

**Jean-Claude
Maleval**

Psychanalyste,
professeur de
psychologie clinique
et pathologique à
l'Université Rennes 2

Mots clés :

antidépresseur,
dépression,
médecine générale,
psychanalyse,
psychiatrie

Concepts

Dans la première partie de cet article, il apparaissait que le tournant pris par la psychiatrie vers 1980 avait fait de la « dépression » une stupéfiante épidémie. Les DSM-III puis IV confortent la reconnaissance de cette « maladie », non en se fondant sur des études approfondies, mais par la seule vertu de la définition qu'ils se sont donnés. La « bulle de la dépression » est l'effet de la sommation d'un diagnostic initialement trop large et décontextualisé et d'études épidémiologiques de plus en plus sommaires. Mais qu'importe le surdiagnostic de dépression, prétendent cependant certains, s'il permet de mettre en place des campagnes de prévention efficaces. Le coût social et humain de la maladie dépressive ne justifie-t-il pas les risques inhérents au dépistage excessif ? D'autres franchissent le pas suivant en incitant au traitement de la tristesse ou du deuil par la chimiothérapie.

Une « bulle » de la dépression ?

Deuxième partie : prévenir la supposée « maladie dépressive » ?

Sans même aborder les problèmes éthiques soulevés par la « psychopharmacologie cosmétique »¹, mais en se cantonnant dans l'approche utilitariste qui est celle de certains praticiens, il faut souligner que la prescription préventive d'antidépresseurs ne serait justifiable, afin de faire baisser la fréquence des suicides, qu'à la condition que les gains procurés par la médication de l'humeur dépressive soient supérieurs à ses effets nocifs. Les psychiatres favorables à leur large prescription tiennent pour négligeables les conséquences de leur administration et l'incitation à leur consommation par des populations qui n'en éprouvent pas nécessairement le besoin.

Antidépresseurs : les inconvénients l'emportent de beaucoup sur les avantages

**Utiles et précieux dans les formes
sévères de dépression, mais seulement
dans ces formes**

Les études statistiques convergent avec l'expérience des cliniciens et des psychanalystes. Dans les autres

formes, nettement plus nombreuses selon les critères des DSM, il existe un consensus, sur lequel les laboratoires pharmaceutiques se gardent d'attirer l'attention, concernant la faiblesse de leur action. En 1999, aux USA, le rapport du médecin inspecteur du service de santé publique, pourtant favorable à un large usage des antidépresseurs, constate que leur efficacité, dans les formes modérées, n'est supérieure que de 10 % à celle des placebos [2]. Six ans plus tard, même les plus fervents défenseurs du traitement médical des dépressions mineures doivent encore conclure à regret : « *les essais de traitement contrôlés n'ont pas apporté l'évidence que la pharmacothérapie améliore significativement les troubles modérés* » [3]. De surcroît, quand on élimine l'un des biais dénoncés de longue date concernant ces études, à savoir l'utilisation de placebos inactifs, les résultats sont encore plus décalés par rapport aux messages publicitaires. En 2001, à partir d'une méta-analyse portant sur neuf études antérieures, impliquant 751 patients, des chercheurs canadiens confirment plus encore la faiblesse des effets thérapeutiques des antidépresseurs sur les dépressions modérées, quand

1. Ainsi, en 1993, dans son apologie du Prozac®, Kramer n'hésite pas à prôner le recours à ce qu'il nomme lui-même une *psychopharmacologie cosmétique* afin d'adoucir les dures réalités de la vie [1].

ils sont comparés à ceux produits par des placebos actifs simulant les effets secondaires des précédents [4]. D'ailleurs, on met en garde contre le millepertuis, à ne pas prendre comme une tisane antidépressive, alors que de très sérieuses études convergent pour établir qu'il donne des résultats équivalents à ceux du Zoloft[®], mais que l'efficacité de ce médicament et celle de la plante ne sont pas supérieurs aux placebos [5], de sorte que certains auteurs concluent fort logiquement, en 2002, que mieux vaut prescrire du millepertuis en raison de ses effets secondaires plus bénins [6]. La majorité des études s'accordent aujourd'hui à considérer que dans les dépressions faibles et modérées, l'avantage des antidépresseurs sur les placebos est minime.

Bref, au nom d'une prévention du suicide, il faudrait traiter les 98 % de sujets dépistés qui ne développeront pas un épisode dépressif majeur dans l'année qui suit [7] avec des médicaments qui ne sont vraiment efficaces que sur une partie des 2 % restants ! Encore faut-il préciser que l'épisode dépressif majeur déborde largement ce que la clinique psychanalytique cerne comme un épisode mélancolique dans lequel les risques de passage à l'acte suicidaire sont au plus haut. Pour la très grande majorité des sujets présentant une humeur dépressive, les traitements antidépresseurs sont peu efficaces et non indispensables. Or, il faudrait, au nom de la prévention très incertaine d'une infime minorité, les exposer aux nuisances des effets secondaires de la chimiothérapie, voire de la sismothérapie. Pourtant ces effets, qui sont de mieux en mieux connus avec le recul de temps, s'avèrent loin d'être négligeables.

De nombreux effets secondaires

Les antidépresseurs peuvent susciter une prise de poids, des troubles de la vigilance et du sommeil, des dyskinésies, des troubles cognitifs, des hépatites, des troubles cardiovasculaires, et même déclencher délire ou hallucinations, etc. Ils génèrent une dépendance : en cas d'arrêt après une utilisation prolongée, un syndrome de sevrage apparaît. Parmi leurs effets nocifs, il faut encore souligner la fréquence de la diminution de la libido [8] : l'incidence des troubles sexuels induits par les antidépresseurs est de 59 %. Elle peut partiellement expliquer l'effet dépressogène de ces médicaments pour certains sujets, en particulier des adolescents et de jeunes adultes. Il faut prendre connaissance à cet égard du long et difficile combat de David Healy pour parvenir à faire reconnaître l'augmentation du taux de suicide dans la population traitée par la classe d'antidépresseurs la plus vendue dans le monde : les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS), tels que le Prozac[®], le Zoloft[®], le Paxil[®] ou le Celexa[®]. Healy a constaté que les études les plus sérieuses, pas toujours publiées, convergeaient pour dégager un taux de suicide environ 2,5 fois plus élevé chez les sujets traités par ces antidépresseurs en comparaison de ceux recevant un placebo [9]. Sa longue lutte est parvenue à porter partiellement ses fruits malgré les efforts des laboratoires pharmaceutiques pour contrer ses recherches : depuis 2007 la Food and Drug Administration, qui régule aux USA la mise sur le marché des médicaments, exige que soit mentionné un risque accru de pensées et de comportements suicidaires parmi les effets secondaires des antidépresseurs pour les

sujets âgés de 18 à 24 ans. Deux auparavant elle avait déjà émis la même exigence concernant les enfants et les adolescents [10]. L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé fait un pas de plus quand elle déconseille pour l'essentiel l'utilisation des antidépresseurs chez l'enfant et l'adolescent. La mise en évidence d'un risque de comportement suicidaire (idées suicidaires, tentatives de suicide), et/ou hostile (agressivité, comportement d'opposition, colère), communique-t-elle, associée à l'utilisation chez l'enfant et l'adolescent des antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et apparentés, a conduit l'Agence européenne du médicament (EMA) à réévaluer le risque de ces médicaments et en avril 2005 à la déconseiller chez l'enfant et l'adolescent dans cette même indication². Quoi qu'il en soit, il s'avère bien établi aujourd'hui que la prévention de masse du suicide, par la prise des antidépresseurs les plus vendus, se ferait au prix de quelques suicides supplémentaires !

Électroconvulsivothérapie : très pratiquée en France

Le guide récemment diffusé par l'INPES en France [11] omet sans doute sciemment, pour ne pas inquiéter, de signaler que le diagnostic de dépression expose à subir des séances de sismothérapie : l'indication principale de celle-ci étant l'épisode dépressif majeur. La psychiatrie biologique prône de nouveau volontiers ce traitement, qui suscite de nombreuses publications favorables. Tout indique que sa prescription est en augmentation, bien que des données statistiques fassent défaut. La Société française d'anesthésie et de réanimation donne un chiffre relativement récent : en 1999 le nombre d'actes de thérapie électroconvulsive aurait été en France de 70 000. À la même époque il en était recensé 200 000 en Grande-Bretagne et 100 000 aux États-Unis. Rapportée à la population, la pratique de la sismothérapie s'avère donc beaucoup plus fréquente en France qu'aux USA. Les auteurs notent qu'il est difficile en notre pays d'avoir des données chiffrées sur la fréquence d'application de cette thérapeutique [12]. Cela reste vrai aujourd'hui. Or il est bien établi que la sismothérapie suscite notamment des céphalées, des troubles de la mémoire persistants, des modifications de l'électroencéphalogramme et des hémorragies intracérébrales, voire quelques fractures [13]. Même ses partisans constatent en 2007 des effets défavorables sur les capacités cognitives pouvant persister sur une longue période [14]. Ces études doivent rappeler que le recours à l'électroconvulsivothérapie ne devrait avoir lieu qu'avec le consentement du patient et quand tous les autres traitements d'un épisode

2. Il est vrai qu'elle a fait un pas en arrière, en 2006, quand elle a donné un avis favorable à l'utilisation du Prozac[®] chez les enfants suite à des études faites par les laboratoires Lilly qui le commercialise ! Une plainte est déposée à cet égard auprès du Parlement européen. En prenant cette décision, l'EMA s'aligne sur la Food and Drug Administration qui n'autorise que le Prozac[®] comme antidépresseurs pour les enfants et les adolescents, tout en mettant en garde contre l'accroissement des risques de suicidalité induits par celui-ci.

mélancolique ont échoué. Elles dressent un barrage aux tentatives accrues de sismothérapie préventive. Bref, excepté dans les formes sévères de dépression, c'est-à-dire les plus rares, les risques encourus par la prise d'antidépresseurs et par les actes d'électroconvulsivothérapie excèdent largement les bénéfices attendus. De surcroît, bien que l'on dispose maintenant d'un recul de plusieurs décennies, « *il n'y a pas de preuve, constate Healy en 2004, que la détection et le traitement de la dépression à grande échelle aient produit une diminution des taux de suicide et d'invalidité au Royaume-Uni* » [9]. Sachant que la très grande majorité des dépressions mineures n'évoluent pas vers des formes majeures [15], et que parmi ces dernières 30 % à 40 % des sujets ne réagissent pas aux antidépresseurs, il est irraisonnable dans l'état actuel des connaissances de faire campagne pour une médication préventive de sujets présentant une humeur dépressive. Si l'on se dégage des messages publicitaires, les données actuelles établissent que l'indication des antidépresseurs reste essentiellement celle des états d'humeur dépressive sévère. À l'encontre des idées reçues, les psychanalystes d'aujourd'hui n'objectent en rien à leur utilisation [16], à la condition qu'elle soit bien indiquée. Quand c'est le cas elle peut alors utilement s'associer à un travail psychanalytique, parfois même elle le rend possible.

La réaction paradoxale de certains psychiatres

Par l'intermédiaire de la presse et des journaux télévisés, il a été récemment porté à la connaissance du grand public que l'efficacité des antidépresseurs s'avère, dans la plupart des cas, à peine supérieure à celle des placebos. Quelle est la réaction des psychiatres universitaires en présence de cette information qui conteste la pertinence de leur pratique ? Ils commencent par banaliser l'information dans *Le Figaro* du 2 mars 2008, en rappelant qu'elle est connue de tous les spécialistes. Certes, mais pas des consommateurs d'antidépresseurs. La suite montre qu'ils souhaitent que persiste

l'ignorance de ces derniers. En effet, dans un deuxième temps, ils mettent en cause la méthodologie des études utilisant un groupe témoin recevant un placebo. Pourtant, cette pratique est utilisée pour tester tous les médicaments et ils ne la contestent nullement quand elle donne les résultats qu'ils attendent. Le plus ahurissant est l'affirmation suivante, dans laquelle le scientisme est porté à son comble, les professeurs Jean-Pierre Olié, Henri Cuche, Daniel Sechter et Thierry Bougerol n'hésitent pas à écrire : « *les résultats négatifs n'intéressent pas la communauté scientifique* » [17], la science ne doit selon eux apporter que de bonnes nouvelles, sinon ce n'est plus de la science. Emportés par leur enthousiasme ils ajoutent : les résultats négatifs « *ne sont pas acceptés par les revues scientifiques* » ! Comprenons bien : dire qu'un médicament est efficace, c'est scientifique, affirmer qu'il ne l'est pas, c'est de l'idéologie. Selon eux, révéler la quasi-inefficacité d'un produit commercialisé est une étude inutile, qui ne mérite pas d'être publiée, elle ne saurait accéder au statut d'une authentique information. Ils ajoutent avec autant d'inconséquence que « *depuis peu les industriels ont obligation de déclarer tous les essais entrepris : c'est, disent-ils, un facteur de progrès pour davantage d'informations* ». Ils incitent à en faire bon usage, et ils nous ont donné la méthode : ne tenez pas compte des résultats négatifs, ceux qui précisément n'étaient pas publiés auparavant par les industriels. Un autre psychiatre, Guy Parmentier, dans le même numéro du *Figaro*, n'hésite pas à affirmer que la dépression est une maladie qui « *fait l'objet d'un diagnostic aussi fiable que d'autres maladies* », mais il omet de préciser par quel moyen, sans doute connu de lui seul, tandis qu'il considère « *parfaitement démontré dans de nombreux pays que la baisse de la mortalité par suicide est corrélée à l'usage des antidépresseurs* », sans éprouver la nécessité d'invoquer la moindre étude en faveur de cette thèse, et sans songer un instant que la diffusion des antidépresseurs est fortement corrélée à l'augmentation du diagnostic de dépression [18]. Avec logique, à l'instar de ses collègues universitaires, il conteste les études en double aveugle recourant au placebo, au nom de sa pratique quotidienne, dans laquelle précisément il méconnaît l'effet placebo qui toujours accompagne la molécule. Reconnaissons-lui le mérite d'être cohérent dans son aveuglement.



Conclusion

La volonté de désobjectivation qui s'est emparé du discours de la psychiatrie moderne la conduit dans des impasses méthodologiques, dont témoigne le fait qu'aucune découverte importante n'est à mettre à son crédit dans les dernières décennies. L'une des raisons principales tient au manque de validité des troubles arbitrairement et sommairement construits par les DSM. Qu'un psychanalyste français le souligne ne prête pas à conséquence [19], mais que des universitaires nord-américains le fassent savoir et parviennent à se faire entendre des autorités de la psychiatrie est d'une toute autre portée. « *La compénétration de la tristesse normale et du trouble dépressif dans les critères du DSM*, affirment Horwitz et Wakefield, a handicapé la recherche biologique et a

créé une confusion qui peut potentiellement conduire les chercheurs à tirer de fausses conclusions de leurs données » [7]. Leur travail décapant, auquel nous devons beaucoup, échoue cependant à franchir le dernier pas : certes, ils conçoivent que la décontextualisation du diagnostic est un problème, certes, ils discernent même qu'un critère de validité du diagnostic doit aller au-delà des symptômes, pourtant ils reculent quand il s'agirait de remettre en cause les méthodes objectivantes des DSM. Ils perçoivent pertinemment qu'il faudrait « créer des instruments qui soient suffisamment

réceptifs au contexte », or ils passent sous silence que ceux-là sont connus depuis longtemps, ce sont les « entretiens cliniques », non standardisés, ouverts à l'inattendu, attentifs à la nouveauté du détail. La recherche psychiatrique continuera à être stérile tant que les DSM la priveront de cet outil indispensable. C'est plutôt du côté de ceux qui prennent appui sur lui que se trouve l'avenir des études psychopathologiques aujourd'hui délaissées. Il se pourrait dès lors que le futur de la psychiatrie aille bientôt prendre de nouveau ses sources dans les avancées de la clinique psychanalytique.

Références :

1. Kramer P. Prozac : le bonheur sur ordonnance ? L'enquête d'un médecin sur les nouveaux traitements de la dépression [1993]. Paris: F1RST; 1994.
2. US Department of Health and Human Services. Mental Health: A report of the Surgeon General. Rockville. 1999.
3. Kessler RC, Demler O, Frank RG, Olfson M, Pincus HA, Walters EE, et al. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *New Engl J Med.* 2005;352:2515-23.
4. Moncrieff J, Wessely S, Hardy R. Active placebo versus antidepressants for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2001;2.
5. Labrecque M. Hypericum depression Trial. Study group. Effect of Hypericum perforatum (St John's wort) in major depressive disorder. A randomized controlled trial. *JAMA.* 2002;287:1807-14.
6. van Gurp G, Meterissian GB, Haiek LN, McCusker J, Bellavance F. St John's wort or sertraline? Randomized controlled trial in primary care. *Can Fam Physician.* 2002;48:905-12.
7. Horwitz AV, Wakefield JC. The loss of sadness. How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder. Oxford: University Press; 2007.
8. Léo H, Olié JP. Effets secondaires des antidépresseurs. *EMC-Psychiatrie.* 2004;1:294-305.
9. Healy D. Let them eat Prozac. The Unhealthy Relationship between the Pharmaceutical Industry and Depression. New York: University Press; 2004.
10. Sur: <http://www.fda.gov/cder/drug/antidepressants/>
11. Institut national d'Education et de Prévention de la Santé. La dépression, en savoir plus pour en sortir. 2007.
12. Gomez F, Afiane H, et al. Anesthésie pour électroconvulsive thérapie. Conférences d'actualisation. 1999. www.sfar.org
13. Friedberg JM. Shock Treatment, Brain Damage and Memory Loss. *Am J Psychiatry.* 1977;134:1010-4.
14. Sackeim HA, Prudic J, Fuller R, Keilp J, Lavori PW, Olfson M. The cognitive effects of electroconvulsive therapy in community settings. *Neuropsychopharmacology.* 2007;32:244-54.
15. Horwath E, Johnson J, Klerman GL, Weismann MM. Depressive symptoms as relative and attributable risk factors for first-onset major depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1992;49:817-23.
16. Laurent E. Comment avaler la pilule ? Ornicar ? *Revue du champ freudien.* 2002;50:61-73.
17. Olié JP, Cuche H, Sechter D, Bougerol T. Les antidépresseurs, trop c'est trop ! *Le Figaro.* Samedi 1^{er} – dimanche 2 mars 2008 (p. 16).
18. Parmentier G. Dépression et antidépresseurs. *Le Figaro.* Samedi 1^{er} – dimanche 2 mars 2008 (p. 16).
19. Maleval JC. Limites et dangers des DSM. *L'Evolution psychiatrique.* 2003;68:39-61.

En résumé : Prévenir la « maladie dépressive » ?

- ▶ Excepté dans les formes sévères de dépression, les risques encourus par la prise d'antidépresseurs et par les actes d'électroconvulsivothérapie excèdent largement les bénéfices attendus.
- ▶ L'efficacité des antidépresseurs dans les formes modérées de « dépression » n'est supérieure que de 10 % à celle des placebos.
- ▶ Tous les antidépresseurs ont de nombreux effets secondaires qui conduisent à les déconseiller pour l'essentiel chez l'enfant et l'adolescent.
- ▶ Il est irraisonnable dans l'état actuel des connaissances de faire campagne pour une médication préventive chez des sujets présentant une humeur dépressive.
- ▶ Les seuls « instruments suffisamment réceptifs au contexte » dans le domaine de la dépression sont connus depuis longtemps : ce sont les « entretiens cliniques », non standardisés, ouverts à l'inattendu, attentifs à la nouveauté du détail.