ambitieux

Il ne concernera que 0,5% des français, sera limité à 8 séances par an pour les troubles anxieux et dépressions d'intensité légère à modérée, addictions légères excluant les patients sous traitements et les TND.

5

Une entorse au secret professionnel

Le psychologue doit obligatoirement partager des informations au médecin généraliste (à l'entrée du dispositif et à la sortie).

9

Une perte de la liberté de choix du patient

Le patient n'a plus la liberté de choisir son psychologue qui doit être obligatoirement inscrit sur une plateforme.

2

Une précarisation de la profession

Une première séance d'évaluation payée 40 euros, et les 7 autres 30 euros, ce qui correspond à la moitié du tarif pratiqué actuellement en libéral, sans possibilité de dépassement d'honoraires.

6

Un accès complexifié au soin psychique

Le patient doit suivre un parcours de « soins coordonnés » qui multiplie les interlocuteurs. L'accès direct et libre au psychologue est rompu.

10

Un dispositif contraire à la déontologie

Ces 9 points contreviennent à l'ensemble des principes généraux du Code de déontologie et à au moins 2 articles, l'article 7 relatif au secret professionnel et l'article 25 relatif au dépassement d'honoraires.

3

Une paramédicalisation de la profession

Le psychologue se retrouve sous la tutelle d'un dispositif paramédical, initié par le corps médical. Dès lors, il perd son autonomie d'exercice et son appartenance au champ des sciences humaines et sociales.

7

Un renforcement des inégalités territoriales

Seulement 1000 psychologues prévus en 2022 sur tout le territoire, des déserts médicaux rendant difficile l'accès obligatoire à un médecin généraliste.

4

Une dévaluation des compétences du psychologue

Le psychologue clinicien psychothérapeute a une formation de haut niveau théorique et clinique en psychopathologie et en psychothérapie. Dans ce dispositif, il reste cantonné à l'accompagnement des troubles légers à modérés.

8

Une perte de l'autonomie du psychologue

Le psychologue perd la responsabilité de la mise en place de son cadre en accord avec ses compétences et la réalité psychique du patient.



www.manifeste-m3p.com

#manifestepsy
#manifestepsy

COMMENT SE DEROULENT LA PRISE EN CHARGE DE LA DEPRESSION ET LA PRESCRIPTION DES ANTIDEPRESSEURS EN FRANCE ?

Utilisé à tort et à travers, le terme **dépression** désigne pourtant une réelle pathologie psychiatrique touchant 300 millions de personnes dans le monde. D'après l'OMS, elle est l'une des dix premières causes de morbidité et de mortalité dans le monde. Par ailleurs, le marché des **antidépresseurs** rapporterait en France 500 millions d'euros de chiffre d'affaires et 45 millions de boîtes vendues chaque année, ce qui nous laisse penser à une **marchandisation du bien-être**. Face à cette montée soudaine de cas dépressifs, il a semblé intéressant d'en identifier les causes, et les problématiques par une étude de terrain auprès de la population et des professionnels de santé. Les médecins généralistes sont en première ligne avec les psychiatres et les psychologues, mais la famille et les proches ont également leur rôle à jouer, d'autant plus qu'il s'agit d'une pathologie actuellement **taboue**. Les avis sont unanimes quant au manque de communication des différents acteurs, aux délais de consultation, et la psychothérapie n'a actuellement pas la place qu'elle devrait avoir. Des recommandations ont ainsi été proposées, afin de faire connaître les dispositifs existants, de mettre en place des structures extra-hospitalières consacrées à **l'activité physique**, ou encore assurer une coordination du corps médical via un **dossier médical partagé**.

Mots clés : dépression; antidépresseurs; marchandisation du bien-être; taboue; activité physique; dossier médical partagé

HOW DOES THE MANAGEMENT OF DEPRESSION AND THE PRESCRIPTION OF ANTIDEPRESSANTS WORK IN FRANCE?

The term **depression** is often misused, but it is a real psychiatric condition affecting 300 million people worldwide. According to the WHO, it is one of the ten leading causes of morbidity and mortality in the world. Moreover, the antidepressant market in France is said to generate a turnover of 500 million euros and 45 million boxes are sold each year, which leads us to believe that there is a **merchandising of well-being**. Faced with this sudden rise in cases of depression, it seemed interesting to identify the causes and problems through a survey of the population and health professionals. General practitioners are in the front line with psychiatrists and psychologists, but the family and friends also have a role to play, especially as this is currently a **taboo disease**. Opinions are unanimous as to the lack of communication between the various stakeholders, the very long consultation times, and the fact that psychotherapy does not currently have the place it should have. Recommendations were thus proposed, in order to make the existing systems known, to set up extra-hospital structures devoted to **physical activity**, or to ensure coordination of the medical profession via a **shared medical file**.

Keywords : depression ; merchandising of well-being ; taboo disease ; physical activity ; shared medical file.