

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

CROYANCES ET ANTIDÉPRESSEURS : ANALYSE DU DISCOURS DE  
PATIENTS, DE PSYCHIATRES, DE PSYCHOLOGUES, DE MÉDECINS  
GÉNÉRALISTES ET DE REPRÉSENTANTS PHARMACEUTIQUES  
D'UN CENTRE HOSPITALIER

THÈSE  
PRÉSENTÉE  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR  
LOUIS FREYD

OCTOBRE 2009

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

## REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier ma conjointe, Émilie, pour tout le support qu'elle m'a apporté durant l'écriture de cette thèse et toute la patience dont elle a fait preuve. Sans elle, je peux affirmer que le chemin m'ayant mené à l'aboutissement de cette thèse aurait été beaucoup plus long. Je tiens aussi à remercier ma famille qui a cru en moi depuis le début de mes études doctorales et qui m'a soutenu jusqu'à la fin.

Par ailleurs, je remercie chaleureusement Daniel et Viviane, les principaux professionnels de la santé qui m'ont aidé sur le terrain à rendre mon étude possible. Je tiens aussi à souligner l'efficacité de l'équipe de la bibliothèque de l'hôpital psychiatrique Sainte-Anne à Paris qui a été d'une grande aide lors de ma recension des écrits. Enfin, mais non moins, mes remerciements vont à mes directeurs de thèse Marie Hazan et Marc-Alain Wolf.

## TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	vii
LISTE DES ABBRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES .....	ix
RÉSUMÉ .....	x
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE I.....	4
REVUE DES CONNAISSANCES.....	4
1.1    INTRODUCTION AUX ANTIDÉPRESSEURS .....	4
1.2    PHÉNOMÈNE DES ANTIDÉPRESSEURS .....	6
1.3    ASPECTS ACTUELS DE LA DÉPRESSION .....	8
1.3.1 <i>Dimension socio-économique de la dépression</i> .....	8
1.3.2 <i>Critères symptomatiques de la dépression</i> .....	10
1.3.3 <i>Dépression et troubles concomitants</i> .....	13
1.3.4 <i>Dimension neurobiologique de la dépression</i> .....	15
1.3.5 <i>Perspectives anthropologique et sociologique de la dépression</i> .....	17
1.4    TRAITEMENTS PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES.....	19
1.5    TRAITEMENT PAR ANTIDÉPRESSEURS .....	21
1.5.1 <i>Bref historique de l'arrivée des antidépresseurs et de leur fonctionnement</i> <i>physiologique</i> .....	21
1.5.2 <i>Efficacité des antidépresseurs</i> .....	26
1.5.3 <i>Délai d'action des antidépresseurs</i> .....	31
1.5.4 <i>Optimisation du traitement par antidépresseurs</i> .....	32
1.5.5 <i>Antidépresseurs et cognition</i> .....	33
1.5.6 <i>Effets secondaires des antidépresseurs</i> .....	34
1.5.7 <i>Risque suicidaire lors de la prise d'antidépresseurs</i> .....	38
1.5.8 <i>Enfants, adolescents et antidépresseurs</i> .....	40
1.5.9 <i>Réponse idiosyncrasique et antidépresseur</i> .....	43
1.5.10 <i>Association des antidépresseurs et des anxiolytiques</i> .....	43
1.5.11 <i>Effet placebo et traitement antidépresseur</i> .....	44
1.5.12 <i>Effets des antidépresseurs sur la personnalité</i> .....	46
1.5.13 <i>Dépendance aux antidépresseurs</i> .....	47
1.5.14 <i>Observance dans le traitement antidépresseur</i> .....	49
1.5.15 <i>Médecine générale, dépression et antidépresseurs</i> .....	53

1.5.16	<i>Recherches contrôlées et antidépresseurs</i> .....	57
1.5.17	<i>L'industrie pharmaceutique et les recherches sur les antidépresseurs</i> .....	58
1.6	CONCEPT DE CROYANCE.....	60
1.7	PROBLÉMATIQUE ET QUESTIONS DE RECHERCHE .....	62
<b>CHAPITRE II</b> .....		<b>64</b>
<b>MÉTHODOLOGIE</b> .....		<b>64</b>
2.1	SUJETS.....	64
2.2	LIEU DE RECRUTEMENT DES SUJETS .....	66
2.3	MÉTHODE DE COLLECTE DES DONNÉES.....	67
2.4	PROCÉDURE D'ENTREVUE.....	68
2.5	DEVIS DE RECHERCHE ET PLAN D'ANALYSE DES DONNÉES .....	74
<b>CHAPITRE III</b> .....		<b>83</b>
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS</b> .....		<b>83</b>
3.1	RÉSULTATS SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES SUJETS.....	84
3.1.1	<i>Âge</i> .....	84
3.1.2	<i>Pays d'origine</i> .....	84
3.1.3	<i>Sexe</i> .....	85
3.1.4	<i>Consommation d'antidépresseurs</i> .....	86
3.1.5	<i>Antidépresseur consommé le plus récemment</i> .....	86
3.1.6	<i>Consommation d'autres psychotropes, d'alcool et de drogues durant la dernière année de prise d'antidépresseurs</i> .....	87
3.1.7	<i>Durée de la consommation d'antidépresseurs</i> .....	88
3.1.8	<i>Nombre de sujets ayant au minimum un membre de la famille et/ou un ami ayant déjà consommé des antidépresseurs</i> .....	89
3.1.9	<i>Spécialisation particulière en rapport avec le métier</i> .....	90
3.1.10	<i>Années d'expérience reliées au dernier emploi occupé</i> .....	92
3.1.11	<i>Nombre estimé de patients souffrant de dépression traités depuis le début de la carrière (pour les représentants pharmaceutiques, nombre rencontré)</i> .....	92
3.1.12	<i>Revue scientifique lues</i> .....	94
3.1.13	<i>Nombre d'heures par mois consacrées à la lecture de revues scientifiques</i> .....	96
3.1.14	<i>Raisons que les patients ont évoquées pour avoir consulté un médecin et/ou un psychologue</i> .....	97
3.2	PRÉSENTATION DES ARBRES THÉMATIQUES PAR RUBRIQUES .....	97

3.2.1	<i>Perceptions des sujets à propos de la dépression</i> .....	98
3.2.2	<i>Expériences des antidépresseurs vécues par les sujets</i> .....	103
3.2.3	<i>Perceptions des sujets de la prescription des antidépresseurs</i> .....	108
3.2.4	<i>Croyances personnelles à propos des antidépresseurs, prise personnelle d'antidépresseurs et conseil à un proche de prendre des antidépresseurs</i> .....	114
3.2.5	<i>Croyances de la population générale à propos des antidépresseurs d'après les participants</i> .....	118
3.2.6	<i>Croyances des patients à propos des antidépresseurs selon les participants</i> .....	121
3.2.7	<i>Croyances des médecins à propos des antidépresseurs selon les participants</i> .....	124
3.2.8	<i>Croyances des psychologues à propos des antidépresseurs selon les participants</i> .....	125
3.2.9	<i>Croyances des compagnies pharmaceutiques à propos des antidépresseurs selon les participants</i> .....	127
3.2.10	<i>Croyances des sujets à propos du fonctionnement des antidépresseurs</i> .....	128
3.2.11	<i>Croyances des sujets à propos des effets des antidépresseurs sur la personnalité</i> .....	130
3.2.12	<i>Croyances des sujets à propos de la dépendance aux antidépresseurs</i> .....	131
3.2.13	<i>Croyances des sujets à propos du respect des indications médicales</i> .....	133
3.2.14	<i>Questions personnelles des sujets à propos des antidépresseurs</i> .....	134
3.2.15	<i>Perceptions des sujets à propos de la psychothérapie dans le traitement de la dépression</i> .....	136
<b>CHAPITRE IV</b> .....		<b>141</b>
<b>DISCUSSION</b> .....		<b>141</b>
4.1	<b>UTILISATION DES ANTIDÉPRESSEURS, SCIENCE ET CROYANCES</b> .....	<b>141</b>
4.2	<b>MÉDECINS GÉNÉRALISTES, DÉPRESSION, ANTIDÉPRESSEURS ET PSYCHOTHÉRAPIE</b> .....	<b>147</b>
4.3	<b>COMPAGNIES PHARMACEUTIQUES ET ANTIDÉPRESSEURS</b> .....	<b>151</b>
4.4	<b>PSYCHOLOGUES, DÉPRESSION ET ANTIDÉPRESSEURS</b> .....	<b>154</b>
4.5	<b>BILAN CRITIQUE DE LA RECHERCHE</b> .....	<b>156</b>
4.5.1	<i>Pertinence de l'étude</i> .....	156
4.5.2	<i>Forces et faiblesses de la méthodologie</i> .....	158
4.5.3	<i>Perspectives pour les recherches futures</i> .....	160
<b>CONCLUSION</b> .....		<b>162</b>
<b>APPENDICE A</b> .....		<b>165</b>
<b>EXEMPLES DE TROUBLES DÉPRESSIFS NON PRÉCISÉS RÉPERTORIÉS DANS LE DSM-IV</b> .....		<b>165</b>
<b>APPENDICE B</b> .....		<b>167</b>

QUELQUES SOUS-TYPES DU TDM SELON LE DSM-IV .....	167
APPENDICE C .....	169
NOTICE DU PROZAC® (FLUOXÉTINE) SOUS FORME DE GÉLULE 20 MG .....	169
APPENDICE D .....	176
GUIDE D'ENTREVUE DE LA RECHERCHE .....	176
APPENDICE E .....	182
LISTE DES PSYCHOTROPES SERVANT DE CRITÈRES DE SÉLECTION CHEZ LES PATIENTS .....	182
APPENDICE F.....	186
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT .....	186
APPENDICE G .....	189
EXEMPLE D'UN ARBRE THÉMATIQUE .....	189
BIBLIOGRAPHIE.....	190

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau 1.1</b>	
Les critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur selon le DSM-IV.....	12
<b>Tableau 1.2</b>	
Les critères diagnostiques d'un trouble dysthymique selon le DSM-IV.....	13
<b>Tableau 1.3</b>	
Critères diagnostiques de la dépendance selon le DSM-IV.....	49
<b>Tableau 3.1</b>	
Âge des sujets selon leur catégorie.....	82
<b>Tableau 3.2</b>	
Pays d'origine des sujets selon leur catégorie.....	83
<b>Tableau 3.3</b>	
Sexe des sujets selon leur catégorie.....	83
<b>Tableau 3.4</b>	
Consommation d'antidépresseur des sujets selon leur catégorie.....	84
<b>Tableau 3.5</b>	
Antidépresseur consommé le plus récemment par les sujets selon leur catégorie.....	85
<b>Tableau 3.6</b>	
Consommation d'autres psychotropes, d'alcool et de drogues des sujets durant la dernière année de prise d'antidépresseur selon leur catégorie.....	86
<b>Tableau 3.7</b>	
Durée de la consommation des antidépresseurs des sujets selon leur catégorie.....	87
<b>Tableau 3.8</b>	
Nombre de sujets ayant au minimum un membre de la famille et/ou un ami ayant consommé des antidépresseurs selon leur catégorie.....	88
<b>Tableau 3.9</b>	
Spécialisation particulière en rapport avec la profession des sujets selon leur catégorie.....	89
<b>Tableau 3.10</b>	
Années d'expérience dans le dernier emploi des sujets selon leur catégorie.....	90

**Tableau 3.11**

Nombre estimé de patients souffrant de dépression traités depuis le début de la carrière des sujets, en excluant les patients eux-mêmes, selon leur catégorie (pour les représentants pharmaceutiques, nombre rencontré).....91

**Tableau 3.12**

Revue scientifique lues par les psychiatres, les médecins généralistes, les psychologues et les représentants pharmaceutiques.....93

**Tableau 3.13**

Nombre d'heures par mois consacrées à la lecture de revues scientifiques des psychiatres, des médecins généralistes, des psychologues et des représentants pharmaceutiques.....94

**Tableau 3.14**

Raisons évoquées par les patients expliquant la consultation d'un médecin et/ou d'un psychologue.....95

## LISTE DES ABBRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

CMP: Centre médico-psychologique  
CYP: Cytochrome p450  
DSM-IV: Quatrième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux  
ECT: Électroconvulsivothérapie  
EDM: Épisode dépressif majeur  
FDA: *Food and Drug Administration*  
IMAO: Inhibiteurs de la monoamine oxydase  
IMAOB: monoamine oxydase du type B  
IRN: Inhibiteurs de la recapture de la noradrénaline  
IRNA: Inhibiteurs de la recapture de la noradrénaline  
IRND: Inhibiteurs de la recapture de la noradrénaline et de la dopamine  
IRNS: Inhibiteurs de la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine  
ISNA: Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la noradrénaline  
ISRS: Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine  
ISRNS: Inhibiteurs sélectifs de la recapture de noradrénaline et de la sérotonine  
MIRA: Inhibiteurs réversibles de la monoamine oxydase  
MHRA: *Medicines and Healthcare products Regulatory Agency*  
OMS: Organisation Mondiale de la Santé  
TAG: Trouble d'anxiété généralisée  
TCC: Thérapie cognitivo-comportementale  
TDM: Trouble de dépression majeure  
TI: Thérapie interpersonnelle  
TOC: Trouble obsessionnel compulsif

## RÉSUMÉ

Depuis l'apparition des nouvelles générations d'antidépresseurs et de la commercialisation du Prozac, les ventes d'antidépresseurs ont augmenté de manière exponentielle durant les deux dernières décennies et elles ont occupé une place importante dans l'actualité. Partout en Occident, les antidépresseurs ont été au cœur de plusieurs débats et de différentes polémiques apparues à leur sujet. Dans la population générale, tout comme chez les patients et les professionnels de la santé, plusieurs croyances échappant au contrôle scientifique ont pris racine et ont été propagées. La présente étude cherche à identifier et à détailler ces différentes croyances chez des patients, des psychiatres, des psychologues, des médecins généralistes et des représentants pharmaceutiques rencontrés. Plus précisément, elle cherche à explorer les croyances de ces sujets face aux antidépresseurs, à identifier leurs croyances à propos de thèmes liés aux antidépresseurs, à savoir la dépression et la psychothérapie, et à analyser et comparer les croyances intragroupes et intergroupes de ces sujets.

Pour ce faire, quarante-cinq participants ont été rencontrés une seule fois à l'intérieur d'une période de cinq mois, soit dix patients, dix psychiatres, dix psychologues, dix médecins généralistes et cinq représentants pharmaceutiques. Les participants ont été questionnés à l'aide d'un guide d'entrevue semi-directive et leur sélection a été effectuée suivant leur appartenance professionnelle ou personnelle avec un hôpital psychiatrique. La masse d'informations recueillie lors des quarante-cinq entrevues a été traitée grâce à des techniques d'analyse qualitative. Les résultats trouvés à l'aide d'une analyse thématique nous éclairent sur les différentes croyances que possèdent les participants et mettent en lumière différentes problématiques.

Premièrement, le fait que plusieurs croyances priment sur les informations scientifiques à propos de l'utilisation des antidépresseurs et qu'elles doivent être prises en compte, puisqu'elles influencent inévitablement des aspects importants du traitement des patients dépressifs, telles la prescription et l'observance thérapeutique. Deuxièmement, le fait qu'il

existe un manque de formation chez les médecins généralistes concernant la prise en charge des patients dépressifs et que, par conséquent, plusieurs patients ne reçoivent pas un traitement optimal. Troisièmement, le fait que les compagnies pharmaceutiques, à travers leurs représentants, contribueraient de manière importante à la formation des médecins et que cette contribution représente un risque. Finalement, le fait que les psychiatres ne sont plus assez nombreux et qu'ils ne disposent plus d'assez de temps pour assumer la prise en charge des personnes souffrant de dépression. Ce manque oblige les médecins généralistes et les psychologues à s'arrimer dans la prise en charge de leurs patients communs, dédoublant les prises en charge, ce qui entraîne des coûts socio-économiques élevés. C'est donc une problématique qui représente un défi important dans les années à venir.

Mots-Clés : antidépresseurs, croyances, perceptions, opinions, psychothérapie, psychotropes, médecins généralistes, psychiatres, psychiatrie, représentants pharmaceutiques, psychologues, psychologie, patients, dépression, industrie pharmaceutique, indications médicales, observance thérapeutique, prescription

## INTRODUCTION

La dépression est le trouble psychopathologique le plus répandu dans les pays occidentaux. Les conséquences de celui-ci représentent d'importants coûts socio-économiques autant chez ses victimes et leur entourage, qu'au niveau collectif. Selon les prévisions de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la dépression majeure sera la deuxième plus importante cause d'invalidité en 2020, derrière la cardiopathie ischémique (Parikh, Lam, et le Groupe de travail sur la dépression du CANMAT, 2001).

Pour parer à la dépression, plusieurs thérapeutiques existent, dont les plus connues sont les antidépresseurs et la psychothérapie. Plus précisément, les antidépresseurs représentent aujourd'hui le moyen le plus utilisé pour combattre la dépression. Notamment, depuis l'apparition des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et des nouvelles générations d'antidépresseurs, la prescription de ces psychotropes a considérablement augmenté.

D'ailleurs, devant l'augmentation de la proportion de personnes souffrant de dépression et de la consommation d'antidépresseurs, plusieurs individus se sont davantage intéressés à cette psychopathologie et à ses thérapeutiques. Ainsi, des scientifiques de toutes les disciplines, dont, principalement, des médecins, des psychologues, des sociologues et des économistes, ont largement écrit sur le sujet. Un nombre important de journalistes ont également largement vulgarisé le phénomène en s'appuyant sur des faits dont la généralisation est discutable. C'est ainsi que plusieurs polémiques concernant les antidépresseurs ont émergé au sein de la population. Ces dernières ont laissé place à des croyances positives ou négatives quant aux effets des antidépresseurs dans le traitement de la dépression, croyances qui échappent parallèlement au contrôle scientifique.

Alors, ces diverses croyances se retrouvent maintenant dans les journaux, dans les magazines, à la radio, à la télévision et sur l'Internet et y apparaissent souvent en contradiction, les unes s'exprimant comme très favorables à l'utilisation des antidépresseurs et les autres comme très défavorables. L'argumentaire qui en ressort, qu'il soit pour ou contre l'utilisation des antidépresseurs, est très diversifié, utilisant entre autres comme appui des raisons physiologiques, psychologiques, sociales, économiques, voire même, dans certains cas, des raisons religieuses.

Cela étant dit, il est primordial de préciser que ces croyances populaires quant aux effets des antidépresseurs sur la dépression, tout comme les croyances des gens spécialisés dans les thérapies utilisées contre la dépression, ont des impacts plus ou moins directs sur les patients dépressifs et sur le déroulement de leur traitement. Cependant, jusqu'à ce jour, aucune étude scientifique ne semble s'être penchée sur ce phénomène, puisque nous n'avons recensé aucune recherche portant sur les croyances liées aux antidépresseurs. Pourtant, il serait intéressant de mieux comprendre la dynamique de ces croyances et la façon dont elles s'orchestrent dans la population pour en évaluer les conséquences éventuelles dans le domaine du soin.

Cette recherche examine les différentes croyances présentes dans le discours des patients dépressifs et des spécialistes des thérapies concernant l'efficacité des antidépresseurs dans le traitement de la dépression. Cette démarche pourrait permettre d'abord de renseigner les thérapeutes par rapport aux croyances identifiées et, ultimement, d'améliorer la condition des personnes souffrant de dépression. Ainsi seront analysés les discours de psychiatres, de psychologues, de médecins généralistes et de représentants pharmaceutiques.

Plus précisément, les objectifs de cette recherche visent à : (1) explorer les croyances des sujets à l'étude quant aux antidépresseurs, (2) identifier les croyances des participants à propos de thèmes liés aux antidépresseurs, à savoir la dépression et la psychothérapie et (3) analyser et comparer les croyances intragroupes et intergroupes des sujets.

Cette thèse est divisée en quatre chapitres. Le premier expose la problématique à l'étude. On y retrouve une brève introduction aux antidépresseurs, ainsi que la recension des écrits provenant des domaines de la psychologie, de la médecine, de la sociologie et de l'anthropologie à propos des divers aspects touchant la dépression, notamment les différentes thérapeutiques utilisées dans le traitement de cette psychopathologie. De plus, une revue de la littérature scientifique quant au traitement pharmacologique par antidépresseurs et aux thèmes associés y est présentée. Enfin, le concept de «croyance» est défini et explicité et les questions de recherche sont présentées.

Le deuxième chapitre porte sur la méthodologie utilisée dans la recherche. Il décrit les sujets de l'étude, la méthode de collecte de données, la procédure, le devis de recherche et la méthode d'analyse. Le troisième chapitre détaille les résultats obtenus à la suite d'une analyse thématique intragroupe et intergroupe des sujets. Enfin, le dernier chapitre discute des résultats obtenus, tout en tenant compte des limites qu'ils imposent, et conclut en développant sur la position du psychologue à propos du phénomène actuel des antidépresseurs.

## **CHAPITRE I**

### **REVUE DES CONNAISSANCES**

À partir d'une analyse des écrits sur le sujet, ce premier chapitre vise à clarifier la problématique de la recherche. La première section explicite la problématique et introduit le concept d'antidépresseur. Ensuite, une deuxième section définit des aspects actuels de cette maladie en présentant sa dimension socio-économique, les facteurs de risque associés, sa dimension symptomatique, les troubles concomitants de la dépression et, enfin, la dimension neurobiologique. La troisième section présente les autres thérapeutiques, outre les antidépresseurs, utilisées dans le traitement de la dépression. Puis, une quatrième section explore tous les aspects relatifs au traitement par antidépresseurs. La cinquième section s'attaque au concept de croyance et le définit suivant les connaissances actuelles s'y rattachant et, finalement, la dernière section précise les questions de recherche.

#### **1.1 Introduction aux antidépresseurs**

Il faut tout d'abord mentionner que les antidépresseurs sont définis de multiples façons. D'une part, selon Richard, Senon et Tournier (2006), les antidépresseurs sont des médicaments psychoactifs, psychoanaleptiques améliorant l'humeur déprimée : ces psychotropes agissent en effet, selon eux, sur l'ensemble du syndrome dépressif. Les auteurs

spécifient notamment qu'au niveau biologique, la dépression résulte d'altérations complexes et simultanées provenant des différents systèmes de neurotransmission centraux, avec abaissements des taux synaptiques de sérotonine, de noradrénaline et de dopamine, ce qui explique l'acronyme ISRS, par exemple, qui signifie « inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine ».

D'autre part, Gay et Gérard (2001) expliquent que plusieurs molécules sont retenues dans la catégorie pharmacologique « antidépresseurs » par habitude et accommodement, car elles ont le trait commun d'agir sur les personnes souffrant de dépression. De même, plusieurs d'entre elles ont aussi la propriété d'agir positivement sur les attaques de panique, l'anxiété, les troubles alimentaires et les troubles obsessionnels-compulsifs. Les auteurs ajoutent aussi que ces molécules peuvent agir avec efficacité sur les dimensions psychocomportementales à l'extérieur de la dépression, voire en dehors de toute pathologie établie.

Toutefois, Gay et Gérard (2001) précisent que l'usage des antidépresseurs est limitée aux traitements des dépressions caractérisées et des troubles psychiatriques divers explicitement définis, comme étant des états pathologiques. En d'autres mots, les auteurs soutiennent que, en règle générale, il faut que les états dépressifs entraînent un handicap ou une gêne fonctionnelle dans la vie quotidienne pour que le patient ait recours à la chimiothérapie.

Pour Gay et Gérard (2001), finalement, les antidépresseurs ont pour action de relever l'humeur dépressive et, par conséquent, de faire disparaître la tristesse et le ralentissement pathologique. Ils n'auraient pas d'action sur l'humeur normale et n'exerceraient généralement pas d'action euphorisante. Cependant, ils pourraient, uniquement chez certains individus prédisposés, provoquer une sub-excitation (hypomanie) et éventuellement une excitation avec euphorie (état maniaque).

Il est essentiel d'ajouter que l'effet thérapeutique des antidépresseurs n'apparaît pas avant un délai de dix à quinze jours au minimum dans les cas de correction de trouble de

l'humeur. À l'heure actuelle, les raisons expliquant la nécessité d'une prise prolongée des antidépresseurs avant l'obtention des effets désirés restent un mystère. Parallèlement à cette affirmation, mentionnons que dans 70 % des cas de dépression, les antidépresseurs consommés sont efficaces indépendamment de leur composition chimique. En fait, un antidépresseur quelconque n'est pas plus puissant qu'un autre, son efficacité dépendant des caractéristiques et des particularités propres aux patients. De même, chaque antidépresseur possède un dosage optimal selon l'individu qui le consomme qui sera établi durant les premières semaines du traitement et qui découlera davantage de l'évolution du médicament dans l'organisme du patient que de la gravité de la dépression à traiter (Gay et Gérard, 2001).

De plus, toutes les molécules d'antidépresseurs doivent être administrées à dosage suffisant et sur une durée adéquate, soit au minimum un mois, avant qu'un jugement de l'efficacité du traitement puisse être porté. De même, changer d'antidépresseurs rapidement peut causer différents désagréments, car tous ont une action sur les neurotransmetteurs<sup>1</sup>. De manière schématisée, les antidépresseurs améliorent la neurotransmission de certains regroupements de neurones dans l'encéphale grâce à des mécanismes différents. Par ailleurs, ces molécules doivent être prises pendant plusieurs mois lors du traitement d'une dépression confirmée. En moyenne, un traitement efficace dure six mois, sans pour autant que l'on sache pourquoi cette durée est optimale. Quoiqu'il en soit, il est démontré que la prise d'antidépresseurs est l'un des moyens les plus efficaces pour prévenir la rechute dépressive, et que le traitement chimiothérapeutique est envisagé pendant plusieurs années lorsque le patient souffre de dépression à répétition.

## 1.2 Phénomène des antidépresseurs

Selon St-Onge (2004), le Canada représente le 7<sup>e</sup> marché en importance pour l'industrie pharmaceutique. En 2002, les pharmacies canadiennes ont vendu près de 14,1 milliards de dollars canadiens de médicaments prescrits, soit un bond de 68 % en comparaison avec l'année 1997. Les principales ventes se concentrent chez les médicaments

---

<sup>1</sup> Substances chimiques situées à la jonction des cellules nerveuses (synapses), qui permettent le passage de l'influx nerveux d'une cellule à l'autre en agissant sur des récepteurs spécifiques.

traitant les maladies cardiovasculaires et les maladies de natures psychologique et psychiatrique. Les antidépresseurs occupaient à eux seuls un marché de 895 millions de dollars canadiens en 2003. En effet, leurs ventes ont connu une expansion de 40 % entre 1997 et 2002. De plus, entre 1998 et 2002, les prescriptions d'antidépresseurs ont augmenté de 142 % chez les enfants de 6 à 12 ans et de 136 % chez les adolescents de 13 à 18 ans. Par ailleurs, il ne s'agit pas d'un phénomène isolé : la France, le Royaume-Uni et les États-Unis présentent eux aussi des augmentations des ventes considérablement importantes.

Diverses raisons expliquent ces augmentations de prescriptions et de ventes d'antidépresseurs. Pour certains, la raison principale de ces augmentations tient du progrès en matière de dépistage et de diagnostic des dépressions grâce aux programmes de formation mis au point par l'OMS en 1990 (St-Onge, 2004). Pour d'autres, c'est l'arrivée des nouvelles générations d'antidépresseurs qui comportent moins d'effets secondaires qui fait en sorte qu'un plus grand nombre de médecins généralistes les prescrivent beaucoup plus facilement (Carrière *et al.*, 2004). D'autres encore pensent que cette augmentation serait liée à la pression de l'industrie pharmaceutique sur les médecins (Pignarre, 2001). Pourtant, bien que plusieurs explications tentent de comprendre le phénomène, le monde scientifique n'a pas encore établi de consensus sur la question.

De surcroît, le débat concernant les antidépresseurs ne s'arrête pas à cette dimension socio-économique. Il est également composé d'une dimension psychophysiologique liée aux effets secondaires des antidépresseurs. Quelles sont les conséquences à long terme de la consommation des antidépresseurs? Les risques suicidaires liés à la consommation d'antidépresseur sont-ils réels? Peut-on redouter des effets négatifs sur le développement des enfants qui consomment des antidépresseurs? Autant de questions qui font partie des interrogations de plusieurs chercheurs, mais aussi de celles de plusieurs patients consommateurs d'antidépresseurs, de différents intervenants travaillant dans le domaine de la santé et d'individus intéressés par le sujet (Healy, 2003).

Pour répondre aux différentes interrogations, la tendance actuelle veut qu'on se rapporte, d'une part, aux propos des spécialistes en thérapeutiques pour la dépression ainsi

qu'aux propos recueillis chez les patients eux-mêmes et, d'autre part, aux propos tenus dans les différents médias et qui reflètent les courants de pensée de la population générale. Les discours entendus propagent de ce fait différentes croyances qui influencent inévitablement la dynamique des traitements et l'observance de ceux-ci. Dès lors, ces propos méritent d'être explorés davantage. De plus, peu de données ont été recueillies sur les déterminants de l'initiation d'un traitement antidépresseur par les cliniciens (Carrière *et al.*, 2004). Cependant, avant toute chose, il est essentiel de s'entendre sur les caractéristiques de la dépression, ce que proposent les prochains paragraphes.

### **1.3 Aspects actuels de la dépression**

Suite aux constatations précédentes à propos des antidépresseurs, il s'avère essentiel de discuter des différents aspects actuels touchant plus particulièrement la dépression, afin de saisir la complexité du phénomène à l'étude.

#### **1.3.1 Dimension socio-économique de la dépression**

Tout d'abord, notons que le trouble de dépression majeure (TDM) figure parmi les causes les plus importantes d'invalidité dans les pays développés (Helgason, Tómasson et Zoëga, 2004; Parikh, Lam et le Groupe de travail sur la dépression du CANMAT, 2001) et parmi les maladies dont le traitement est des plus coûteux (Helgason, Tómasson et Zoëga, 2004; McIntyre et O'Donovan, 2004). Sa prévalence à vie se situe entre 5,2 % (pour les États-Unis) et 16,4 % (pour la France) dans les pays occidentaux (Weissman *et al.*, 1996). En ce qui concerne le Canada, la prévalence à vie oscillait entre 7,9 % et 8,6 % selon les régions entre 1986 et 1992 (Parikh, Lam, et le Groupe de travail sur la dépression du CANMAT, 2001).

Ensuite, aux États-Unis, 18 % des personnes souffrant de dépression mineure, 29 % des personnes possédant cinq ou six symptômes du TDM et 52 % des personnes ayant sept à neuf des symptômes du TDM ont de graves difficultés à réaliser leurs activités quotidiennes (Davidson et Meltzer-Brody, 1999). De plus, la dépression augmente le risque d'incapacité

physique d'un facteur de 1,8 après un an et elle accroît le risque d'incapacité sociale d'un facteur de 23, lorsqu'il est additionné aux facteurs de maladie physique et d'incapacité existant déjà (Ormel *et al.*, 1999).

Parallèlement, les pertes économiques reliées à la dépression affectent en première ligne la productivité générale. En effet, les travailleurs souffrant de dépression prennent de trois à cinq fois plus de congés d'invalidité que les autres travailleurs pour une même année (Parikh *et al.*, 1996; Broadhead *et al.*, 1990). Les baisses de la productivité journalière par travailleur absent coûtent entre 182 et 395 dollars américains (Broadhead *et al.*, 1990). Selon Glozier (1998), les employeurs préfèrent embaucher des personnes souffrant de maladies chroniques tel le diabète que des personnes souffrant de dépression. Cette attitude des employeurs viendrait du fait qu'ils voient en la personne dépressive un moins bon rendement journalier pour leur entreprise (Berndt *et al.*, 1998).

De plus, la dépression amène davantage de jours d'absentéisme pour cause d'incapacité et de récurrence<sup>2</sup> que toutes les autres pathologies physiques telles les maladies cardiovasculaires, le diabète, la lombalgie ou l'hypertension. À ce sujet, aux États-Unis, la moitié des diagnostics et des réclamations dans le domaine de la santé mentale sont en rapport avec la dépression (Conti et Burdon, 1994). Sans compter que les frais les plus élevés pour les régimes d'assurances maladies dans la catégorie des diagnostics de santé comportementale sont ceux reliés aux troubles dépressifs (Conti et Burdon, 1995).

Par ailleurs, les personnes dépressives mal diagnostiquées vont utiliser le système de santé plus fréquemment, car elles ne seront pas traitées adéquatement. Plusieurs des diagnostics inappropriés sont causés par la difficulté à identifier les pathologies comorbides comme la manie (McIntyre et O'Donovan, 2004). Par conséquent, les coûts reliés au domaine de la santé vont augmenter (Von Korff *et al.*, 1992), d'autant plus que les personnes dépressives figurent dans la catégorie des grands utilisateurs de services médicaux (Johnson, Weissman et Klerman, 1992). Aussi, il est à noter que les traitements dispensés par les

---

<sup>2</sup> À l'intérieur d'une période de 12 mois.

spécialistes en santé mentale, tels que les psychiatres, sont plus dispendieux que ceux donnés en médecine générale. Par contre, cet écart est largement compensé par une perte de revenu nettement moins élevée chez les personnes traitées par des spécialistes, puisqu'elles reçoivent en règle générale un traitement plus adéquat (Zhang, Rost et Fortney, 1999).

À cet égard, Greenberg *et al.* (1993) dénotent qu'en 1990 aux États-Unis, le coût annuel du traitement et des conséquences de la dépression totalisait approximativement 44 milliards de dollars (CAD), se subdivisant en 12 milliards de dollars (US) de coûts directs, 24 milliards de dollars (US) de coûts d'absentéisme et d'une baisse de productivité et 8 milliards de dollars (US) de coûts de risque et décès<sup>3</sup>. Cependant, la dépression est encore plus dispendieuse, c'est-à-dire que ces coûts mentionnés n'incorporent pas les frais d'hospitalisations supplémentaires, les coûts d'épreuves diagnostiques et les conséquences économiques de la dépression mineure. On ne compte pas non plus dans cette étude les frais de l'impact de cette psychopathologie sur l'utilisation des services médicaux généraux et les répercussions économiques sur la famille (Parikh, Lam et le Groupe de travail sur la dépression du CANMAT, 2001). À l'échelle internationale, la dépression majeure est la plus répandue des 107 pathologies analysées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et se place au 4<sup>e</sup> rang des maladies les plus coûteuses. Rappelons que selon les prévisions de l'OMS, elle occupera le 2<sup>e</sup> rang mondial en 2020<sup>4</sup> (Murray et Lopez, 1997).

### 1.3.2 Critères symptomatiques de la dépression

Au niveau symptomatique, la dépression peut être définie de plusieurs façons. C'est pourquoi cette étude se base exclusivement sur un ouvrage de référence. En fait, la quatrième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV), l'outil diagnostique le plus utilisé, sera la référence de base qui servira à définir la dépression au niveau symptomatique dans cette recherche. Ainsi, le DSM-IV indique que les troubles dépressifs peuvent être catégorisés en trois entités psychopathologiques, soit le TDM, le trouble dysthymique et les troubles dépressifs non précisés. Reprenons ces trois entités.

---

<sup>3</sup> Ces coûts englobent le TDM, la dépression bipolaire et la dysthymie d'après les critères du DSM-IV.

<sup>4</sup> Les prévisions de l'OMS sont calculées à partir de sa *Global Burden of Disease Study*.

Premièrement, en ce qui concerne le TDM, il est dit présent lorsque ont lieu deux épisodes dépressifs majeurs espacés d'une période de bien-être d'au moins deux mois. Les épisodes dépressifs majeurs existent lorsque le sujet possède au moins cinq des neuf symptômes liés à la dépression pendant une durée continue de deux semaines (*voir* tableau 1.1). Ces symptômes doivent marquer un changement par rapport au fonctionnement antérieur et au moins un des symptômes doit être soit une humeur dépressive, soit une perte de l'intérêt ou de plaisir.

Deuxièmement, quant au trouble dysthymique (*voir* tableau 1.2), la caractéristique principale est l'humeur dépressive chronique additionnée à un nombre moins important de symptômes du TDM. Cependant, ces symptômes doivent être présents depuis au moins deux ans, tandis que chez l'enfant et l'adolescent, une humeur plutôt irritable doit se manifester depuis au moins un an.

Troisièmement, les troubles dépressifs non spécifiés (*voir* appendice A) font référence à des états dépressifs qui possèdent des caractéristiques qui ne conviennent pas aux critères diagnostiques du TDM et du trouble dysthymique. Ainsi, on retrouve le trouble dysphorique prémenstruel, le trouble dépressif mineur, le trouble dépressif bref récurrent, le trouble postpsychotique de la schizophrénie, l'épisode dépressif majeur couplé avec d'autres troubles, tel que le trouble délirant et, finalement, le trouble dépressif jugé pertinent par le clinicien, mais qui ne satisfait pas aux critères des troubles dépressifs.

Finalement, d'autres sous-types communs du trouble dépressif (*voir* appendice B) tels que la dépression du post-partum, la mélancolie, le trouble affectif saisonnier, le trouble dépressif atypique, la dépression anxieuse ou le trouble dépressif psychotique, peuvent être ajoutés au diagnostic du TDM. Ces sous-types du trouble dépressif sont de nature transversale plutôt que longitudinale, d'où le pourquoi de ne pas en faire des diagnostics distincts.

**Tableau 1.1**

Les critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur selon le DSM-IV

**Épisode dépressif majeur (EDM)**

- A. Au moins cinq des symptômes énumérés ci-dessous sont présents pendant une même période de deux semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une diminution de l'intérêt ou du plaisir.  
*Note : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou des hallucinations non congruentes à l'humeur.*
1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (par exemple, se sent vide ou triste) ou observée par d'autres (par exemple, la personne semble au bord des larmes). *Note : chez l'enfant et l'adolescent, l'humeur est plutôt irritable.*
  2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
  3. Amaigrissement important en l'absence de régime ou gain de poids (par exemple une modification de plus de 5% du poids corporel en un mois), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. *Note : chez l'enfant, prendre en considération l'absence de l'augmentation de poids escomptée.*
  4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
  5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
  6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
  7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut prendre la forme d'un délire) presque tous les jours (non limité au fait de se reprocher à soi-même d'être malade ou de s'en sentir coupable).
  8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer, ou indécision presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par d'autres).
  9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement la peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan de suicide précis.
- B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'Épisode mixte.
- C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple, une substance donnant lieu à un abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (par exemple, hyperthyroïdie).
- E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil; c'est-à-dire, après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une incapacité fonctionnelle marquée, de préoccupations morbides et de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

Tableau 1.2

## Les critères diagnostiques d'un trouble dysthymique selon le DSM-IV

Trouble dysthymique	
A.	Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, plus d'un jour sur deux pendant au moins deux ans, signalée par la personne ou observée par d'autres. Note : chez l'enfant et l'adolescent, l'humeur peut être irritable et la durée des symptômes est d'au moins un an.
B.	Au moins deux des symptômes suivants doivent accompagner l'humeur dépressive. <ol style="list-style-type: none"> <li>1. perte d'appétit ou hyperphagie</li> <li>2. insomnie ou hypersomnie</li> <li>3. baisse d'énergie ou fatigue</li> <li>4. faible estime de soi</li> <li>5. piètre concentration ou difficulté à prendre des décisions</li> <li>6. sentiment de désespoir</li> </ol>
C.	Durant cette période de deux ans (d'un an en ce qui concerne l'enfant et l'adolescent) de la perturbation thymique, la personne n'a pas pu être plus de deux mois d'affilée sans présenter les symptômes des critères A et B.
D.	Aucun EDM ne s'est manifesté au cours des deux premières années de la perturbation (un an en ce qui concerne l'enfant et l'adolescent); c'est-à-dire que la perturbation ne relève pas du TDM chronique ou d'un TDM en rémission partielle. <i>Note</i> En cas d'épisodes dépressifs majeurs antérieurs, celui-ci doit avoir été en rémission complète (absence de signes ou de symptômes significatifs pendant deux mois) avant le développement du Trouble dysthymique. Par ailleurs, après les deux premières années (la première année pour l'enfant et l'adolescent) du Trouble dysthymique, des épisodes du Trouble dépressif majeur peuvent se rajouter : dans ce cas les deux diagnostics doivent être portés si les critères d'un Episode dépressif majeur sont remplis.
E.	Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque, mixte ou hypomaniaque, et les critères du trouble cyclothymique n'ont jamais été réunis.
F.	La perturbation ne survient pas uniquement au cours de l'évolution d'un trouble psychotique chronique tel la Schizophrénie ou un Trouble délirant.
G.	Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple une drogue donnant lieu à un abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (par exemple, hyperthyroïdie).
H.	Les symptômes provoquent une souffrance de portée clinique ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

## 1.3.3 Dépression et troubles concomitants

Il est essentiel maintenant de considérer la dépression associée aux troubles concomitants (présents en même temps) afin de bien saisir l'ampleur de la problématique. En

effet, 79 % des troubles psychiatriques à vie sont des troubles présentant une comorbidité<sup>5</sup> (Kessler *et al.*, 1993). En fait, les troubles psychiatriques comorbides au TDM comme l'invalidité fonctionnelle sont les plus lourds de conséquences (Enns *et al.*, 2001). Près de 50 % des personnes souffrant de TDM répondent aussi aux critères diagnostiques de trouble de l'anxiété concomitant (Kaufman et Charney, 2000; Regier *et al.*, 1998). Selon Judd *et al.* (1998), le plus courant de ces troubles est la phobie spécifique suivi de l'agoraphobie, de la phobie sociale, du trouble panique et du trouble obsessionnel-compulsif (TOC). Notons que de 29 % à 46 % des personnes qui portent le diagnostic du trouble d'anxiété généralisée (TAG) souffrent aussi du TDM (Brown et Barlow 1992; Noyes *et al.*, 1992). Enfin, chez les adolescents, la probabilité de comorbidité augmente, affichant des taux entre 20 % et 60 % (Kendall *et al.*, 1992).

Cependant, il est difficile d'estimer le pourcentage des personnes qui sont aux prises avec un trouble découlant de l'abus de substances psychoactives en concomitance avec un trouble dépressif. On sait tout de même que 30 % à 60 % des gens ayant un trouble de l'humeur associé à un trouble anxieux consomment de manière abusive des substances psychoactives et qu'environ 30 % ont des antécédents d'abus de substances (Kessler *et al.*, 1994; Regier *et al.*, 1990). De plus, on estime à 43 % le pourcentage de jeunes femmes anorexiques ou boulimiques qui souffrent de TDM. Encore une fois, il est difficile de savoir la fréquence de cette comorbidité (Kennedy *et al.*, 1994).

Maintenant, en ce qui a trait à la schizophrénie, le taux de comorbidité avec la dépression s'évalue entre 22 % et 60 % (Siris, 2000; Lindenmayer, Grochowski et Kay, 1991). Cette comorbidité amènerait des taux de suicide plus élevés chez les schizophrènes. En effet, 9 % à 13 % de ces individus se sont enlevés la vie et de 40 % à 60 % ont tenté de le faire (Meltzer, 1999). Glazer *et al.* (1981) dénotent pour leur part la possibilité qu'il y ait une corrélation positive entre le degré de dépression dans la schizophrénie chronique et l'inadaptation sociale.

---

<sup>5</sup> La comorbidité signifie la présence d'un ou de plusieurs troubles associés à un trouble ou une maladie primaire.

À ceci s'ajoute le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention qui présente un taux de comorbidité variant de 15 % à 70 % avec le TDM, la dysthymie et le trouble affectif bipolaire (Carlson, 1998; Alpert *et al.*, 1996). Malgré un manque de précision à cet égard, on pense que le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention à l'enfance et à l'adolescence pourrait amener un terrain favorable au développement d'un TDM chez l'adulte (Enns *et al.*, 2001).

Enfin, selon Lyketsos *et al.* (1997), la maladie d'Alzheimer aurait une concomitance avec le TDM dans 22 % des cas et dans 27 % des cas avec la dépression mineure. De plus, les démences sous-corticales entraîneraient davantage des symptômes dépressifs (Cummings, 1994; Cummings et Benson, 1988). Cependant, il y a aussi un chevauchement entre les symptômes qu'on pourrait associer au trouble de l'humeur et à la démence. De ceux-ci, mentionnons l'apathie, la passivité, la perte d'initiative et les perturbations de la mémoire et de la concentration, et ce, malgré que ces symptômes devraient être associés prioritairement au trouble de l'humeur (Katz, 1998). Notons pour conclure qu'il ne semble pas exister assez de données fiables pour évaluer la comorbidité de la dépression avec les autres troubles de l'axe 2 et 3 du DSM-IV.

#### 1.3.4 Dimension neurobiologique de la dépression

Il y a plusieurs théories neurobiochimiques qui expliquent la dépression. La majorité d'entre elles supporte l'idée qu'il y aurait des déficits monoaminergiques et les principaux neuromédiateurs concernés seraient la sérotonine, la noradrénaline et la dopamine. Cependant, ces théories se sont développées en se basant sur les effets des antidépresseurs sur le cerveau et aucune correspondance entre un mécanisme d'action et un effet thérapeutique dans un type déterminé de dépression n'a jamais pu être établie (Colonna, 2000).

Il n'en reste pas moins que l'hypothèse neurobiologique des troubles dépressifs repose sur la communication neuronale. Les synapses seraient le lieu privilégié de la communication intercellulaire, lieu même où il y aurait un déséquilibre lors de la dépression. Les synapses,

rappelons-le, sont les interstices entre les neurones où l'influx nerveux va se transformer en signal biochimique par l'intermédiaire des neurotransmetteurs. Ces derniers sont stockés dans l'axone du neurone et libérés lorsqu'il y a une dépolarisation de celui-ci, c'est-à-dire lors de l'arrivée de l'influx nerveux. À ce moment, les neuromédiateurs sont relâchés dans la synapse avant de se faire accueillir par des capteurs spécialisés selon les différents types de neurotransmetteurs. Ces capteurs sont situés sur les dendrites des neurones voisins et permettront une nouvelle transformation du signal biochimique en influx nerveux (Martin, 1999).

Tamminga *et al.* (2002) stipulent que la dépression pourrait occasionner une perte significative de cellules dans le cortex préfrontal, une région cérébrale importante qui discerne entre autres les récompenses et les punitions et qui est responsable des changements d'humeur d'un stade à l'autre. Cette région agit sur les amygdales, sur l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (responsable notamment des réponses de fuite) et sur le système nerveux sympathique.

Pour d'autres, la dépression réfère à un taux de cortisol plus élevé, ce qui engendre un environnement biochimique plus néfaste et ce qui contribue à des conséquences potentiellement dangereuses pour l'organisme. Ainsi peuvent apparaître un gras viscéral, une résistance à l'insuline, une mauvaise coagulation sanguine et des problèmes osseux liés à la formation et à la résorption. Par conséquent, la dépression a des effets dommageables sur des maladies comme les affectations cardio-vasculaires, le diabète et l'ostéoporose (Tamminga *et al.*, 2002). De surcroît, il appert qu'un taux de cortisol élevé entraîne aussi des problèmes liés à l'apprentissage et à la mémoire, comme le rappelle Young, Gallaher et Porter (2002).

Finalement, il y aurait des anomalies structurales dans la formation de l'hippocampe chez les patients dépressifs<sup>6</sup>. En effet, l'hippocampe et ses connections à travers le système cortico-limbique auraient un rôle crucial dans la pathogenèse de la dépression (Frodl *et al.*, 2002; Kennedy *et al.*, 2001)<sup>7</sup>. Notons aussi que, plus spécifiquement chez les personnes

---

<sup>6</sup> Étude portant sur des patients en dépression majeure seulement.

<sup>7</sup> *Idem.*

âgées, la dépression serait en lien avec une série de changements biochimiques dans la matière blanche (Kumar *et al.*, 2002).

### 1.3.5 Perspectives anthropologique et sociologique de la dépression

La dépression peut être aussi abordée du point de vue anthropologique et sociologique. Selon Batchelder (2001), un anthropologue, malgré que la dépression soit souvent considérée comme une maladie bien circonscrite qui se retrouve dans toutes les cultures, les études anthropologiques ont démontré que ce n'était pas le cas. Pour lui, plusieurs cultures ont différentes perceptions de leur self et de leurs émotions, ce qui inévitablement change les critères délimitants de la dépression. Dans plusieurs cultures, notamment asiatiques, le self est davantage socialement centré, donc beaucoup moins délimité et considéré comme une entité autonome à part entière.

De plus, il existe différentes variations au niveau de ce qui est considéré comme faisant partie de la dépression et ce n'en faisant pas partie. En Inde par exemple, Jadhav, (1996) nous apprend que plusieurs variétés de douleurs sont couramment considérées comme faisant partie des troubles dépressifs, tels le *as naara mein dard* (douleurs dans les nerfs), le *meetha dard* (douleurs légères), *sar mein garmi* (chaleur dans la tête), le *tidik* (tics), le *badan mein dard* (douleurs dans le corps) ou le *dil mein udasi* (chagrin). Ces variations culturelles redéfinissent au plan mondial le concept même de dépression.

Par ailleurs, Batchelder (2001) nous apprend que le terme « dépression » a été pour la première fois utilisé dans la langue anglaise au 17<sup>e</sup> siècle. Il était généralement utilisé pour indiquer un état d'âme, la température ou l'économie. Initialement, le terme était une métaphore spatiale utilisée en astrologie et en architecture. Le terme « dépression » semble par la suite avoir été utilisé différemment d'une culture à l'autre d'après ses significations premières. D'un point de vue anthropologique, il est donc important de considérer la dépression avec attention, puisque sa définition peut varier substantiellement d'une culture à l'autre.

Du point de vue sociologique, la santé mentale s'inscrit dans un cadre social et

politique qui doit être pris en compte si on veut mieux comprendre le phénomène (Ehrenberg, 2001). On considère souvent la pauvreté, le chômage, la migration, l'urbanisation, le sexe, l'âge, la caste et les autres situations qui peuvent être socialement oppressives comme des facteurs de risques reliés à la dépression (Desjerlais et al., 1995). Ces derniers sont nombreux. Nous nous contenterons d'en exposer les principaux.

Premièrement, constatons que la dépression touche deux fois plus de femmes que d'hommes dans les pays occidentaux (Murphy *et al.*, 2000; Parikh *et al.*, 1996; Bland, Orn et Newman; 1988; Weissman *et al.*, 1996) et que la prévalence chez les jeunes adultes est élevée, tandis que celle des personnes âgées de plus de 64 ans est plutôt faible (Patten, 2000). Cependant, cela pourrait changer dans le futur avec le vieillissement de la population dans la plupart des pays industrialisés.

Deuxièmement, les facteurs de risque les plus marqués sont le faible revenu, le chômage et le célibat ou le divorce (Parikh, Lam et le Groupe de travail sur la dépression du CANMAT, 2001).

Troisièmement, l'existence d'antécédents psychopathologiques parentaux et une histoire de violence vécue pendant l'enfance chez les personnes souffrant de dépression compteraient aussi comme facteurs de risque à considérer (Lin et Parikh, 1999).

En outre, la sociologie s'intéresse aussi aux facteurs politiques et économiques qui ont permis à la dépression d'être circonscrite. Au niveau politique, nous pouvons penser aux larges campagnes de prévention et de dépistage de la dépression dans plusieurs pays occidentaux, qui ont fait grimper les statistiques et attirer davantage l'œil des experts et des médias sur cette maladie l'analysant et la délimitant davantage. Au niveau économique, certains sociologues considèrent que l'implication de plusieurs compagnies pharmaceutiques dans l'élaboration des différentes versions du DSM a inévitablement influencé les critères diagnostiques de la dépression en fonction des classes de médicaments. Tout cela afin d'augmenter les ventes de psychotropes (Ehrenberg, 2001). Quoi qu'il en soit, le point de vue sociologique nous permet de considérer la dépression en tenant compte des facteurs sociaux,

politiques et économiques, afin d'enrichir notre compréhension de cette psychopathologie.

#### 1.4 Traitements psychothérapeutiques

Suivant le tableau des caractéristiques de la dépression que brosse le DSM-IV, il s'avère maintenant nécessaire de jeter un regard sur les différents traitements psychothérapeutiques utilisés pour combattre cette maladie. Nous aborderons trois types de psychothérapies.

Les psychothérapies les plus connues par leur approche pour traiter la dépression sont la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), la thérapie interpersonnelle (TI) et la thérapie d'approche analytique. On utilise aussi la psychothérapie de groupe et la psychothérapie conjugale, mais en adaptant les modèles des autres thérapies. Selon Segal *et al.* (2001), la psychothérapie renvoie :

« au traitement psychologique de troubles psychiatriques et du comportement, qui se déroule dans le cadre d'une relation professionnelle établie avec le malade dans le but d'atténuer les symptômes existants et de prévenir la récurrence de schémas de comportements mésadaptés. »

Il est essentiel de mentionner ici que l'efficacité des traitements psychologiques est tout d'abord basée sur la prémisse selon laquelle les professionnels les pratiquant ont de réelles compétences psychothérapeutiques fondamentales, dont la capacité de créer une relation de confiance mutuelle avec le malade : l'alliance thérapeutique. D'autres aspects importants suivent ce postulat, notamment la capacité d'évaluer les aspects psychologiques en excluant les symptômes manifestes, de surveiller et de gérer constamment ses propres émotions au cours de la thérapie, de favoriser un cadre thérapeutique sécuritaire, ainsi que d'exécuter ses interventions avec précision. Enfin, il faut considérer, pour qu'un traitement psychothérapeutique soit optimal, que le clinicien tout comme le malade doivent penser que ce traitement peut être approprié pour améliorer les symptômes dépressifs (Segal *et al.*, 2001). Maintenant, examinons brièvement les principaux types de thérapies utilisées pour traiter la dépression. Le but ici est de tracer un portrait global de ces thérapies et non pas d'en

faire une synthèse exhaustive.

En premier lieu, il faut s'attarder sur la thérapie cognitivo-comportementale dans le traitement de la dépression. La TCC a pour but de lever les symptômes de la dépression à l'aide d'une démarche systémique, c'est-à-dire en visant la modification des pensées automatiques et mésadaptées du patient dépressif. En fait, le cœur de la théorie repose sur l'hypothèse que les croyances déformées à propos de soi-même, du monde et de l'avenir ne permettent pas au dépressif de se sortir de son état affectif. De plus, cette théorie prend appui sur le principe selon lequel les personnes aux prises avec des troubles de l'humeur ne sont pas exposées suffisamment à des agents renforçateurs dans leur environnement. Il est à noter que ce type de thérapie comporte en moyenne 12 à 16 séances (Segal *et al.*, 2001; Bandura, Adams et Beyer, 1977; Ferster, 1973).

La thérapie interpersonnelle, en deuxième lieu, examine quant à elle les transitions marquant le contexte interpersonnel du patient et ses relations avec la survenue du trouble de l'humeur. L'hypothèse fondamentale de cette thérapie suppose que l'acte de s'attaquer aux problèmes d'ordre relationnel, en lien avec la dépression, va permettre une diminution des symptômes dépressifs. La durée du traitement compte elle aussi entre 12 et 16 séances. L'accessibilité au traitement est restreinte à cause du nombre peu élevé de thérapeutes formés (Segal *et al.*, 2001; Reynolds *et al.*, 1996; Klerman *et al.*, 1984).

En troisième lieu, notons les spécificités de la psychothérapie dynamique. Cette forme de thérapie prend racine dans les concepts psychodynamiques de la fragilité psychologique, c'est-à-dire que les manifestations symptomatiques sont alors perçues comme étant des marqueurs de conflits non réglés du développement. Il est reconnu que la plupart des psychothérapies dynamiques dépassent la focalisation habituellement maintenue sur la dépression et explorent les troubles psychologiques plus profonds, par exemple les problèmes d'estime de soi, l'irrégularité émotionnelle ou les conflits attachés à la culpabilisation. Généralement, la durée du traitement est plus longue que la TCC et que la TI, quoiqu'il soit possible d'assister à l'application d'un modèle de psychothérapie dynamique brève qui s'échelonnerait sur 16 à 30 séances (Blatt, 1998; Kohut, 1971).

## 1.5 Traitement par antidépresseurs

Après le survol des caractéristiques de la dépression et la présentation des différentes thérapeutiques mises en place pour son traitement, examinons maintenant en profondeur les particularités des traitements par antidépresseurs. Pour ce faire, la section suivante présente d'abord un bref historique de l'arrivée des antidépresseurs et de son fonctionnement physiologique. Ensuite, elle discute de son efficacité, de son délai d'action et de la relation qui existe entre la dose et l'effet de l'antidépresseur. De plus, les interrelations avec d'autres attributs comme le sommeil ou la cognition, ainsi que les effets secondaires associés à la prise d'antidépresseurs et les risques suicidaires sont explorés. Puis, viennent des explications spécifiques aux relations des enfants et des adolescents avec les antidépresseurs. Aussi, toujours dans le but de comprendre le fonctionnement d'un traitement avec antidépresseur, quelques paragraphes s'intéressent à la réponse idiosyncrasique des antidépresseurs, à leur association aux anxiolytiques et au possible effet placebo d'un traitement antidépresseur. Ensuite, les effets particuliers éventuels des antidépresseurs sur la personnalité sont expliqués et la possibilité d'une dépendance aux antidépresseurs est explorée. Pour finir, des aspects plus spécifiques de la recherche sur les antidépresseurs concluent la section.

### 1.5.1 Bref historique de l'arrivée des antidépresseurs et de leur fonctionnement physiologique

La découverte des premiers antidépresseurs est intimement liée à celle du premier neuroleptique : la chlorpromazine (Healy, 1997). Par les effets spectaculaires pour l'époque qu'apportât l'administration de ce médicament chez des patients psychotiques, les recherches sur les psychotropes furent nombreuses dans les années cinquante et, en 1957, deux antidépresseurs furent découverts simultanément, soit l'imipramine par R. Kuhn et l'iproniazide par N. Kline (Deniker, 1987).

Les composés tricycliques, dont le type est nommé imipramine (*Tofranil*®), ont démontré leur action bénéfique dans le traitement de la dépression dans les cas où les neuroleptiques ne pouvaient agir, sans toutefois que le malade ne souffre des effets

secondaires lourds de la chlorpromazine. Pour ce qui est de leur fonctionnement, les tricycliques (ou imipraminiques) agissent au niveau de l'espace synaptique en bloquant le cycle de libération et de réception des monoamines, donnant pour effet une augmentation des neuromédiateurs dans les synapses neuronales. Ainsi, on permet une accumulation des monoamines au niveau du système nerveux (Deniker, 1987). Cette augmentation des monoamines se traduit cliniquement par une amélioration de la pathologie dépressive et représente un fait quasiment consensuel (Martin, 1999).

En ce qui a trait à l'iproniazide, elle a été reconnue dès 1957 comme pouvant redresser l'humeur dépressive et comme possédant une capacité à déclencher des effets euphoriques chez les personnes en consommant. C'est aussi à ce moment que l'hypothèse a été émise que l'iproniazide agissait en bloquant l'effet de la monoamine oxydase et que, en ce sens, elle favorisait l'accumulation des monoamines (ou neuromédiateurs). Elle fut donc nommée IMAO. Toutefois, malgré un mécanisme d'action différent de l'iproniazide comparativement à l'imipramine, le résultat est le même : une augmentation des monoamines dans l'espace synaptique favorisant une meilleure neurotransmission. Le premier antidépresseur tricyclique et le premier antidépresseur IMAO étaient nés (Deniker, 1987; Deniker, Ginestet et Lôo, 1980).

Les premiers antidépresseurs ont inévitablement fait des vagues dans l'opinion publique, chez les professionnels de la santé et les chercheurs de plusieurs disciplines. En sociologie, l'arrivée des antidépresseurs, et plus généralement des psychotropes, marque le début d'une ère de désinstitutionnalisation. Les patients souffrant de dépression peuvent obtenir une amélioration symptomatique en l'espace d'un mois et peuvent se réintégrer plus facilement dans la société. Ces médicaments sont la plupart du temps bien acceptés par l'opinion publique, car ils représentent une innovation sociétale, mais aussi un traitement plus « humain » que les électrochocs par exemple (Collin *et al.*, 2006). Au niveau anthropologique, les psychotropes, particulièrement les antidépresseurs, viennent s'inscrire dans une nouvelle ère, où l'humain traite son propre malaise psychologique par la science et non plus par la religion. Il y existe une révolution cognitive qui a pour origine une

compréhension nouvelle des mécanismes humains de la cognition et de leur importance dans l'évolution. Champetier (2000) parlera de l'ère néobiotique.

Par ailleurs, c'est chez les psychanalystes que les antidépresseurs vont être les plus marquants. Dans les années cinquante et soixante, les théories psychanalytiques étaient les références de base en matière de dépression pour la majorité des praticiens (Widlöcher, 2006). À cette époque, pour plusieurs, la dépression était justiciable d'un traitement psychanalytique qui visait à permettre au sujet un remodelage, un abandon des schémas du passé et une restructuration de son psychisme. Le patient dépressif était alors vu comme un individu affecté dans son inconscient par des traumatismes ou des expériences pénibles. Le traitement avait pour objectif de permettre au patient de se défaire de ses identifications pathologiques, de restaurer son image par l'analyse de tous les émois rattachés aux sentiments de culpabilité et d'infériorité (Pilotte *et al.*, 1970). Encore aujourd'hui, plusieurs thérapeutes d'orientation psychanalytique adoptent cette vision du traitement de la dépression. Toutefois, la montée en importance des prescriptions d'antidépresseurs a particulièrement touché les thérapeutes d'orientation psychanalytique dans leur compréhension de la dépression au fil du temps. Les antidépresseurs et la montée des théories neurobiologiques viendront changer la « donne », comme l'explique Fédida (2003).

Tout d'abord, lors de l'apparition des antidépresseurs dans les années cinquante, la psychanalyse était supportée amplement par la psychiatrie. La psychiatrie se nourrissait de l'apport de la psychanalyse pour faire du sens avec la dépression. Les antidépresseurs et les IMAO de l'époque étaient surtout utilisés dans les dépressions réfractaires, comme les électrochocs (Widlöcher, 2006). Des ouvrages sérieux concernant la dépression, tel « La dépression nerveuse » de Pilotte *et al.* (1970), ne mentionnaient que très brièvement le traitement par antidépresseurs comparativement aux ouvrages d'aujourd'hui. Ils soulignaient l'efficacité relative des antidépresseurs dans les dépressions endogène ou psychotiques, surtout pour calmer les symptômes, mais non pas pour guérir le patient de sa psychopathologie. La compréhension de la neurotransmission était sommaire par rapport à aujourd'hui et les théories biologiques étaient incorporées aux théories psychanalytiques. Les antidépresseurs ont été un nouvel outil pour les thérapeutes d'orientation psychanalytique et

semblent avoir été bien acceptés par ceux-ci.

Ensuite, les auteurs, qui écrivaient à propos de la dépression et de ses thérapeutiques, traitaient davantage des antidépresseurs dans leurs ouvrages. Les théories neurobiologiques étaient de plus en plus présentes. Toutefois, la prescription d'antidépresseurs représentait encore un traitement de second recours pour plusieurs praticiens. La psychothérapie était priorisée. Quant aux théories psychanalytiques, elles étaient toujours supportées par la psychiatrie et elles tentaient d'incorporer les nouvelles découvertes neurobiologiques (Fédida, 2003).

Puis, la fin des années quatre-vingts a marqué la venue des antidépresseurs ISRS et le Prozac a été prescrit à des millions d'individus (nous y reviendrons plus tard). Les neurosciences se sont développées à une grande vitesse, notamment grâce aux avancements de la technologie, comme l'utilisation de la résonance magnétique nucléaire en imagerie médicale. Les théories biologiques concernant le déséquilibre sérotoninergique (ou d'autres neurotransmetteurs) dans la dépression ont peu à peu pris une large place en psychiatrie, détrônant les théories psychanalytiques. Le traitement par antidépresseurs est devenu un traitement de premier recours, souvent prescrit systématiquement par des praticiens lorsque des symptômes de la dépression s'exposent devant eux. Parallèlement, les thérapeutes d'orientation psychanalytique ont dû, quant à eux, s'interroger à propos des effets des antidépresseurs sur leurs interventions. Comme le souligne Fédida (2003) : « La révolution engagée par les nouvelles thérapeutiques chimiques, et dont la dépression est incontestablement le point fort, devrait, non sans raison, inquiéter les psychanalystes et ébranler la conviction de leur doctrine [...] » Fédida (2003) explique même que plusieurs psychanalystes se sont tournés vers le cognitivisme, tournant le dos aux théories freudiennes. Ils ont décidé de se retrancher vers les théories neurobiologiques pour s'expliquer les dynamiques de la dépression. Quoiqu'il en soit, Fédida (2003) rappelle que de nombreux auteurs, dont Guyotat, Lambert et Zarifian, ont mis en valeur la fonction décisive de la psychothérapie analytique, tandis qu'une pharmacothérapie se poursuit lors de la prise en charge d'un patient souffrant de dépression.

Enfin, après l'apparition des deux premiers antidépresseurs, d'autres dérivés des deux molécules mères furent expérimentés et on assista notamment au développement de la clomipramine (*Anafranil*®), de la famille des imipraminiques, qui reste encore aujourd'hui un médicament de référence. La famille des dérivés de l'imipramine s'est agrandie rapidement, mais il a fallu patienter jusqu'en 1982, avant que n'apparaisse le premier inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS) : l'indalpine. Puis, en 1988, la fluoxétine (*Prozac*®) sera synthétisée et deviendra la molécule antidépressive la plus prescrite dans le monde. Devant ce succès, des molécules semblables seront développées par d'autres laboratoires, telles que la paroxétine (*Deroxat*®/*Paxil*®), le citalopram (*Séropram*®) et la sertraline (*Zoloft*®) (Colonna, 2000).

Ces nouvelles molécules seront les premières d'une troisième classe d'antidépresseurs, dénommée les sérotoninergiques (ou ISRS), parce que leur mécanisme d'action est différent des imipraminiques et des IMAO. Ces molécules de nouvelle génération vont agir sélectivement sur les récepteurs 5-HT (sérotonine) en les inhibant pour ne pas qu'ils recapturent la sérotonine, un neurotransmetteur clé qui serait en concentration insuffisante chez les patients souffrant de dépression (Martin, 1999).

Plus tard, en 1997, d'autres molécules de la famille des sérotoninergiques ont été développées. Celles-ci n'agissent plus seulement sur la sérotonine, mais aussi sur la noradrénaline, qui inclue la venlafaxine (*Effexor*®). Elles ont donc été nommées inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN). Ces nouvelles molécules (ISRS et IRSN) comportent moins d'effets secondaires, d'où leur grande popularité chez les cliniciens qui les prescrivent d'ailleurs davantage (Colonna 2000).

En ce qui concerne la famille des inhibiteurs de la monoamine oxydase, c'est en 1985 et en 1990 qu'ont été développés de nouveaux types d'IMAO. Contrairement aux anciens, ils ont comme caractéristiques principales d'être réversibles et sélectifs. Cependant, leur carrière thérapeutique n'a pas été très importante, car ces derniers comportaient beaucoup plus d'effets secondaires que les sérotoninergiques. À l'heure actuelle, les IMAO sont peu utilisés des cliniciens, très peu prescrits, et ils représentent des traitements de second recours dans le

traitement de la dépression (Colonna 2000).

Finalement, d'autres molécules antidépresseurs ayant des mécanismes d'action synaptiques différents ont été développées. Prenons, par exemple, la reboxétine (*Edronax*®), antidépresseur inhibant la recapture de la noradrénaline, ou encore le buprion (*Wellebutrin*®), quant à lui inhibiteur de la recapture de la noradrénaline et de la dopamine (IRND) (Martin, 1999).

### 1.5.2 Efficacité des antidépresseurs

Pour évaluer l'efficacité d'un antidépresseur, après approbation du Ministère de la Santé Publique de différents pays ou de la *Food and Drug Administration* des États-Unis (FDA), la plupart des recherches s'appuient sur l'échelle d'Hamilton pour évaluer la sévérité des symptômes dépressifs chez les sujets avant, pendant et après l'administration du traitement. On recherche aussi à mieux détailler les contre-indications au traitement et ses effets secondaires. La plupart des recherches sont effectuées en double aveugle. Par la suite, des méta-analyses sont réalisées sur l'ensemble des recherches et des conclusions sont déterminées et appuyées empiriquement (Boyer, 1999).

Ainsi, les ISRS, les IRNS et les autres antidépresseurs de nouvelles générations ressortent comme étant des traitements à prescrire en premier recours (Kennedy *et al.*, 2001). Malgré que leur efficacité soit équivalente aux imipraminiques, ils ont l'avantage de provoquer moins d'effets secondaires (Gourion, Perrin et Quintin, 2004; Anderson, 2000; Bech *et al.*, 2000; Workman et Short, 1993). On spécifie aussi que la venlafaxine produirait des taux de rémission plus élevés que tout autre antidépresseur (Kennedy *et al.*, 2001). Ensuite, pour le traitement de deuxième recours, l'amitriptyline et la clomipramine, tous deux des imipraminiques, sont conseillées et s'avèrent même plus efficaces chez les patients hospitalisés. Toutefois, il faut être prudent lors de leur utilisation, étant donné le seuil plus bas de tolérance les concernant. Finalement, en traitement de troisième recours, les autres imipraminiques et les IMAO sont conseillés, mais toujours avec prudence en raison, encore une fois, des effets secondaires plus élevés (Kennedy *et al.*, 2001) leur étant associés.

Notons maintenant que chaque antidépresseur a ses forces et ses faiblesses et que son efficacité dépend de multiples variables allant du type de dépression jusqu'à l'âge des sujets, en passant par leurs possibles associations avec d'autres thérapeutiques. Nous invitons le lecteur intéressé à ces variables à consulter le *Guide de pratique clinique canadien pour traiter les troubles dépressifs* de l'Association des psychiatres du Canada ou le *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder* de l'American Psychiatry Association<sup>8</sup>.

Par ailleurs, quant à cet aspect, un fait important concerne le jugement d'efficacité des antidépresseurs lorsque jumelés avec d'autres thérapeutiques. Concernant la combinaison de la chimiothérapie par antidépresseurs avec la psychothérapie, les études du *National Institute of Mental Health* (2001) éclairent considérablement les spécialistes. En effet, chez les personnes souffrant de dépression sévère, l'amélioration dans le traitement de cette pathologie paraît plus importante lorsque le traitement médicamenteux est combiné avec une psychothérapie.

Par contre, en ce qui a trait aux dépressions légères à moyennes, une méta-analyse du *National Institute of Mental Health* (1999) a démontré que la combinaison de la thérapie médicamenteuse et de la psychothérapie, comparativement à l'administration d'une seule des deux thérapies, ne se montrait pas plus efficace quant à l'amélioration des symptômes dépressifs. Il semble pourtant que la plupart des études concluent qu'il ne faut pas hésiter à effectuer une combinaison des deux types de thérapies, lorsque possible.

Toutefois, chez les personnes âgées souffrant de dépression, il serait important, pour obtenir de meilleurs résultats, de combiner une chimiothérapie avec une psychothérapie. Des changements physiques du cerveau chez la personne âgée pourraient être responsables de symptômes dépressifs et il serait alors important de compenser avec des antidépresseurs, spécialement avec des molécules de type ISRS, car ils causent moins d'effets secondaires que les tricycliques ou que les IMAO (*National Institute of Mental Health*, 2003).

---

<sup>8</sup> Voir la bibliographie en fin de document.

En ce qui a trait aux traitements utilisés chez les enfants et les adolescents, la psychothérapie est préférable. Le médicament ne devrait être prescrit que lorsque la situation l'exige, c'est-à-dire lorsqu'il s'agit de dépression sévère, chronique et/ou en comorbidité avec une pathologie psychotique (*National Institute of Mental Health, 1999*).

Néanmoins, quant à ce qui précède, quelques chercheurs tiennent des positions plus tranchées sur l'efficacité des antidépresseurs et sur leur possible étendue à d'autres pathologies. Par exemple, Boisvert (2004) croit que les antidépresseurs sont essentiels pour limiter les dégâts neurovégétatifs que cause la dépression et qu'ils devraient être prescrits d'emblée. Selon lui, ils permettent de limiter et de renverser l'atrophie cervicale, comme celle qu'on retrouve dans l'hippocampe, qui peut être causée par la dépression, rappelle-t-il. De plus, Boisvert (2004) conseille de les utiliser pour les autres maladies mentales, telles les psychoses ou les manies, en raison de leur comorbidité fréquente avec la dépression.

Pour Schück (1999), les antidépresseurs ont marqué une révolution thérapeutique, car ils sont capables, moyennant un délai de quelques semaines, d'améliorer l'humeur dépressive et de soulager la souffrance morale. Schück (1999) croit que l'indication première des antidépresseurs reste la dépression unipolaire endogène, mais que les indications pour l'utilisation des antidépresseurs s'étendent aux troubles obsessionnels-compulsifs, aux conduites alimentaires pathologiques, au trouble panique et à une multitude d'autres pathologies en conséquence de leur efficacité. Il conseille de les associer aux approches psychothérapeutiques qui restent pour lui essentielles dans le traitement.

En fait, selon Bourin (2003), les antidépresseurs présentent une efficacité de près de 75 %. Pour renforcer cette idée, citons Kimmel (2001) qui voit en la fluoxétine une application dépassant les bénéfices psychiques. En effet, il mentionne que cette molécule diminuerait de 65 % les risques d'infarctus, tout comme les médicaments de la même famille, c'est-à-dire les ISRS. Ces médicaments diminueraient en effet le risque de formation de caillots à la source des accidents cardiaques par leur action anticoagulante.

Allant dans le même sens, on peut aussi répertorier des effets bénéfiques des antidépresseurs dans le traitement des douleurs. Selon Künzel (2005), les antidépresseurs devraient être recommandés en co-analgésie à tout patient souffrant de douleurs menaçantes de devenir chroniques. Il soutient que les antidépresseurs agissent directement sur les systèmes nociceptifs et qu'en ce sens, il est possible d'éviter une chronicisation des douleurs.

Par ailleurs, il est intéressant de rapporter que Cook (2003), lors d'expérimentations faites auprès de patients débutant un traitement d'antidépresseurs à l'aide d'un électroencéphalogramme, a observé des différences d'activité électrique importantes dans le cortex frontal entre quarante-huit heures et une semaine suivant le début d'un traitement. Malgré cette activité électrique différente de celles d'origine dans cette zone cérébrale (impliquée dans la motivation et le jugement), plusieurs patients ne ressentirent aucune différence. En ce sens, Cook (2003) affirme que plus de 40 % des personnes consommant des antidépresseurs ne répondent pas à un premier traitement. Il précise que c'est pour cette raison que plusieurs médecins attendent de six à douze mois avant de se prononcer sur l'efficacité d'un traitement. L'expérience de consommation d'antidépresseurs est donc très idiosyncrasique.

Parallèlement à ces observations, certains chercheurs croient utopique la croyance des effets bénéfiques des antidépresseurs. Sur cette question, Cohen (1996) pense que les avantages décrits par les consommateurs et prescripteurs d'antidépresseurs s'écroulent lorsqu'on en scrute les effets avec un regard plus critique. Pour lui, l'antidépresseur, tel le *Prozac*, qui modifie l'action sérotoninergique, n'est pas sans effets secondaires graves comme le commentent beaucoup de scientifiques. Enfin, toujours selon Cohen (1996), la plupart des effets nocifs de certains médicaments ne seraient déclarés qu'après la mise en marché et l'encaissement des profits des compagnies pharmaceutiques.

À ce sujet, un article de Turner *et al.* (2008) dans *The New England Journal of Medicine* est venu alimenter le débat. L'article traite des études effectuées sur les antidépresseurs par les compagnies pharmaceutiques qui n'ont jamais été publiées. L'étude

portait sur 74 recherches consacrées à 12 médicaments soumises à la FDA entre 1987 et 2004. De cette étude, on peut constater que 38 recherches arrivaient à des résultats positifs et que 37 d'entre elles ont été publiées. Cependant, 36 recherches arrivaient à des résultats non concluants et seulement 11 d'entre elles furent publiées en insistant sur le biais positif et que trois d'entre elles furent publiées en présentant les résultats comme non concluants. Pourtant, il y a déjà plusieurs années que des études ont établi que, parmi les recherches publiées dans les revues scientifiques, celles qui sont financées par les compagnies pharmaceutiques ont plus de chances d'arriver à des résultats favorables. Les autres auraient beaucoup moins de visibilité, voire aucune.

Turner *et al.* (2008) soulèvent d'autres problématiques avec leur article. Les médecins qui, eux, auront la responsabilité de prescrire ou non un antidépresseur doivent s'en tenir à l'information qu'ils ont à leur disposition, et cette information, c'est celle publiée par les revues scientifiques. La majorité n'ont pas le temps de faire une recherche approfondie pour savoir si cette information est biaisée et si oui, à quel point.

Turner explique qu'en ce sens, il ne faut pas que le patient soit en colère ou découragé si l'antidépresseur ne fonctionne pas la première fois, et ne pas en déduire qu'il est le responsable des résultats non escomptés (Begley, 2008). Enfin, depuis 2004, les plus importantes revues scientifiques exigent que les résultats de tous les essais cliniques soient déposés dans une base de données publique, sans quoi ces revues ne publieront pas la recherche qui leur est soumise. En plus, tout chercheur soumettant une recherche pour publication doit dorénavant déclarer ses sources de financement. Des pressions s'exercent aussi sur les gouvernements. En 2007, le Congrès américain a voté une loi qui élargit la définition du type d'essai clinique et du type d'information qui doit désormais être rendu public par une compagnie pharmaceutique souhaitant que son médicament soit commercialisé.

Quant à Healy (1997), il décrit une situation inquiétante : la surconsommation des antidépresseurs. Ce phénomène serait la conséquence de l'action continue du lobby de

l'industrie pharmaceutique sur les médecins et les gouvernements. Il remet même en doute l'efficacité de la fluoxétine en allant jusqu'à se demander si son action serait contraire aux résultats attendus et qu'en ce sens, cette molécule pourrait peut-être pousser les gens souffrant de dépression au suicide en les désinhibant trop rapidement et trop fortement.

Comme nous l'avons vu, des positions radicalement opposées sont présentes dans la littérature, tout comme des positions beaucoup plus nuancées chez différents experts de la maladie mentale. Nous pourrions ainsi continuer à rapporter les idées de plusieurs penseurs, mais le but de cet exposé était davantage de démontrer qu'il existe une gamme d'opinions très diverses à propos de l'efficacité des antidépresseurs. Voyons ce qu'il en est des délais d'action des antidépresseurs.

### 1.5.3 Délai d'action des antidépresseurs

Les plus courts délais d'action des antidépresseurs varient entre deux et quatre semaines. On peut noter, à ce moment, une amélioration du sommeil et de l'anxiété. Cependant, les délais d'action les plus fréquents tournent autour de quatre et six semaines, pour toutes classes d'antidépresseurs confondues. Il est à noter que les délais d'action ne sont pas améliorés par l'administration intraveineuse du médicament, mais qu'ils peuvent l'être lorsque la posologie est administrée d'une manière plus rapide et plus efficace. Par ailleurs, l'amitriptyline (tricyclique) serait l'antidépresseur possédant le délai d'action le plus rapide en instaurant un effet sédatif (Escande, Gentil et Frexinis, 1995).

Toutefois, comme le spécifient Allain *et al.*, (1995), un paradoxe n'est pas résolu quant à l'utilisation des antidépresseurs : en pharmacodynamique, toutes les molécules se révèlent actives dans des délais extrêmement rapides (modèles animaux de dépression, neurochimie), alors qu'en clinique humaine, le délai d'action est largement plus long (15 jours en moyenne). Plusieurs explications sont proposées pour comprendre cette différence. On croit notamment à des différences de complexité dans les synapses, dans la transduction et dans la cognition humaine. Il n'en reste pas moins que les cliniciens sont confrontés à des temps de

réaction lents chez les patients consommant des antidépresseurs comparativement à d'autres psychotropes, tels les hypnotiques.

Suivant cet état de faits, Peretti (1999) insiste sur la nécessité de disposer d'antidépresseurs à action plus rapide dans le futur. Cette exigence est motivée par un besoin de réduire le risque suicidaire, la souffrance des patients et les coûts associés à la maladie. En effet, le raccourcissement du délai d'action des antidépresseurs permettrait d'augmenter la perception du malade de l'effet bénéfique du traitement, avec comme conséquence une augmentation de l'observance du traitement.

#### 1.5.4 Optimisation du traitement par antidépresseurs

L'augmentation de la posologie dans le cas de dépression résistante permet-elle une amélioration symptomatique? Selon Curruble et Guelfi (1999), la réponse dépend des antidépresseurs consommés. Les imipraminiques permettent de meilleurs résultats lors de leur augmentation, tandis que les ISRS affichent plutôt des conséquences néfastes et ne sont pas conseillés.

Toutefois, la norme clinique veut qu'en l'absence de réponse clinique significative (moins de 20 % de réduction des scores de dépression), le praticien optimise en premier lieu l'antidépresseur en augmentant la dose jusqu'à la limite de la tolérance, voire en associant le lithium ou la triiodothyronine. Si la réponse clinique tarde, il est alors conseillé de changer d'antidépresseur en privilégiant un mécanisme d'action différent. Si, en troisième instance, il y a pas de réponse clinique assez significative, le praticien peut envisager d'associer deux antidépresseurs : des ISRS et des tricycliques. En tout dernier lieu, l'association avec un IMAO peut alors s'avérer nécessaire (Kennedy *et al.*, 2001).

Il faut tout de même mentionner que la monothérapie est souvent préférable. En effet, les arguments à propos de l'association de plusieurs antidépresseurs sont contradictoires et il existe peu d'études s'étant penchées sur les impacts biologiques éventuels (Trémine, 1995; Eiber et Escande, 1999). De plus, Trémine (1995) met en garde contre l'association de deux

antidépresseurs, qui ne doit pas être une possibilité à laquelle un thérapeute désespéré se rabat, situation qu'il a trop souvent constatée.

#### 1.5.5 Antidépresseurs et cognition

La connaissance des effets des antidépresseurs sur la cognition se révèle primordiale pour s'assurer de l'efficacité d'un traitement. Toutefois, comme le rappelle Porter *et al.* (2003), il faut s'assurer de ne pas confondre les effets de la dépression sur la cognition et les effets des antidépresseurs. En effet, de nombreuses recherches ont déjà affirmé la présence des déficits mnésiques et des troubles des fonctions exécutives dans la dépression (Fossati *et al.*, 2002). Les prochains paragraphes examinent les différents effets.

D'abord, les tricycliques auraient pour la plupart des effets sédatifs. Ils pourraient en effet abaisser le seuil d'attention et de vigilance chez les patients qui en consomment (Allain *et al.*, 1995). Par exemple, l'imipramine peut entraîner des effets sédatifs sur le plan de l'éveil, ainsi qu'au niveau mnésique et moteur. L'amitriptyline pourrait quant à elle produire une baisse des capacités de réflexion. De plus, la miansérine produirait un abaissement de la vigilance, notamment pour la conduite automobile. Cependant, il est difficile d'évaluer des conséquences généralisables des antidépresseurs, si ce n'est de la sédation, car trop de variables interfèrent lors des évaluations, notamment la posologie, la comorbidité et l'âge. (Amado-Boccaro *et al.*, 1994).

Pourtant, les sérotoninergiques, reconnus comme des antidépresseurs plus stimulants que sédatifs, présenteraient dans certains cas des effets bénéfiques sur la cognition (Allain *et al.*, 1995). Par exemple, la paroxétine et la sertraline augmenteraient le seuil de réactivité et permettraient un plus grand éveil. Par contre, une trop grande augmentation de la réactivité pourrait s'avérer dangereuse pour la conduite automobile. Pour les autres antidépresseurs de type sérotoninergique, aucun impact sur la cognition n'a émergé (Amado-Boccaro *et al.*, 1994; Danion, 1993). De même, selon une étude de Ramaekers, Swijgman et O'Hanlon (1992), aucun impact ne semble transparaître sur la cognition avec les IMAO.

Pour conclure, Amado-Boccaro *et al.* (1994) indiquent que, en prise unique, les principales altérations du fonctionnement cognitif sont provoquées par des antidépresseurs à forte composante anticholinergique ou à effet sédatif marqué. Il faut donc redoubler de prudence chez le sujet âgé, d'autant plus que son fonctionnement cognitif antérieur peut être précaire. Ils ajoutent ensuite que, en prise à long terme, les sujets dépressifs voient toujours leur fonctionnement cognitif se normaliser avec l'amélioration thymique. Enfin, ils concluent que l'alcool potentialise l'effet des antidépresseurs sédatifs, mais qu'il ne semble pas provoquer de majoration des effets négatifs pour les autres molécules antidépressives.

#### 1.5.6 Effets secondaires des antidépresseurs

À ce jour, aucune recherche contrôlée par placebo et portant sur différents antidépresseurs ne compare leurs effets secondaires et indésirables. Les comparaisons s'effectuent la plupart du temps selon des essais cliniques ayant rapportés les effets indésirables des médicaments. Ces études n'ont pas toutes la même méthodologie concernant les signalements des effets indésirables, ce qui rend leur synthèse compliquée (Vanderkooy, Kennedy et Bagby, 2002; Kennedy *et al.*, 2001). Malgré cette difficulté, des grandes lignes peuvent être statuées.

D'abord, les tricycliques seraient souvent responsables d'effets non désirés d'ordre anticholinergique et cardiovasculaire, généralement chez les personnes âgées, tandis que les ISRS et les antidépresseurs de nouvelles générations provoquent le plus souvent des effets indésirables d'ordre gastro-intestinal et, plus rarement, de quelques autres natures. Plus récemment, le monde scientifique a réalisé que les effets secondaires sur la libido et le gain de poids durant la prise d'antidépresseurs de nouvelles générations avaient été sous-évalués et sous-déclarés (Kennedy *et al.*, 2001).

Pour faire suite à cette prise de conscience récente, ce paragraphe examine plus spécifiquement les effets secondaires des antidépresseurs, en rappelant leurs noms commerciaux, selon le pourcentage de patients consommateurs qui expérimentent des effets indésirables. D'abord, plus de 30 % des patients consommant de l'amitriptyline (*Elavil*®), de

la doxépine (*Anapin*®/ *Sinequan*®) ou de la trimipramine (*Surmontil*®), tous des tricycliques, éprouveraient de la somnolence et, spécifiquement lors de la prise d'imipramine (*Tofranil*®) et de clomipramine (*Anafranil*®), un dysfonctionnement au niveau sexuel. Ensuite, la xérostomie<sup>9</sup> serait une conséquence anticholinergique de presque tous les tricycliques chez plus de 10 % des patients, et, dans certains cas, jusqu'à 30 % des patients, lors de la prise d'amitriptyline, de doxépine, de clomipramine, d'imipramine, d'amoxapine (*Defanyl*®) et de maprotiline (*Ludiomil*®). Plus de 10 % des patients majoritairement consommateurs de tricycliques éprouveraient de l'asthénie, de la fatigue, une vision trouble, de la constipation, de la transpiration abondante, des tremblements, de l'hypotension orthostatique, des étourdissements, un gain de poids (plus de 6 kg) et posséderaient de surcroît des anomalies lors d'électrocardiogrammes (Kennedy *et al.*, 2001).

En ce qui a trait aux antidépresseurs de nouvelles générations, la dysfonction sexuelle est rapportée chez plus de 30 % des patients qui en consomment. Plus précisément, cet effet apparaît lors de la prise de fluoxétine (*Prozac*®), de fluvoxamine (*Luvox*®), de paroxétine (*Deroxat*®/*Paxil*®), de sertraline (*Zoloft*®) et de venlafaxine (*Effexor*®) (Kennedy *et al.*, 2001).

On rapporte même qu'il y aurait des éjaculation retardées chez près de 60 % des patients masculins consommant de la paroxétine, ainsi que chez près de 43 % pour ceux prenant de la venlafaxine (Vanderkooy, Kennedy et Bagby, 2002). Pour remédier à ces effets secondaires indésirables, Chebili *et al.* (1998) mentionnent que la viloxazine (*Vivalan*®) et la moclobémide (*Moclamine/Mannerix/Auroxix*®) sont, au contraire, des antidépresseurs augmentant la libido et que, par conséquent, il est envisageable de les co-prescrire. Cette propriété serait également présente chez le bupropion, selon une étude récente de Clayton *et al.* (2004). En plus, toujours selon Chebili *et al.* (1998), certains agents correcteurs de ces effets, par exemple, la yohimbine et la cyproheptadine (*Periactine*®), pourraient être co-prescrits.

De plus, il faut noter qu'entre 10 % à 30 % des patients consommant des

---

<sup>9</sup> Le terme xérostomie signifie une sécheresse excessive de la bouche due à une fabrication insuffisante de salive.

antidépresseurs de nouvelles générations vont ressentir des effets indésirables comme de la somnolence, de l'insomnie, des céphalées, de l'asthénie, de la fatigue, de la xérostomie, de la constipation, des tremblements, de l'hypotension orthostatique, des étourdissements ou des malaises gastro-intestinaux. De surcroît, lors de la prise de mirtazapine (*Remeron®/Norset®*), plus de 30 % des patients subiront une prise de poids considérable, c'est-à-dire plus de 6 kg (Kennedy *et al.*, 2001).

L'importance de connaître les effets secondaires tient du fait que ceux-ci provoquent souvent l'abandon du traitement chez les patients en souffrant, d'où l'intérêt des praticiens de bien les évaluer pour éventuellement changer le traitement si les bénéfices sont moins élevés que les inconvénients du point de vue du patient. À ce sujet, il existe une légère différence entre les ISRS, qui comportent moins d'effets secondaires, et les tricycliques, ce qui porte les cliniciens à les préférer et à les prescrire davantage (Kennedy *et al.*, 2001).

Par ailleurs, certaines études rapportent une corrélation positive entre la consommation d'antidépresseurs tricycliques et le cancer du sein. Toutefois, comme le spécifie Kurdyak, Gnam et Streiner (2002), aucun lien de causalité ne peut être établi avec certitude pour l'instant. Afin de déterminer si les tricycliques sont bel et bien un facteur de risque pour le cancer du sein, les auteurs proposent une investigation plus approfondie.

Il faut ajouter que lors de la prise d'antidépresseurs à long terme (plus de 2 ans), des effets secondaires peuvent s'ajouter à ceux déjà mentionnés. Des recherches portant sur l'ensemble des antidépresseurs ont conclu qu'il existe effectivement des risques de modifications du sommeil et peut-être de différents rythmes biologiques, ce qui corrobore les données apportées par Amado-Boccaro *et al.* en 1994. Enfin, une stimulation de l'appétit avec un risque de prise de poids considérable et une diminution de la libido et des fonctions sexuelles sont notées comme effets chez les patients consommateurs d'antidépresseurs à long terme.

Sur ce point, la prolongation à long terme des antidépresseurs pourrait aussi modifier différentes dimensions psychocomportementales, telles l'inhibition et l'impulsivité. Ces

modifications pourraient potentiellement exercer une influence sur l'idéation et le risque suicidaire. À long terme, les antidépresseurs pourraient aussi créer des effets délétères sur la mémoire et les fonctions cognitives, ce qui appuie les propos d'Armitage (2000), ainsi qu'inverser l'humeur en induisant des épisodes maniaques. Enfin, les antidépresseurs au long cours modifient les fonctions hépatiques et peuvent provoquer un changement des données pharmacogénétiques (Sechter, 1995).

Cela étant dit, la prise d'antidépresseurs est encouragée durant les phases d'entretien durant au moins deux ans et ce, surtout lorsque le patient est une personne âgée qui possède des caractéristiques psychotiques, qui a vécu des épisodes chroniques antérieurement, des épisodes difficiles fréquents ou encore des épisodes graves. Pendant ces phases d'entretien, la posologie est la même que durant la phase initiale du traitement (Kennedy *et al.*, 2001).

En fait, l'antidépresseur idéal posséderait un délai d'action court, une efficacité pratique à brève échéance comme au long cours, une vaste fourchette posologique thérapeutique et un très faible potentiel d'interaction médicamenteuse. Il serait également sécuritaire en surdose, ne provoquerait pas de pharmacodépendance, ferait preuve d'un bon rapport prix-efficacité et serait facile à utiliser (Kennedy *et al.*, 2001).

Pour conclure, les effets secondaires rapportés dans cette section ne se sont pas représentatifs de tous les effets potentiels que peuvent entraîner les antidépresseurs. Afin d'en donner un aperçu, nous avons choisi de prendre la notice de l'antidépresseur ayant été le plus vendu dans le monde. Ainsi, l'appendice C présente tous les effets indésirables possibles que peut provoquer le Prozac® (fluoxétine), ainsi que toutes les informations inscrites sur la notice d'utilisation, selon la compagnie pharmaceutique qui le produit : *Eli Lilly*. Il est à noter que l'avertissement des compagnies pharmaceutiques à propos des effets indésirables de leurs antidépresseurs réfère à tous les effets déjà observés. Ce qui ne veut en aucun cas dire que ces effets sont répandus et fréquents.

### 1.5.7 Risque suicidaire lors de la prise d'antidépresseurs

La prescription d'antidépresseur a pour objectif principal de remédier aux symptômes dépressifs et, ainsi, de prévenir le risque suicidaire. Toutefois, les surdoses d'antidépresseurs peuvent entraîner la mort, d'où l'importance du clinicien de bien évaluer le risque suicidaire et ainsi de ne pas prescrire une grande quantité de médicaments si ce risque est élevé, avertissent Kennedy *et al.* (2001).

Paradoxalement, certains se demandent si les antidépresseurs pourraient au contraire faire augmenter le risque suicidaire chez l'adulte, c'est-à-dire lever les inhibitions à un point tel que le patient suicidaire pourrait passer plus facilement à l'acte. Ces psychotropes peuvent-ils induire des pensées de mort aux malades? L'actualité scientifique a vu naître plusieurs de ces interrogations dans les dernières années (Coignard, 2004). Les prochains paragraphes s'affairent à répertorier les réponses de certains auteurs.

Habituellement, les antidépresseurs sont considérés efficaces pour éviter les risques suicidaires. Ainsi, plusieurs auteurs s'entendent pour affirmer qu'il est préférable de maintenir le traitement et ce, même après que les idéations suicidaires semblent écartées chez le sujet. Ce cas s'avère d'autant plus vrai avec des ISRS, car, selon une recherche effectuée par Khan *et al.* (2003), il s'agit de molécules dont la prise ne semble pas être associée à un taux de suicide plus élevé. Fait notable, certaines études rapportent même que le risque suicidaire se multiplie par cinq lorsqu'il y a arrêt des antidépresseurs chez un sujets dépressif (Yerevanian *et al.*, 2004).

Cependant, il faut se méfier de la combinaison de plusieurs antidépresseurs, et surtout de l'association d'ISRS avec des tricycliques. En effet, en Angleterre, 93 % des suicides survenus suite à l'intoxication d'antidépresseurs seraient associés à la prise d'autres médicaments, dont, dans près de 25 % des cas, des tricycliques (Cheeta *et al.*, 2004).

De plus, toujours en Angleterre, dans 80 % des intoxications mortelles par antidépresseurs, les tricycliques seraient consommés seuls ou en combinaison avec d'autres

substances, par exemple l'alcool. Par contre, il faut noter que ce taux de suicide avec prise de tricyclique est très bas, c'est-à-dire 12 pour chaque million de prescriptions, et qu'en ce sens, il faut relativiser les pourcentages obtenus pour se faire une idée plus juste de la situation réelle (Cheeta *et al.*, 2004).

D'autres chiffres renseignent sur les risques suicidaires potentiels des consommateurs d'antidépresseurs. Entre autres, aux États-Unis, de 1985 à 1999, le taux de suicide a diminué de 13,5 % avec une baisse remarquablement plus grande chez les femmes. Durant cette même période, la prescription d'antidépresseurs s'est multipliée par quatre, phénomène particulièrement attribuable à l'arrivée des ISRS. Selon Grunebaum *et al.*, (2004), ces deux événements, c'est-à-dire l'augmentation des prescriptions d'antidépresseurs et l'arrivée sur le marché des ISRS, seraient interdépendants. Ainsi, ces auteurs concluent que le taux diminué de suicides dans la population serait probablement dû à l'augmentation du nombre de prescriptions.

Cependant, l'opinion d'autres auteurs diffère totalement. En effet, ils voient dans les antidépresseurs une possibilité d'augmentation du risque suicidaire (Healy, 2004). La FDA a même publié un communiqué le 22 mars 2004 pour mentionner au public que différentes compagnies pharmaceutiques se sont vues imposer l'inclusion d'un avertissement supplémentaire sur les notices de leurs récipients d'antidépresseurs. Ces notices devaient concerner l'émergence potentielle de comportements suicidaires lors de la consommation d'antidépresseurs (*U.S. Food and Drugs Administration*, 2004).

Selon Culpepper *et al.* (2004), les antidépresseurs auraient une action potentielle de provocation de différents symptômes non spécifiques à la dépression qui engendreraient un plus grand risque suicidaire. Cette dernière donnée met l'accent sur l'importance d'être encore plus alerte dans les prescriptions d'antidépresseurs lorsque le sujet dépressif possède un autre trouble comorbide. Les symptômes qui devraient alarmer le clinicien sont l'anxiété, l'agitation, l'akathisie, les attaques de paniques, l'insomnie, l'irritabilité, l'hostilité, l'impulsivité, l'hypomanie et la manie. Enfin, le lien entre les antidépresseurs et le suicide doit être éclairci davantage. Oquendo *et al.* (2002) proposent qu'on effectue d'autres études

sur ce sujet controversé qui pourrait toutefois rapidement tourner en une polémique néfaste pour la population générale.

#### 1.5.8 Enfants, adolescents et antidépresseurs

Il semble maintenant certain que les antidépresseurs augmentent le risque suicidaire chez les enfants et les adolescents et ce, possiblement à cause d'une plus forte désinhibition. Le praticien doit donc être très prudent lorsqu'il prescrit des antidépresseurs chez les jeunes sujets. D'ailleurs, en 2003, la FDA insistait sur la dangerosité de certains antidépresseurs, notamment de la paroxétine, dont elle déconseillait l'usage, en juin 2003, chez les enfants et les adolescents (Culpepper *et al.*, 2004).

La *Medicines and Healthcare products Regulatory Agency* (MHRA) du Royaume-Uni est quant à elle plus sévère. En septembre 2003, elle avise les intéressés de ne pas utiliser la plupart des ISRS et certains antidépresseurs de nouvelles générations chez les enfants, exception faite de la fluoxétine. Parmi ces antidépresseurs, on dénote la paroxétine, la venlafaxine, la sertraline, le citalopram, l'escitalopram, ainsi que la fluvoxamine, tous des produits qui augmenteraient le risque suicidaire (Culpepper *et al.*, 2004). Hjalmarsson, Corcos et Jeammet (2005) annoncent à la suite de leur étude que le risque suicidaire serait plus élevé que les bénéfices que peuvent apporter certains traitements antidépresseurs et que de plus vastes recherches à ce sujet sont nécessaires pour amener des conclusions fiables.

Jusqu'à maintenant, les rares analyses *post mortem* à avoir eu lieu révèlent rarement des traces d'antidépresseurs dans le sang des enfants et des adolescents s'étant enlevés la vie (Leon, 2004). Malgré la recommandation de ne pas utiliser du citalopram au Royaume-Uni, d'autres études faites simultanément aux États-Unis, dont celle de Wagner *et al.* (2004), rapportent que cet antidépresseur est efficace et conseillent son utilisation chez les adolescents. Vraisemblablement, il existe de grandes questions à éclaircir dans l'utilisation des antidépresseurs et de leurs impacts chez les enfants et les adolescents.

Indéniablement, un problème fondamental subsiste quant à la consommation

d'antidépresseurs chez les enfants et les adolescents. Comme le rappelle le *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder* de l'*American Psychiatric Association* en 2000, l'extrapolation de la médication adaptée pour adultes aux enfants et aux adolescents est difficilement possible, car la morphologie, le métabolisme et les fluctuations émotionnelles sont très différents. Ces divergences chez les sujets ont pour conséquence de rendre le traitement parfois inefficace chez les enfants et les adolescents ou, dans certains cas, de le rendre dangereux.

D'ailleurs, Bouvard rapportait déjà cette problématique en 1994. Il semble que la situation ait peu évolué et que des antidépresseurs adaptés aux caractéristiques particulières des enfants et des adolescents n'existent malheureusement pas encore. En plus, Bouvard soulignait alors le manque d'instruments de mesure spécifiques à ce groupe d'âge. Selon lui, l'adaptation pour l'enfant des instruments utilisés dans le traitement de l'adulte est injustifiée pour deux raisons : (1) les différences extrinsèques importantes dues aux changements des systèmes biologiques chez l'enfant et notamment des récepteurs sérotoninergiques, noradrénergiques et (2) les différences extrinsèques importantes dues aux différences symptomatiques (Purper-Ouakil, Michel et Mouren-Siméoni, 2002).

Justement, à ce sujet, la modification des critères du DSM-IV pour la dépression préscolaire chez l'enfant semble n'avoir répondu que partiellement à ce besoin de mieux distinguer les différences symptomatiques chez celui-ci (Luby *et al.*, 2003). Malgré une certaine évolution, la prudence est donc encore une fois de mise lors du diagnostic de dépression chez l'enfant et chez l'adolescent, ainsi que lors de l'utilisation d'antidépresseurs chez ces mêmes groupes d'âge, d'autant plus que les effets secondaires sont ressentis beaucoup plus fortement (Purper-Ouakil, Michel et Mouren-Siméoni, 2002).

Il faut aussi noter que la psychothérapie reste le traitement de première ligne de la dépression, car elle s'adapte mieux que les autres thérapies aux changements psychophysiologiques de l'enfant et de l'adolescent. Alors, les antidépresseurs ne devraient pas être prescrits chez ces groupes avant d'avoir tenté une psychothérapie et d'en constater l'échec. En plus, si le praticien décide de prescrire un antidépresseur chez un sujet

appartenant à ce groupe d'âge, il devrait toujours expliquer comment la molécule chimiothérapeutique fonctionne et quels sont ses effets (Hjalmarsson, Corcos et Jeammet, 2005).

Aujourd'hui, le médicament le plus adapté aux enfants et aux adolescents semble être la fluoxétine, dont l'usage chez l'enfant à partir de 6 ans a été autorisé par la FDA en 2003. Cette molécule est l'ISRS qui a été le plus étudié chez les enfants et les adolescents. Les recherches ont notamment démontré qu'elle était bien tolérée chez plus de 90 % des patients de cette catégorie d'âge. De plus, il semblerait que l'efficacité antidépressive apparaisse pour des doses inférieures à celles prescrites normalement chez l'adulte (Lauth, 2004).

Dans un autre ordre d'idées, une étude de Simon, Cunningham et Davis (2002) s'est penchée sur les conséquences de la consommation d'antidépresseurs (tricycliques et ISRS) sur le fœtus lors de la grossesse. Les résultats indiquent que ce type de traitement n'entraîne pas de malformation pour l'enfant ou de retard de développement. Cependant, une corrélation existe entre le traitement par antidépresseurs pris lors de la grossesse et le poids peu élevé du bébé à la naissance, ainsi que la naissance prématurée. Il faut toutefois faire preuve de prudence et noter que ces corrélations ne déterminent pas le lien de causalité entre la dépression et ces résultats, entre les antidépresseurs et ces résultats ou entre d'autres variables et ces résultats.

D'ailleurs, à ce sujet, une recherche de Hendrick *et al.* (2003) a analysé la concentration des molécules antidépressives de nouvelle génération et leurs métabolites dans des cordons ombilicaux. Les résultats ont démontré que les concentrations trouvées dans les cordons étaient infiniment moins élevées que dans l'organisme de la mère. Ce qui laisse prétendre que les antidépresseurs ont des effets limités chez le fœtus.

De plus, une autre étude de Berle *et al.* (2004) a analysé les concentrations d'antidépresseurs dans le lait maternel pour déterminer si l'allaitement lors de la prise de ce type de traitement pouvait affecter le nourrisson. Les chercheurs rapportent que les taux sont très bas, voire indétectables. Ce qui laisse envisager que l'allaitement lors de la prise

d'antidépresseurs ne provoque pas d'impacts physiologiques dangereux pour le nourrisson.

Finalement, une certitude règne parmi ces questionnements : la psychothérapie reste la meilleure solution pour le traitement des enfants et des adolescents, qu'elle soit associée ou non avec un antidépresseur. Ceci étant dit, il faudra attendre de nouvelles études pour mieux évaluer la dynamique des antidépresseurs chez les populations en bas âges. Toutefois, jusqu'à maintenant, force est de constater que le nombre de prescriptions d'antidépresseurs est en constante augmentation chez les enfants et les adolescents depuis l'arrivée des ISRS, tout comme les autres psychotropes. Par exemple, cette augmentation représentait plus de 200 % entre 1987 et 1996 aux États-Unis (Lauth, 2004).

#### 1.5.9 Réponse idiosyncrasique et antidépresseur

Comme démontré précédemment, les actions des antidépresseurs varient selon leur délai d'action, leurs associations, les posologies, l'âge, le sexe, etc. En dépit de telles explications contextuelles, il existe une cause plus générale de ces variations chez les patients. En fait, les antidépresseurs agiraient différemment chez les sujets, car les taux de neurotransmetteurs et le nombre de récepteurs neurologiques diffèrent d'une personne à l'autre. Physiologiquement, on ne peut donc pas s'attendre à des réponses similaires chez tous les malades et la posologie doit être constamment adaptée (Murphy Jr. *et al.*, 2003).

#### 1.5.10 Association des antidépresseurs et des anxiolytiques

Rappelons d'abord que près de 50 % des personnes souffrant de TDM répondent aussi aux critères diagnostiques de trouble de l'anxiété, comme il a précédemment été spécifié (Kaufman et Charney, 2000; Regier *et al.*, 1998). Il n'est donc pas étonnant que la coprescription d'antidépresseurs et d'anxiolytiques soit monnaie courante, le but étant bien entendu de soulager rapidement le malade de son anxiété. Cependant, ce type de pratique va à l'encontre des guides de recommandations du traitement de la dépression, tel que celui publié par l'*American Psychiatric Association* (Valenstein *et al.*, 2004; Hantouche, Lancrenon et Chignon, 1995).

En fait, comme le rapportent des études expérimentales effectuées sur des animaux, les benzodiazépines provoqueraient un effet opposé aux antidépresseurs en agissant sur l'impulsivité. Les anxiolytiques entraîneraient un effet désinhibiteur avec une induction à la capacité d'attendre, provoquant ainsi plus facilement des passages à l'acte (Hantouche, Lancrenon et Chignon, 1995).

De plus, selon l'échelle de sensibilité du dyscontrôle aux effets des traitements antidépresseurs, les anxiolytiques causeraient une moins grande sensibilité physiologique et comportementale aux antidépresseurs. Ces résultats sont aussi visibles lors de l'utilisation de la passation de la *Montgomery and Asberg Rating Scale* (MADRS) sur des sujets dépressifs consommant des antidépresseurs et des anxiolytiques simultanément (Hantouche, Lancrenon et Chignon, 1995).

D'autres études encore ont prouvé que les antidépresseurs de nouvelles générations, notamment la paroxétine, agissent suffisamment sur les symptômes dépressifs et qu'en ce sens, l'association de ces derniers avec des benzodiazépines est superflue. Ainsi, en traitement de premier recours, on conseille la paroxétine, la moclobémide, la mirtazapine, la sertraline et la venlafaxine, tandis que l'amitriptyline, la fluvoxamine, l'imipramine et la trazodone sont plutôt recommandées pour le traitement de deuxième recours. Finalement, on recommande les benzodiazépines, surtout en traitement unique, dans le cas d'un trouble comorbide à cheval entre la dépression et l'anxiété (Kennedy et al., 2001).

#### 1.5.11 Effet placebo et traitement antidépresseur

Dans un premier ordre d'idées, pour le traitement des maladies, la force de l'effet placebo n'est pas à négliger. Par exemple, lors d'une étude des sujets anxieux ont été parfaitement informés qu'ils prenaient tous un placebo et ce, depuis le début de l'étude. Malgré cela, plusieurs d'entre eux affichèrent des résultats surprenants. Par là, plus de la moitié des sujets ont vu leur symptomatologie s'améliorer d'environ 50 % avec une certitude que le traitement les avait aidés. Plus de 10 % des sujets présentèrent même des effets secondaires (Aulas et Rosner, 2003).

En effet, certains ressentirent des brûlures d'estomac, d'autres vécurent de la somnolence ou de l'insomnie, un effet de pesanteur ou des démangeaisons cutanées. Ces réactions ressenties les obligèrent par ailleurs à arrêter le traitement. On peut alors prédire que l'effet du placebo est encore plus significatif lorsque les patients ne savent pas que leur médicament est en fait une gélule de sucre (Aulas et Rosner, 2003).

Ainsi, pour mesurer l'effet placebo, des évaluations objectives sont mises en place. C'est par ces évaluations qu'on a su que le placebo faisait varier pour le mieux, chez plusieurs individus, l'acidité gastrique, le niveau lipoprotéinique dans le sérum, la pression artérielle, le taux de glucose sanguin et même le taux de cholestérol (Lachaux et Lemoine, 1988). On rapporte même que le placebo entraînerait des changements au sein des fonctions cérébrales (Leuchter *et al.*, 2002). Suivant ces résultats, la réelle efficacité de l'administration d'un placebo est évidente. Il est par ailleurs généralement admis que celle-ci soit d'environ 30 % (Lachaux et Lemoine, 1988).

Dans un autre ordre d'idées, la symbolique du prescripteur jouerait aussi un grand rôle dans l'impact du placebo chez le patient. Lachaux et Lemoine (1988) rapportent une étude où les patients répondaient plus favorablement au placebo (70 %) lorsque le médecin présentait le médicament comme nouveau et efficace que lorsque l'infirmier ou l'infirmière le faisait (25 %). Ceci suggère que le praticien qui promulgue le médicament a plus de chance de voir son patient répondre favorablement au traitement.

Plus précisément encore, en psychiatrie, avec des patients souffrant d'anxiété, des recherches ont démontré que lorsque le médecin est convaincant par rapport à l'efficacité d'un médicament, les résultats sont nettement supérieurs à ceux obtenus avec un placebo. En revanche, lorsque le médecin qui présente le médicament semble sceptique quant à son efficacité, les résultats sont semblables à ceux obtenus avec le placebo (Lachaux et Lemoine, 1988).

Toutefois, malgré un effet positif certain lors de l'administration d'un placebo pour différentes maladies, Cribier (2001) prévient qu'il ne faut pas surestimer cet effet dans la

dépression et qu'il faut rester prudent. Pour lui, il n'existe que de faibles améliorations, souvent non significatives, lors de l'administration d'un placebo dans la dépression. En ce sens, il conclut que la prescription d'un placebo pour le traitement de la dépression est inutile.

Ceci étant dit, il y a quand même un effet placebo surajouté aux antidépresseurs et il ne faut pas en négliger l'importance. Cet effet se manifeste souvent lors d'études contrôlées en double-aveugle d'un antidépresseur contre un placebo. Notamment, l'étude de Schneider *et al.* (2003) présente des résultats témoignant d'une différence significative en faveur de la sertraline, lorsqu'elle est comparée avec un placebo.

#### 1.5.12 Effets des antidépresseurs sur la personnalité

Jusqu'à maintenant, rien ne laisse présager que les antidépresseurs ont des effets sur la personnalité, mais encore faut-il savoir ce qu'on entend par personnalité. Pour des fins pratiques, ce travail se concentre sur la définition que Bélanger (2004) lui donne, à savoir :

«Essence, nature fondamentale de la personne humaine définissant ce qui est normal et anormal, naturel et artificiel. Apparence à soi-même et aux autres; l'image présentée (belle personnalité, etc.). Identité psychologique qui est unique à l'individu et spécifique à un individu particulier, qui le distingue des autres individus. Caractéristiques qui sont stables, durables d'un individu à travers le temps et les situations. Mode de fonctionnement qui est typique, habituel d'une personne.»

Les résultats présentés dans la littérature, notamment ceux de l'étude de Hellerstein *et al.* (2000), confirment que les antidépresseurs ont un impact sur la personnalité des individus souffrant de dépression. Toutefois, ils ne modifieraient pas la personnalité originelle. Il semblerait, au contraire, que les antidépresseurs aient une action bénéfique en permettant à la personnalité présente avant la dépression d'émerger. Autrement dit, la dépression masquerait les traits de personnalité par son lot de symptômes, et les antidépresseurs, en apaisant ces symptômes, permettraient d'aider la personnalité à refaire surface.

### 1.5.13 Dépendance aux antidépresseurs

Selon Guillem et Lépine (2003), les cas de dépendance physique aux antidépresseurs recensés dans la littérature sont rares. Ceux existant sont généralement en rapport avec la consommation de l'amineptine (*Survector*®) ou de la tranylcypromine (*Parnate*®) qui ont toutes deux des propriétés amphétaminergiques. Ainsi, ils potentialisent la libération et/ou inhibent la recapture de la dopamine, à l'instar de la cocaïne et des amphétamines. Les cas de dépendance physique seraient donc anecdotiques et la potentialité addictogène des antidépresseurs ne peut être retenue (Haddad, 1999).

De plus, les cas rapportés de toxicomanies aux antidépresseurs concernent presque uniquement des patients possédant des antécédents de dépendance aux drogues et à l'alcool, traités pour troubles de l'humeur et présentant des troubles de la personnalité. En ce sens, le rapport de dépendance physique entre un sujet et une molécule antidépressive pourrait relever d'une ancienne empreinte (Guillem et Lépine, 2003).

Par ailleurs, Lejoyeux (1995) élabore sur le concept de dépendance et fait comprendre que la question n'est pas si facile à résoudre. Pour lui, l'assuétude a longtemps été entendue comme un équivalent strict à la toxicomanie qui, elle, est caractérisée par l'existence d'une dépendance physique régulière et par l'envie irrépressible de consommer de manière répétitive une substance pourvue de propriétés psychoactives. Cependant, la nosologie américaine des assuétudes a mené à une évolution du terme, c'est-à-dire que maintenant, le diagnostic de dépendance peut être porté en l'absence de dépendance physique ou physiologique dans la perspective du DSM-IV. Le tableau 1.3 expose les critères du DSM-IV sur lesquels le praticien se base pour diagnostiquer une dépendance.

En considérant ces critères, Lejoyeux (1995) envisage la possibilité de décrire séparément les consommations excessives d'antidépresseurs et les syndromes de sevrage comme les preuves d'une dépendance. Ainsi, selon lui, tous les syndromes de sevrage seraient des cas potentiels du diagnostic de dépendance.

Par ailleurs, les symptômes observés lors de la cessation de la prise d'antidépresseurs tricycliques sont de l'anxiété, des symptômes digestifs et des symptômes somatiques généraux. Le patient peut par exemple souffrir de nausées, de douleurs abdominales, d'anorexie, de diarrhée, de malaises, de frissons, de sensations vertigineuses, de fatigue et de céphalées. Des troubles d'insomnie, des cauchemars, des sensations de rêver davantage, des rebonds de sommeil, des symptômes neurologiques, de la confusion mentale et des états maniaques ont aussi été rapportés (Mourad, Lejoyeux et Adès, 1998; Lejoyeux, 1995).

De plus, lors de l'arrêt des IMAO, les patients peuvent ressentir de l'anxiété, des états de panique, de la tachycardie, des sueurs, des tremblements, des sensations de chaud et de froid. De l'irritabilité, de la confusion, et des symptômes de délire ont aussi été rapportés (Tyner, 1984). Lors de la cessation d'absorption d'ISRS, ce sont plutôt des vertiges, de l'instabilité, des nausées, des vomissements, de la diarrhée, des douleurs abdominales, de l'insomnie et un syndrome pseudo-grippal qui ont été mentionnés par les patients (Mourad, Lejoyeux et Adès, 1998; Lejoyeux, 1995).

Toutefois, il existe des hypothèses étiopathogéniques pouvant expliquer le syndrome de sevrage aux antidépresseurs. Celles-ci englobent les systèmes cholinergique, sérotoninergique, dopaminergique ou noradrénergique. L'explication générale se justifie par l'hyperactivité cholinergique, car, après un blocage cholinergique prolongé, elle provoque l'augmentation du tonus et les contractions du tube digestif. Ceci entraîne, par exemple, l'apparition de diarrhées, de nausées, de vomissements et de douleurs abdominales (Mourad, Lejoyeux et Adès, 1998; Lejoyeux, 1995).

Finalement, le syndrome de sevrage des antidépresseurs apparaît indépendamment de toutes conduites attribuées à ces psychotropes. Ce fait ne permet pas de conclure que le syndrome de sevrage est une preuve de dépendance physiologique aux antidépresseurs, d'autant plus que la dépendance psychologique au produit peut elle aussi être forte. En fait, celle-ci peut être de l'ordre de l'attachement à la substance et peut provoquer chez certains patients une véritable aggravation des symptômes lorsqu'ils n'ont plus accès au traitement (Lejoyeux, 1995). Comme le mentionnent Lôo et Olié (1984), la véritable difficulté dans le

processus d'interruption de la prise de certains antidépresseurs, notamment les IMAO, est l'existence d'une dépendance psychique : les patients ne veulent pas faire le deuil de l'effet apaisant ou dynamisant des antidépresseurs.

**Tableau 1.3**  
Critères diagnostiques de la dépendance selon le DSM-IV

Critères
<p>Usage inadapté de substance produisant des complications cliniquement significatives, se manifestant par trois ou plus des éléments suivants présents à tout moment sur une période de 12 mois :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tolérance définie par l'un ou l'autre des critères ci-dessous :               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Besoin d'augmenter significativement les quantités de substance pour obtenir une intoxication ou l'effet recherché.</li> <li>b) Effet significativement diminué alors que la substance est consommée de manière continue en quantité stable.</li> </ol> </li> <li>2. Sevrage se manifestant par l'un ou l'autre des critères ci-dessous :               <ol style="list-style-type: none"> <li>c) Existence d'un syndrome de sevrage caractéristique.</li> <li>d) La substance est prise pour atténuer ou éviter les symptômes de sevrage.</li> </ol> </li> <li>3. Substance souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que ce que la personne avait envisagé.</li> <li>4. Désir persistant de la substance ou existence de plusieurs efforts infructueux pour en réduire ou contrôler l'utilisation</li> <li>5. Temps considérable passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou se remettre de ses effets.</li> <li>6. D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisir sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation du toxique</li> </ol>

#### 1.5.14 Observance dans le traitement antidépresseur

L'inobservance thérapeutique, répandue chez les personnes souffrant de dépression, est influencée par plusieurs variables. Selon une recherche effectuée par Gasquet *et al.*, (2001), plus du tiers des patients dépressifs ne suivraient pas les indications médicales données par le

praticien. Dans cette proportion, près de la moitié d'entre eux pratiquaient des interruptions de traitements pendant que l'autre moitié modifiait le traitement, soit en augmentant, soit en diminuant les doses prescrites.

L'interruption du traitement est plus fréquente dans les trois cas suivants : (1) lorsque les personnes ont un niveau d'étude plus élevé, (2) lorsque le médecin n'informe pas globalement le patient et (3) lorsque les informations connues du patient à propos des antidépresseurs lui sont parvenues par des sources non médicales. D'ailleurs, l'inobservance par modification de traitement est quant à elle plus fréquente chez la femme, quand le traitement est prescrit pendant plus de 6 mois ou quand le médecin n'informe pas l'entourage du patient (Gasquet *et al.*, 2001). En outre, l'observance thérapeutique est la plus difficile à obtenir lors de troubles dépressifs récurrents (Spadone, 2002).

L'inobservance du traitement a évidemment des effets néfastes sur l'évolution de l'état dépressif en cours et comporte un grand risque de rechute précoce et une probabilité de récurrence plus élevée. Donc, compte tenu de ces risques et de la proportion élevée d'inobservance du traitement antidépresseur, la recherche de l'adhérence au traitement devrait être au centre de l'entretien clinique et de la relation entre le médecin et le patient (Gasquet *et al.*, 2001).

Parallèlement, Pampallona *et al.* (2002), dans une étude portant sur l'observance des traitements par antidépresseurs, concluent qu'il est difficile d'évaluer les causes de l'inobservance thérapeutique chez les patients, car trop de variables entrent en ligne de compte. Cohen *et al.*, (2004) corroborent ces conclusions et ajoutent que la plupart des études utilisent des variables sociodémographiques pour déterminer l'observance au traitement, mais que ces dernières ne sont pourtant pas très explicatives.

Dans cet ordre d'idées, Cohen *et al.*, (2004) évaluent plutôt l'observance au traitement avec antidépresseur par une évaluation de la personnalité. Ils concluent que la personnalité apporte une prédiction de l'observance. Selon ces auteurs, l'extraversion serait une cause importante de l'inobservance, tandis qu'un trait de personnalité en rapport avec l'humilité ou

la modestie serait gage d'une meilleure observance. De plus, ils notent que la gravité de la dépression et les effets secondaires ne prédisent pas l'observance au traitement. Il est donc proposé, pour mieux appréhender l'observance au traitement, de mieux évaluer la personnalité du patient.

Spadone (2002) rapporte quant à lui que plusieurs interventions sont susceptibles d'améliorer l'observance chez les patients souffrant de dépression. Notamment, il indique que l'information concernant le traitement doit être largement fournie au patient et aussi complète que possible. Celle-ci doit porter sur les facteurs qui favorisent la dépression et sur la logique de la stratégie thérapeutique proposée. De même, Spadone (2002) ajoute que l'ensemble des disciplines médicales est confronté à des suivis médiocres des prescriptions médicales. Selon lui, une prescription sur deux est soit imparfaitement suivie, soit pas du tout. En plus, compte tenu que diverses caractéristiques spécifiques aux troubles dépressifs, mais aussi plus largement aux troubles psychiatriques, rendent l'observance thérapeutique encore plus précaire, les praticiens devraient se focaliser davantage sur un suivi attentionné des prescriptions et de leur respect thérapeutique.

Spadone (2002) continue son discours en précisant qu'un grand nombre de patients trouvent plausible l'idée qu'un traitement médicamenteux puisse corriger un état psychique pathologique. Toutefois, les psychotropes ne jouissent pas forcément d'une bonne réputation dans la population générale qui les associe souvent à une camisole chimique et qui reste convaincu qu'ils sont toxicomanogènes. Le recours aux psychotropes peut aussi être perçu par la population comme une faiblesse, une incapacité à se prendre à charge, de la paresse ou encore comme la possession d'une personnalité manquant de volonté et étant trop influençable.

Puis, il faut considérer la dépression réactionnelle qui jouerait elle aussi en défaveur de l'observance thérapeutique, car lorsque le patient en souffre, il pense souvent que la molécule est incapable de l'aider, puisque le problème provient de son environnement. De plus, comme le souligne Spadone (2002), l'auto-dépréciation impliquerait une volonté de ne pas être soigné plutôt que l'inverse. Ce qui représente un obstacle supplémentaire si la maladie du

patient se situe dans ce mécanisme morbide.

Le délai d'action relativement long des antidépresseurs aurait un rôle important à jouer dans l'inobservance du traitement. Le patient ne subissant au début que les effets secondaires sans ressentir d'amélioration peut se décourager plus rapidement et abandonner le traitement, et d'autant plus si ce traitement est comparé à un traitement tranquillisant qui agit en quelques minutes (Spadone, 2002).

Un autre facteur de l'inobservance d'un traitement qu'il faut considérer est le sentiment de contrainte journalière que peut vivre le patient pendant son traitement. Celui-ci peut entraîner chez le patient des interruptions du traitement pour retrouver une certaine sensation de liberté, pour ne plus se sentir obligatoirement attaché à la molécule et, ultimement, pour se sentir moins malade, c'est-à-dire pour se sentir plus autonome et moins dépendant. Dans certains cas, le patient peut même cesser le traitement pour vivre plus intensément les symptômes dépressifs (Spadone, 2002).

Cette réaction peut paraître incohérente en premier lieu, mais quelques patients éprouvent un certain réconfort dans leur maladie, et d'autres encore ont besoin de répondre à des pulsions masochistes. Ensuite, une autre explication tient du fait que certains patients ont besoin de valider la prise d'antidépresseurs en allant chercher confirmation dans leurs symptômes qui avaient, jusqu'à l'arrêt du traitement, été moins intenses, voire absents (Spadone, 2002).

Auparavant, les malades étaient tenus dans l'ignorance des soins, ce qui avait pour conséquence l'accroissement de l'effet placebo. Cependant, cette attitude n'est aujourd'hui plus viable. Les informations médicales sont omniprésentes dans la presse pour le grand public et la télévision, les émissions radiophoniques et les patients ont accès à différents magazines spécialisés en plus d'avoir la possibilité d'aller se renseigner sur des sites Internet d'associations ou simplement de compagnies pharmaceutiques, ce qui peut faire varier l'observance thérapeutique (Spadone, 2002).

Aujourd'hui, les patients ne veulent plus être considérés comme des simples sujets sur lesquels l'œuvre médicale s'exerce. Ils désirent être des partenaires de soins et être les premiers consultés à propos des stratégies thérapeutiques envisagées pour leur guérison. Il appartient donc aux psychiatres de relayer l'information aux médecins généralistes, dont le rôle est aussi très important dans le dépistement et le traitement des états dépressifs (Spadone, 2002).

#### 1.5.15 Médecine générale, dépression et antidépresseurs

On estime que dans environ 40 % des cas en France, la personne dépressive sera reçue en premier lieu par un médecin généraliste. Ce pourcentage serait similaire au Canada (Carrière *et al.*, 2004). Toutefois, il varie probablement d'un pays à l'autre, mais nous ne disposons pas de ces informations. Les médecins généralistes français estiment qu'environ le tiers de leur clientèle viennent consulter pour des troubles psychiatriques (Trojak, Bara et Milleret, 2004). Ce nombre serait toutefois en hausse, car on assiste présentement à une démythification importante de la psychiatrie qui amène les gens à davantage solliciter leur médecin (Trojak, Barra et Milleret, 2004). Notamment, on rapporte, toujours en France, que 60 % des personnes souffrant de dépression sont soignées par des médecins généralistes, 10 % par des psychiatres, 8 % par des psychologues et 13 % par d'autres spécialistes (Debreu et Catteau, 2003).

Les médecins généralistes ont donc un rôle primordial à jouer dans le traitement des maladies dépressives, car la plupart du temps, ils sont les premiers qui doivent déceler le trouble du patient et poser un diagnostic. Comme le dénotent Carrière *et al.* (2004), ces actions seront d'autant plus difficiles pour les généralistes lorsque le patient se plaindra de problèmes somatiques et qu'il n'aura pas vraiment pris conscience qu'il souffre de dépression (environ 40 % des sujets). Bien que l'utilisation des ISRS et des nouvelles générations d'antidépresseurs aient facilité la prise en charge des dépressifs en traitement ambulatoire, il existe un large fossé entre le nombre de malades atteints de troubles dépressifs et le nombre de patients véritablement traités par antidépresseurs (Carrière *et al.*, 2004). Toutefois, dans 90 % des cas, les médecins généralistes instaurent un diagnostic d'une manière intuitive

avant la mise en route d'un traitement antidépresseur.

Maintenant, un parallèle important est à faire entre ces dernières données et celles apportées par Debreu et Catteau (2003), qui ont observé pour leur part qu'il existe une surreprésentation des diagnostics d'épisodes majeurs dépressifs chez les médecins généralistes. D'ailleurs, leurs résultats affichent une surreprésentation des diagnostics des psychiatres, mais cette fois-ci, en ce qui a trait aux troubles bipolaires. Il est finalement intéressant de noter que les prises en charge des dépressions chroniques ne sont pas plus importantes chez les psychiatres que chez les médecins généralistes.

Par ailleurs, le nombre moins élevé de patients se présentant en première instance chez les psychiatres et le temps d'attente élevé nécessaire pour consulter un psychiatre expliqueraient pourquoi les psychiatres hospitaliseraient moins de premiers épisodes dépressifs que les médecins généralistes. Les psychiatres seront consultés la plupart du temps lors de complications psychiatriques difficilement gérables en médecine générale. (Debreu et Catteau, 2003).

De surcroît, les médecins généralistes démontrent des lacunes dans leurs connaissances des troubles psychiatriques (Thompson *et al.*, 2001) et dans leur prise en charge de la dépression (Bottero *et al.*, 2003). Trop souvent, en médecine générale, les praticiens prescriraient des antidépresseurs avec des posologies insuffisantes ou n'en prescriraient pas du tout lorsque le besoin se présente, ce qui complique la prise en charge, d'après Guillin (1998) et Dalery et Sechter (1994). Chez les psychiatres, il paraît y avoir un effet généralement inverse, c'est-à-dire que la plupart des personnes dépressives traitées vont recevoir des antidépresseurs en association avec des anxiolytiques et des hypnotiques (Debreu et Catteau, 2003).

Pour Haxaire, Bodénez et Richard (2006), les médecins généralistes sont amenés, à travers la fulgurante « propagation » de la dépression, de la souffrance psychique et du mal-être, à investir un domaine pour lequel ils ne possèdent pas de formation particulière préalable, soit celui de la santé mentale. Ils se constituent au fil du temps un savoir qui leur

est propre individuellement, qui relève de l'expérience, de l'empirisme et des histoires de vie de leurs patients. Pour Fleury (2008), il y a un manque de formation évident des médecins généralistes au Québec. « Dans la littérature, on nous dit que le médecin de famille éprouve généralement de la difficulté à détecter, diagnostiquer et traiter les problèmes de santé mentale. », rapporte-t-elle.

Pour l'instant, toujours au Québec, « Le Collège des médecins n'a pas de règlement de formation continue obligatoire tel que le permet le Codes des professions parce que la majorité des médecins s'obligent, dans le respect de [leur] Code de déontologie, à maintenir à jour leurs compétences (Collège des médecins du Québec, 2008). » Le Code de déontologie des médecins, quant à lui, traite de la formation continue à l'article 15 du chapitre deux ainsi : « Le médecin doit, dans la mesure de ses possibilités, aider au développement de la profession par le partage de ses connaissances et de son expérience, notamment avec ses confrères, les résidents et les étudiants en médecine, ainsi que par sa participation aux activités, cours et stages de formation continue et d'évaluation. » L'article 14 du même chapitre mentionne : « Le médecin doit favoriser les mesures d'éducation et d'information dans le domaine où il exerce. » Enfin, il existe le Conseil québécois de développement professionnel continu des médecins ayant pour mandat de dégager un consensus chez ses membres et de promouvoir la formation continue.

Il n'en reste pas moins que dans une étude menée par Pomerantz *et al.* (2004), on expose d'une manière inquiétante les pratiques trop courantes des médecins généralistes et des psychiatres qui pallient la dépression par des antidépresseurs, sans prendre le temps d'établir si une prise en charge complète serait plus bénéfique. Cette situation engendre des coûts élevés, car le traitement est insuffisant et, de ce fait, les rechutes sont nombreuses.

Cela étant dit, les facteurs qui motivent les médecins généralistes et les psychiatres à prescrire des antidépresseurs à un patient demeurent variés. Le facteur le plus important est la présence d'idées suicidaires dans le discours du sujet. Dans ces cas, les prescripteurs donneront des antidépresseurs 7 fois sur 10. Lorsqu'il y a présence d'un épisode dépressif, la probabilité qu'il y ait prescription d'antidépresseurs est de 50 %, propos que confirment

Carrière *et al.* (2004).

De plus, il appert qu'environ un patient sur trois souffrant de trouble panique ou de trouble obsessionnel-compulsif se voit offrir des antidépresseurs. Alors, d'autres éléments influent dans la décision du praticien de prescrire ou non des antidépresseurs et leur importance varie selon la spécialité dudit praticien.

Par exemple, chez les médecins généralistes, les antécédents psychiatriques du patient, la présence de tentatives de suicide antérieures et l'existence d'un deuil pour ce dernier seront significatifs pour prendre une décision en faveur du recours à un traitement par antidépresseurs. Plus généralement pour tous les médecins, ce sont ensuite la présence de désintérêt généralisé, la perte de goût envers des activités habituellement appréciées, la dévalorisation, le sentiment de culpabilité, et les troubles comorbides d'anxiété généralisée qui agiront davantage sur la décision du traitement (Carrière *et al.*, 2004).

Ensuite, chez les praticiens présentant une spécialisation plus grande à propos des troubles du sommeil, les prescriptions d'antidépresseurs seront plus nombreuses, contrairement aux médecins spécialisés dans les troubles alimentaires, par exemple, qui vont être moins portés à prescrire des antidépresseurs (Carrière *et al.*, 2004).

Par ailleurs, ce sont les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et les antidépresseurs de nouvelle génération qui seront les plus prescrits. Leur pourcentage de prescription (78%) est largement plus élevé que les tricycliques et les IMAO. L'association de deux antidépresseurs est toutefois peu fréquente, ayant lieu seulement chez 0,2 % des patients traités. Toutefois, la situation diffère en ce qui concerne l'association des antidépresseurs avec d'autres médicaments comme les anxiolytiques ou encore comme les hypnotiques : en effet, dans le premier cas, la situation se présente 80% du temps, et dans le second cas, elle se présente 35% du temps (Carrière *et al.*, 2004).

### 1.5.16 Recherches contrôlées et antidépresseurs

Les recherches contrôlées portant sur l'efficacité des antidépresseurs sont souvent effectuées en double aveugle. Généralement les résultats sont appuyés remarquablement sur le plan méthodologique. Cependant, les sujets qui sont sélectionnés doivent posséder des caractéristiques précises et ne sont pas toujours représentatifs de la population générale des patients consommant des antidépresseurs. Ce fait présente des problèmes dans le monde médical, telles que les réactions des patients suite à la consommation d'antidépresseurs qui, selon plusieurs articles scientifiques (Zimmerman, Chelminski et Posternak, 2004), peuvent varier d'une manière inattendue.

Ainsi, lors de méta-analyses effectuées regroupant des essais contrôlés sur les antidépresseurs, on a pris conscience qu'un sujet sur six avait été rejeté parce qu'il ne correspondait pas aux critères cliniques établis par les chercheurs. Ces sujets étaient pourtant représentatifs de la population de patients consommateurs d'antidépresseurs (Zimmerman, Chelminski et Posternak, 2004; Zimmerman, Mattia et Posternak, 2002).

De plus, ces mêmes sujets correspondaient déjà à des critères de présélection qui rejetaient une partie importante de la population générale de consommateurs d'antidépresseurs. Le profil clinique des sujets dans les études d'efficacité des antidépresseurs n'assure donc pas une généralisation fiable des résultats obtenus, puisqu'en bout de ligne, il ne représente qu'une petite partie de la population générale. Les méthodes de recrutement des sujets pour les tests de présélection seraient par ailleurs litigieuses et déficientes au niveau méthodologique (Zimmerman, Chelminski et Posternak, 2004; Zimmerman, Mattia et Posternak, 2002).

En ce qui a trait aux critères d'exclusion, dans la presque totalité des études, ils sont les mêmes. D'abord, la candidature du sujet à l'étude est rejetée lorsqu'il y a présence de comorbidité avec n'importe quel trouble anxieux, à l'exception des phobies spécifiques, et lorsque le sujet a reçu un diagnostic de trouble bipolaire. Ensuite, celui-ci ne doit pas souffrir d'anorexie ou de boulimie, ne doit pas afficher une personnalité d'état-limite (*borderline*) et

ne doit pas souffrir de symptômes psychotiques ou en avoir vécus (Zimmerman, Chelminski et Posternak, 2004). Le trouble dysthymique ou des problèmes présents ou passés d'abus d'alcool ou de drogue représentent des critères d'exclusion tout comme le suivi d'une psychothérapie au même moment (Zimmerman, Chelminski et Posternak, 2004).

Enfin, l'individu à l'étude doit être âgé entre 17 et 66 ans et la sévérité de ses symptômes ne doit pas dépasser l'item 17 sur l'échelle d'évaluation de la dépression de Hamilton (HRSD). De plus, la durée de l'épisode dépressif doit être inférieure à 2 ans. Toutefois, les troubles somatoformes, ainsi que les troubles en rapport avec le contrôle ou l'impulsivité sont acceptés (Zimmerman, Chelminski et Posternak, 2004).

#### 1.5.17 L'industrie pharmaceutique et les recherches sur les antidépresseurs

Les compagnies pharmaceutiques sont couramment commanditaires de congrès scientifiques ou de recherches effectuées sur les antidépresseurs. Elles sont aussi impliquées à titre de commanditaires dans la publication de suppléments ou de numéros spéciaux de revues scientifiques.

Suivant ces constats, Baker *et al.* (2003) définissent la commandite comme créant un biais. Dans une méta-analyse portant sur les recherches faisant l'étude des ISRS en comparaison des tricycliques, les résultats démontrèrent que les études favorisaient davantage les ISRS lorsqu'elles étaient commanditées par des compagnies pharmaceutiques qui les produisaient au détriment de celles qu'elles ne produisaient pas. Courtney (2004) arrive à une constatation similaire lorsqu'elle effectue un examen systématique des études randomisées, contrôlées et publiées sur l'utilisation d'inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine et de la venlafaxine chez les enfants et les adolescents souffrant de trouble dépressif majeur. En effet, l'auteure (2004) conclut que les résultats de ces études ne peuvent être retenus en raison, notamment, du conflit d'intérêt que représente la commandite des compagnies pharmaceutiques.

Plusieurs auteurs sont d'avis que l'implication de l'industrie pharmaceutique est trop

présente en psychiatrie, spécialement en ce qui concerne la formation médicale et la vente d'antidépresseurs. Pignarre (2001) n'hésite pas à déclarer que l'industrie pharmaceutique entretient avec soin le marché des antidépresseurs en étant omniprésente dans les congrès scientifiques, ou tout simplement en les organisant, et ce, dans le but délibéré d'influencer les médecins à prescrire davantage d'antidépresseurs.

Corroborant ces propos, Healy (2004) parle de la création d'un marché par l'industrie pharmaceutique pour vendre davantage et, ultimement, pour augmenter ses profits. Selon lui, les compagnies pharmaceutiques auraient tenté d'incorporer les antidépresseurs dans la pratique courante des pédopsychiatres pour faire plus d'argent. Il argumente ce propos en insistant sur le fait que la prescription d'antidépresseurs aux enfants était une pratique encore exceptionnelle il y a 20 ans. Il avance même que l'influence de l'industrie pharmaceutique fut grande lors de la création du DSM-IV, afin d'obtenir de nouveaux créneaux de marché avec l'apparition de plusieurs troubles psychiatriques qui n'existaient pas dans les anciennes versions du DSM.

Également, Zarifian (1996) dira quant à lui que les compagnies pharmaceutiques, à travers leurs recherches, leurs délégués médicaux et leurs publicités, tentent d'influencer les prescripteurs à faire automatiquement les associations entre tristesse, dépression, sérotonine et ISRS. Il ajoute que les compagnies pharmaceutiques utilisent un langage pseudo-scientifique et un discours académique pour cautionner leurs arguments en faveur des antidépresseurs et ainsi rassurer le prescripteur.

St-Onge (2004) écrit notamment que le Collège des médecins du Québec reconnaît que le marketing musclé des compagnies pharmaceutiques explique en partie l'augmentation du nombre d'ordonnances, que dans de nombreuses études, les antidépresseurs ont démontré une efficacité à peine supérieure à un placebo et que, malgré ce fait, les compagnies pharmaceutiques les présentent comme des médicaments révolutionnaires.

Certains médecins ont pris position pour limiter l'influence exercée par les compagnies pharmaceutiques sur les prescripteurs et leur implication dans les congrès et les formations

médicales. On peut donc constater la création de mouvements tel que « Pour une formation indépendante au service des seuls professionnels de santé et des patients » (FORMINDEP), qui a pris racine en France à l'initiative de P. Foucras en 2004. Dans la section suivante, nous détaillons le concept de croyance qui est au cœur de cette thèse.

### 1.6 Concept de croyance

Le concept de croyance est très vaste et sa définition peut varier selon les nombreux auteurs et écoles de pensées qui s'y sont intéressés. Une des disciplines dans laquelle nous retrouvons plusieurs études sur le concept de croyance est sans contredit la psychologie sociale. Toutefois, cette dernière imbrique presque toujours le concept de croyance avec d'autres concepts pouvant mettre en péril la clarté des principaux objectifs de notre travail, tels le concept de « religion », le concept d'« idéologie », le concept d'« attitude », le concept de « valeur », le concept de « dissonance cognitive » et le concept de « stéréotype » pour ne nommer que ceux-là. Notre volonté ici n'est pas de faire une synthèse des différentes définitions du terme et ses rapports avec les concepts pouvant s'y rattacher. Nous désirons plutôt le définir avec concision et l'opérationnaliser en nous appuyant sur certains auteurs d'importance pour préciser son utilisation dans notre recherche. Nous avons voulu connaître les croyances de nos sujets à propos des antidépresseurs, mais aussi des thèmes qui y sont reliés. Alors, qu'entendons-nous au juste par «croyance»? Examinons dans un premier temps les propos des auteurs ayant traité ce concept qui sont les plus pertinents pour notre travail.

Premièrement, P. Ricœur (1976) explique que la croyance tend à se confondre avec la foi religieuse ou avec les conceptions religieuses, dans la mesure où celles-ci sont à la base de croyances concernant l'existence de quelques réalités et de croyances portant sur le caractère de légitimité et d'obligation des règles générales de la vie. Cependant, cette définition du concept de croyance n'efface en rien son sens plus ancien, et sans doute plus fondamental, selon lequel la croyance est l'action de croire, le crédit, la confiance accordée à quelque opinion (Fontaine, 2003). C'est dans la perspective de ce sens plus ancien que nous avons interrogé les sujets sur leurs croyances à propos des antidépresseurs.

Deuxièmement, la croyance peut être mise en perspective selon deux aspects particuliers. Le premier est l'aspect subjectif, qui comprend les différents degrés de certitudes accessibles à la conscience. On peut y inclure le doute jusqu'à la conviction, en passant par toutes les formes de suppositions. Quant au deuxième aspect, il est qualifié d'objectif et ne concerne pas les degrés de certitude de la conscience, mais plutôt les degrés de réalité s'attachant à l'objet de croyance. En d'autres mots, nous pouvons dire : ce qu'on tient pour vrai. Ces degrés varient de la simple possibilité (la problématique) à la vérité comme telle, en passant par le probable ou le vraisemblable. L'analyse de la croyance peut donc exiger la recherche d'une éventuelle correspondance entre les degrés de certitude (subjective) et les degrés de réalité (objective) (Fontaine, 2003).

Nous pouvons voir par là que la croyance ne se limite pas à la simple énonciation « je crois en... » ou « je crois que... ». Au contraire, elle englobe les opinions, les suppositions, les certitudes, les vraisemblances, les possibilités, les perceptions, les convictions, etc., à des degrés différents.

C'est dans cette optique que nous avons choisi d'utiliser le terme « croyance » dans cette recherche, afin d'obtenir la flexibilité qui nous permettra de faire ressortir des aspects abordés par les sujets à propos des antidépresseurs et des termes leur étant associés. Cette appellation a aussi l'avantage de ne pas contraindre la personne interviewée à des conceptions moins larges, sans toutefois tomber dans un échange trop général.

Troisièmement, la croyance implique une adhésion non réfléchie de l'individu à l'objet de croyance et même parfois une confiance dans le témoignage d'autrui. La croyance est bien souvent une pensée par procuration : « je crois ce que les autres croient ou ce qu'ils me disent de croire » (Fontaine, 2003). C'est là tout notre intérêt à connaître ce que les sujets ont à dire à propos des croyances des autres individus rencontrés dans notre recherche (psychiatres, médecins généralistes, psychologues, représentants pharmaceutiques et patients).

Finalement, nous nous baserons sur l'ouvrage « Critique de la raison pure » (Kant, 1781) pour définir le terme « croyance ». Ainsi, pour les fins de cette recherche, nous nous

référerons au terme croyance comme étant :

«l'acte de tenir pour vrai, qui se présente comme un fait de notre entendement susceptible de reposer sur des principes objectifs, mais qui exige aussi des causes subjectives dans l'esprit de celui qui le juge.»

Nous opérationnaliserons le terme croyance dans les entrevues en dénotant les opinions, les suppositions, les certitudes, les vraisemblances, les perceptions, les convictions et tout ce qui peut faire référence aux antidépresseurs et aux thèmes associés du moment que les propos respectent la définition donnée.

### **1.7 Problématique et questions de recherche**

Tout d'abord, rappelons que les chiffres concernant l'augmentation des taux de prescription, de vente et de consommation d'antidépresseurs sont importants et entraînent différentes opinions, perceptions et croyances concernant ce phénomène dans la population générale et donc par conséquent, chez les patients souffrant eux-mêmes de dépression. Ces croyances influencent inévitablement la dynamique des traitements et l'observance de ceux-ci, comme nous l'avons vu. C'est pourquoi il est nécessaire de se pencher sur ces croyances, principalement sur celles que possèdent les acteurs entourant les antidépresseurs, puisque ce sont eux qui auront le plus d'impact sur l'efficacité du traitement.

Maintenant que nous avons pu analyser ce que la littérature nous apprend sur les différents aspects de la dépression et des antidépresseurs, nous voulons éclaircir les croyances concernant les antidépresseurs qui sont véhiculées dans le discours de cinq catégories d'acteurs en rapport avec ce médicament. Ces acteurs se retrouvent être des psychiatres, des psychologues, des médecins généralistes, des représentants pharmaceutiques et des patients. Par leurs rôles, leurs fonctions et leurs interactions, ils représentent les catégories d'acteurs les plus pertinentes à interroger pour explorer les croyances reliées aux antidépresseurs et aux thèmes associés, soit la dépression et la psychothérapie. De plus, ce choix est approprié pour mieux comprendre comment la dynamique des croyances reliées aux antidépresseurs peut faire contraste avec la littérature scientifique précédemment recensée. Toutefois, nos

questions formelles de recherche se limitent à celles-ci :

- 1) Quelles sont les croyances des sujets de l'étude concernant les antidépresseurs?
- 2) Quelles sont les croyances des participants à propos de thèmes liés aux antidépresseurs, à savoir la dépression et la psychothérapie?
- 3) Quelles sont les différences de croyances intragroupes et intergroupes parmi les participants?

Afin d'y répondre, nous avons interrogé 45 personnes du réseau de la santé concernés par le phénomène des antidépresseurs. Un cadre d'entrevue semi-dirigée a été utilisé et nous avons ensuite procédé à une analyse de discours thématique selon une perspective phénoménologique. Dans le chapitre suivant, nous présentons la méthodologie utilisée pour réaliser cette étude.

## **CHAPITRE II**

### **MÉTHODOLOGIE**

Suivant l'objectif général de la recherche, qui consiste à éclaircir les croyances véhiculées dans le discours de cinq principaux groupes d'acteurs à propos des antidépresseurs, ce chapitre présente la méthode utilisée pour y parvenir. La recherche s'inscrit dans une perspective qualitative et exploratoire, l'analyse des résultats est thématique et l'orientation théorique est quant à elle phénoménologique.

Ce chapitre décrit en détail la démarche méthodologique utilisée. Il met en lumière l'ensemble des procédures que nous avons suivies pour effectuer cette recherche. Il traite du choix des sujets, du lieu de recrutement, de la méthode de collecte de données, de la procédure mise en œuvre lors des entrevues et, enfin, du devis de recherche et du plan d'analyse des résultats. Les prochains paragraphes expliquent comment les sujets ont été sélectionnés et où ils ont été recrutés.

#### **2.1 Sujets**

Les sujets interrogés dans cette recherche sont tous concernés, d'une façon ou d'autre, par les antidépresseurs et leur choix est pertinent par rapport aux objectifs de la recherche,

comme nous l'avons précédemment expliqué (voir section 1.7). Nous avons rencontré plusieurs groupes de sujets, à savoir des psychiatres, des médecins généralistes, des psychologues, des représentants pharmaceutiques et des patients consommateurs. Les prochains paragraphes examinent ces groupes et élaborent sur les raisons de nos choix.

En premier lieu, nous avons choisi de rencontrer dix psychiatres, car ce sont les principaux experts des troubles psychiatriques et par le fait même, ils ont beaucoup d'influence sur le choix des thérapeutiques de la dépression. Les croyances qu'ils détiennent sur les différents types d'antidépresseurs, mais aussi sur la dépression et ses traitements sont importantes à analyser.

Ensuite, parce qu'étant en première ligne, ils sont les plus grands prescripteurs d'antidépresseurs pour le traitement de la dépression, nous avons rencontré dix médecins généralistes. Dans cette position, leurs croyances influencent sans contredit leur manière d'aborder les patients dépressifs et de prescrire des antidépresseurs. Selon nous, celles-ci ont en effet des impacts importants quant à l'évolution du phénomène analysé.

Nous avons aussi jugé important de rencontrer dix psychologues. Malgré leur impossibilité de prescrire des antidépresseurs (du moins, dans la presque totalité des pays), ils restent néanmoins des experts des maladies mentales et apportent des traitements thérapeutiques complémentaires aux antidépresseurs. Par ailleurs, une grande proportion de leur clientèle consomme des antidépresseurs. En s'entretenant avec eux, nous avons tenté d'en savoir davantage sur leurs croyances par rapport aux antidépresseurs et sur l'influence de leur prise chez les patients qui suivent une psychothérapie. De plus, les croyances des psychologues nous permettront d'obtenir un point de vue différent du phénomène par leurs observations. Ils sont une source d'informations d'autant plus intéressante, puisqu'ils sont en interrelation avec des patients qui consomment des antidépresseurs et souvent avec les médecins qui les prescrivent.

Un autre groupe de sujets est constitué de représentants pharmaceutiques, parce que, d'une part, ils sont, comme leur titre l'indique, les représentants des compagnies

pharmaceutiques et, qu'en ce sens, ils véhiculent les croyances envers les antidépresseurs des entreprises qui les produisent. D'autre part, nous les avons choisis parce que leur rôle principal est d'influencer le médecin à prescrire ou à prescrire davantage les produits qu'ils représentent. Leurs idées sont quant à elles issues de leur formation académique ou, plus généralement, issues de leur compagnie d'attache ou de leur propre expérience. Leur rôle dans la dynamique du phénomène de la prescription d'antidépresseurs est donc important et leurs croyances, influentes. Cependant, nous n'avons pas réussi à rencontrer dix représentants dans notre lieu d'échantillonnage pour des raisons aussi diverses que leur disponibilité, leur appréhension face à l'interview et leur refus. Nous avons donc interrogé cinq représentants pharmaceutiques.

Enfin, nous avons rencontré dix patients souffrant de troubles dépressifs et consommant des antidépresseurs ou en ayant déjà consommé. La place du patient dans notre recherche est évidemment fondamentale, puisque ce sont eux qui sont à même de décrire les effets ressentis des antidépresseurs, leurs appréhensions, leurs expériences en tant que malade, ainsi que la façon dont leur vie a été modifiée par la prise de ce type de psychotrope. Ils sont alors à même de confirmer ou d'infirmer les croyances des autres acteurs à propos des antidépresseurs et de nous éclairer considérablement sur la dynamique du phénomène, de la prescription à la consommation.

## **2.2 Lieu de recrutement des sujets**

Pour plusieurs motifs, les sujets ont tous été recrutés au sein d'un centre hospitalier psychiatrique français, dont nous ne pouvons mentionner ni le nom, ni le lieu pour des raisons de confidentialité. La première raison qui nous a poussé vers ce choix est statistique. En effet, la France affiche les taux de consommation de psychotropes, dont font partie les antidépresseurs, des plus élevés sur la planète, c'est-à-dire près de quatre fois celui de certains autres pays, selon Pignarre (2003) et Zarifian (1996). Il convient donc parfaitement d'analyser le phénomène de la prescription des antidépresseurs à partir de ce pays.

Deuxièmement, si nous avons choisi ce lieu, c'est que les centres hospitaliers

psychiatriques permettent une possibilité d'échantillonnage plus grande que les cliniques externes, les hôpitaux généraux et les centres de réintégration. Le centre sélectionné pour les fins de notre étude compte plus de 1500 patients et plus d'une centaine de professionnels de la santé. De plus, on y retrouve toutes les catégories de sujets (permanents ou associés) visés par notre recherche, ce qui permet d'augmenter la validité interne de l'étude.

Troisièmement, le milieu choisi s'est révélé propice parce que le chercheur principal de cette étude a rapidement obtenu l'autorisation de pouvoir effectuer les entrevues désirées, ainsi que l'approbation déontologique du projet de recherche, grâce à la coopération exceptionnelle des autorités en place. La grande accessibilité permise à ce centre a particulièrement facilité un échantillonnage, puis de passer les entrevues à l'intérieur d'une période courte, donc, de permettre une validité temporelle plus élevée, car les sujets n'ont été rencontrés qu'une seule fois chacun (*voir* section 2.5).

Finalement, le Centre hospitalier est situé dans une ville de population moyenne desservant tout autant des personnes vivant en campagne qu'en ville et nous le considérons par là même plus représentatif. Aussi, il est composé de plusieurs services, allant de la pédopsychiatrie à la gérontopsychiatrie en passant par les services d'urgence psychiatrique, laissant de vastes possibilités quant à l'échantillonnage des sujets.

Bref, parce que le Centre hospitalier désigné ne présente pas de caractéristiques particulières relativement à d'autres centres (spécialisation en traitement du stress post-traumatique, par exemple), il nous semble tout à fait approprié à la poursuite de la recherche, car il est assez représentatif des autres hôpitaux psychiatriques.

### **2.3 Méthode de collecte des données**

En ce qui concerne la méthode de cueillette de données, spécifions que notre recherche est de nature qualitative. Afin de s'assurer d'une meilleure compréhension de cette section, spécifions que le plan d'analyse des données est de nature thématique.

Dans cette recherche, nous utilisons l'entrevue semi-dirigée pour permettre l'émergence naturelle des thèmes reliés à notre intérêt, tout en nous permettant de ramener le discours le plus près possible de notre recherche. Par ailleurs, le guide d'entrevue a été élaboré en collaboration avec deux psychiatres et deux psychologues (*voir* appendice D). Ainsi, nous nous sommes assurés d'un accord inter-juges (*voir* section 2.4). Évidemment, ces quatre cliniciens ne font pas partie des participants de l'étude.

Le guide d'entrevue est divisé en deux parties distinctes : un questionnaire plus structuré pour recueillir des variables tels que l'âge des sujets, leurs pays d'origine, etc., et une partie contenant des questions ouvertes incitant les sujets à parler de leur vécu et de leurs croyances à propos des antidépresseurs et de celles des acteurs concernés par ce psychotrope. Le guide d'entrevue est modifié minimalement selon les acteurs interviewés.

Nous avons construit notre guide d'entrevue en nous basant principalement sur les ouvrages de Paillé et Mucchielli «L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales» (2003), de Gauthier «Recherche sociale» (1993) et de Poupart *et al.* «La recherche qualitative» (1997).

#### **2.4 Procédure d'entrevue**

Les sujets ont été rencontrés de façon individuelle et en un seul temps. Nous leur avons alors indiqué que nous voulions les interroger sur leurs opinions concernant les antidépresseurs, le terme opinion ayant été utilisé délibérément à la place du terme «croyances» lors de notre approche, afin d'éviter la confusion engendrée par cette appellation. De plus, nous les avons assurés du caractère anonyme de leur participation et nous les avons avertis qu'ils pouvaient cesser l'entrevue en tout temps sans contrainte.

Aussi, avant de débiter l'entretien, les participants ont été invités à répondre d'une façon naturelle aux questions, sans avoir peur qu'un jugement ne soit porté sur leurs opinions. Nous avons rencontré les sujets face à face et seul à seul avec un appareil électronique d'enregistrement de la voix. En ce qui concerne l'accord inter-juges, comme il a

été mentionné plus haut, nous nous en sommes assurés dès la construction du guide d'entrevue, jusqu'à la conclusion de la recherche. La corroboration de l'analyse thématique des données dans l'analyse qualitative a été assurée par une tierce personne, doctorante en psychologie, n'étant pas elle-même autrement impliquée dans la recherche.

Prenons le temps ici d'expliquer ce que nous entendons par accord inter-juges dans notre recherche qualitative d'orientation phénoménologique et comment nous nous y sommes pris pour y arriver. L'accord inter-juges fait référence au consensus d'au moins deux personnes (juges) sur un sujet donné pour s'assurer une meilleure validation du matériel travaillé. Il ne comprend pas forcément de mesure statistique en tant que tel, comme le coefficient de kappa utilisé principalement en recherche quantitative. Dans ce travail, le fait que le guide d'entrevue ait été élaboré par le candidat au doctorat, deux psychologues et deux psychiatres permet de statuer qu'il y a eu un accord inter-juges lors de la construction du guide d'entrevue, de l'ébauche à la version finale. Ainsi, chaque question du guide d'entrevue a été pensée et travaillée par les cinq juges, jusqu'à un consensus final. Le consensus est binaire et non par pourcentage. Il faut donc que tous les juges acceptent à l'unanimité toutes les questions pour valider le guide d'entrevue.

Lors de l'analyse des résultats, une fois les verbatim d'entrevues (45) retranscrits totalement et intégralement, le candidat au doctorat a créé des catégories et ressorti des thèmes pour enfin créer des arbres thématiques. Ces derniers ont été discutés et travaillés afin de faire consensus avec le second juge (étudiante doctorante en psychologie) et ce, au fur et à mesure de l'analyse. Les catégories, les thèmes et les arbres thématiques ont donc tous été soumis à un accord inter-juges qui a été unanime avant la présentation des résultats. On pourrait également faire référence à une triangulation des observateurs. Notons que les catégories, les thèmes et les arbres thématiques seront approfondis dans la partie suivante s'intitulant « Devis de recherche et plan d'analyse des données ».

Du reste, la durée moyenne des interviews est estimée à 35 minutes, bien qu'elle s'étende entre 10 et 120 minutes. Les entrevues ont toutes été menées par le candidat au doctorat. Un temps précis n'a pas été imposé, étant donné la situation spécifique des

interviewés, c'est-à-dire des patients déprimés souffrant d'épuisement ou des psychiatres contraints par le temps, par exemple. Les entrevues ont donc été plus ou moins longues, selon le jugement de l'intervieweur et le niveau de saturation des informations qui ont été recueillies. En plus, étant donné la nature exploratoire de notre recherche et les contraintes situationnelles des sujets, les sujets ont été interrogés qu'une seule fois.

En ce qui concerne les variables examinées au cours des entrevues, elles sont multiples et variées. Tout d'abord, pour les données s'appliquant aux psychologues, aux représentants pharmaceutiques et aux prescripteurs, nous avons décidé de relever leur âge, leur sexe, leur métier, leurs formations académiques, leurs qualifications en psychiatrie, le nombre d'années de pratique dans leur métier, le nombre de lectures consacrées mensuellement à des revues scientifiques, leur pays d'origine, le nombre de membres de leur famille ou d'amis qui consomment ou consommaient des antidépresseurs, leur consommation personnelle, présente ou passée et, le cas échéant, la nature exacte de l'antidépresseur, la fréquence, la dose, le temps et la durée de consommation, ainsi que la consommation simultanée d'autres médicaments et/ou de drogue et/ou d'alcool.

Comme caractéristiques préalables, les sujets devaient avoir traité des personnes souffrant principalement de dépression et avoir travaillé au Centre hospitalier psychiatrique sélectionné, s'ils étaient psychologues ou psychiatre. Quant aux médecins généralistes, ils devaient avoir été collaborateurs du Centre. Enfin, les représentants pharmaceutiques devaient avoir été en charge d'un antidépresseur et l'avoir déjà présenté aux professionnels de la santé du Centre hospitalier.

Ensuite, en ce qui a trait aux variables examinées chez les patients dépressifs, nous nous sommes informés de leur âge, de leur sexe, de leur profession (ou de leur occupation) actuelle ou ancienne, du nombre d'années de pratique dans leur métier, de leur formation académique, de leur pays d'origine, des raisons qui ont fait en sorte qu'ils ont consulté en psychiatrie, des institutions et des services dans lesquels ils ont été traités, de la fréquence de leurs consultations en psychiatrie, du nombre de membres de leur famille ou d'amis qui consomment ou consommaient des antidépresseurs, leur consommation personnelle, présente

et/ou passée et, le cas échéant, la nature exacte de l'antidépresseur, la fréquence, la dose, le temps et la durée de consommation, ainsi que la consommation simultanée d'autres médicaments et/ou de drogue et/ou d'alcool.

Rappelons que les entrevues ont été réalisées uniquement auprès de patients dépressifs qui ont consommé des antidépresseurs (ces patients devaient aussi être âgés de plus de 18 ans). Nous n'avons donc inclus que les patients consommant, ou ayant consommé, des antidépresseurs. Ainsi, nous avons exclu les patients consommant des neuroleptiques, des antiparkinsoniens, des anxiolytiques et des régulateurs de l'humeur.

La raison de ce choix est simple. Les patients consommant de tels psychotropes en plus des antidépresseurs ne peuvent pour la plupart distinguer les effets propres à chacun des médicaments. Puisque notre étude ne cherche pas à généraliser les résultats, mais bien à explorer le phénomène des croyances reliées aux antidépresseurs, cette limitation obligatoire ne présente pas d'obstacle aux objectifs de ce travail. À ce sujet, l'appendice E présente la liste des médicaments qui ont été acceptés ou refusés dans les catégories antiparkinsoniens, anxiolytiques et régulateurs de l'humeur pour les fins de cette recherche.

De plus, nous avons dû exclure les patients présentant certains autres troubles psychologiques comorbides avec leurs troubles dépressifs. Cela afin de ne pas se retrouver en présence de sujets ayant de la difficulté à distinguer les conséquences de leurs diverses psychopathologies, affectant ainsi leurs croyances envers les antidépresseurs d'une manière incontrôlable pour le chercheur.

Suivant ces dernières caractéristiques, nous avons exclu toute personne souffrant de psychose, d'autisme, de toxicomanie, de trouble de la personnalité, de trouble anxieux, de trouble obsessionnel-compulsif, de trouble panique, de trouble agoraphobique, de trouble bipolaire, de trouble de stress post-traumatique et de trouble de phobie sociale. Les sujets dépressifs souffrant d'autres troubles comorbides pouvaient faire partie de l'étude, en autant que leur diagnostic principal soit la dépression en lien avec les critères diagnostiques du DSM-IV (une dépression majeure avec dyspareunie, par exemple).

En ce qui a trait à la collecte des données, elle était davantage structurée en début d'entrevue. Mais elle laissait place au vécu des sujets, lorsque, par exemple, dès les premières questions, ils abordaient des propos intéressants pour notre recherche. Le but de cette technique était de ne pas donner un ton contraignant aux interviews et de permettre ainsi aux idées d'émerger naturellement chez les participants sans attendre le questionnement formel du chercheur.

Afin de trouver les patients, nous avons procédé à de vastes recherches dans les dossiers du Centre hospitalier psychiatrique, principalement dans deux Centres médico-psychologiques (CMP), l'un rural et l'autre urbain. Après l'analyse de plus de 500 dossiers, nous avons trouvé une trentaine de patients satisfaisant aux critères de sélection préalablement cités. La principale difficulté de cette investigation aura été de répertorier des patients n'ayant pas de co-prescription d'antidépresseurs et d'anxiolytiques. En effet, cette démarche nous a permis de constater, entre autres, qu'il est rare de trouver des patients portant le diagnostic de trouble dépressif qui ne consomment pas d'anxiolytiques.

Tout ceci n'est pas sans nous rappeler les données rapportées par Carrière *et al.* (2004), qui spécifiaient que l'association d'antidépresseurs et d'anxiolytiques représentaient 80 % des prescriptions lors d'un TDM, ainsi que les avertissements s'opposant à l'association des antidépresseurs et des anxiolytiques, prodigués par Kennedy *et al.* (2001) et par l'*American Psychiatric Association* (Valenstein *et al.*, 2004; Hantouche, Lancrenon et Chignon, 1995).

Sur les trente patients répertoriés, et suite aux démarches téléphoniques, vingt-cinq ont été rejoints et seulement treize ont désiré participer à l'étude. Cependant, suite à deux annulations de rendez-vous, seulement onze ont été rencontrés. Lors du contact téléphonique nous avons tenu, en tout temps, à parler directement au patient pour des raisons de confidentialité. Nous lui avons expliqué que nous faisons une étude sur l'expérience des patients ayant consommé des antidépresseurs et que nous aimerions le rencontrer dans le CMP où il avait déjà été suivi. Nous avons un local assigné pour les entrevues dans chacun des CMP.

Par ailleurs, une entrevue effectuée avec un patient n'a pas pu être conservée pour fin d'analyse, car il s'est avéré, après vérification en début d'entrevue, que ce dernier consommait des anxiolytiques. L'interview a tout de même été réalisée et nous a permis de constater que le patient confondait les anxiolytiques et les antidépresseurs, ce qui est venu confirmer notre choix de ne pas rencontrer des patients consommant des psychotropes d'autres classes, à l'exception des hypnotiques (somnifères), qui semblent être prescrits quasi systématiquement en association avec les antidépresseurs.

Suite à la lecture et à l'explication générale du déroulement de l'entretien et suite à la signature des participants du formulaire de consentement (*voir* appendice F), l'entrevue débutait selon la procédure décrite ci haut (cette démarche vaut pour toutes les catégories de participants). En fait, très peu d'éléments se sont révélés perturbateurs, si ce n'est que de quelques téléphones cellulaires des patients qui ont sonné, mais qui furent rapidement éteints.

En ce qui a trait au recrutement des autres catégories de participants, nous avons composé des listes pour chacune d'entre elles regroupant tous les candidats potentiels à notre recherche. Pour les psychiatres, nous avons pris les noms et les numéros de téléphones de tous ceux travaillant au centre hospitalier où s'est déroulé l'étude. Nous avons fait de même pour les psychologues. Tandis que pour les représentants pharmaceutiques, nous avons pris le nom et les numéros de téléphone de tous ceux qui rendaient visite aux psychiatres dans ce même centre. Enfin, pour les médecins généralistes, nous avons pris également les noms et les numéros de téléphone de tous ceux qui travaillaient en collaboration avec le centre hospitalier, soit ceux qui réfèrent des patients au centre, car exerçant dans la même région. Mentionnons que le centre hospitalier détenait une liste à jour de chacune de ces catégories de professionnels. Après, nous avons attribué un numéro différent à tous les candidats potentiels, puis nous les avons sélectionnés aléatoirement, afin de créer de nouvelles listes présentant un ordre différent pour chaque catégorie de candidat.

Par la suite, nous les avons appelés suivant l'ordre de ces nouvelles listes en leur demandant s'ils désiraient participer à une étude sur les opinions véhiculées envers les antidépresseurs jusqu'à concurrence de dix par catégorie. La plupart d'entre eux ont accepté

sans hésitation, à l'exception de plusieurs représentants pharmaceutiques, qui ont refusé pour les raisons mentionnées plus haut, ainsi que de quelques médecins généralistes, parce qu'ils ne disposaient pas du temps nécessaire.

Pour rencontrer les psychiatres et les psychologues, nous nous sommes déplacés au sein des différents services afin de les retrouver dans leurs bureaux. De même, les différents médecins généralistes ont été visités et interviewés dans leur clinique privée. Toutefois, trois représentants pharmaceutiques se sont déplacés dans les CMP, tandis que deux d'entre eux se sont vus interviewés par téléphone, conséquence d'un manque de disponibilité de leur part. Malgré plusieurs efforts, nous n'avons pu faire autrement. Le formulaire de consentement leur a été lu par téléphone et ils ont approuvé par une signature vocale que nous détenons sur un disque compact.

La presque totalité des entrevues se sont passées au cours des mois de septembre et d'octobre 2005, à l'exception des deux représentants pharmaceutiques interviewés par téléphone au mois de février 2006. Nous avons procédé par ordre de disponibilité des sujets sans privilégier un groupe aux dépens d'un autre. Pour résumer, nous avons, rappelons-le, effectué et retenu les interviews de 10 psychiatres, 10 médecins généralistes, 10 psychologues, 5 représentants pharmaceutiques et 10 patients.

## **2.5 Devis de recherche et plan d'analyse des données**

Tout d'abord, quant à la faisabilité de la recherche, nous disposions de suffisamment de temps, d'un bassin de recrutement satisfaisant et d'un financement convenable pour mener ce projet à terme. De plus, le nombre de sujets rencontrés, quarante-cinq, était largement suffisant pour une recherche qualitative. Ce nombre est rarement dépassé en recherche qualitative, surtout pour l'accomplissement d'une thèse. Par ailleurs, la recherche se veut exploratoire et ne cherche donc pas, par définition, à généraliser statistiquement les données que nous avons recueillies à une population générale de psychologues, de prescripteurs, de représentants pharmaceutiques et de patients dépressifs.

Comme nous l'avons précédemment mentionné, le devis de recherche est qualitatif de type exploratoire et les données ne sont que qualitativement analysées en cherchant à les regrouper en thèmes. Comme nous le rappellent Paillé et Mucchielli (2003) : « Il s'agit, en somme, à l'aide des thèmes, de répondre petit à petit à la question générique type, rencontrée dans divers projets d'analyse : qu'y a-t-il de fondamental dans ce propos, dans ce texte, de quoi y traite-t-on? » Dans le cas de notre recherche, nous voulons justement thématiser les données recueillies en *croyances reliées aux antidépresseurs*. L'objectif de cette démarche est de trouver comment l'opinion des sujets concernant les antidépresseurs est modulée, sur quoi elle repose, qu'est-ce qui l'influence, quels arguments les sujets amènent-ils pour soutenir leurs positions, que croient les autres acteurs, etc.

Pour ce faire, les thèmes pertinents en lien avec les objectifs de la recherche ont, dans un premier temps, été repérés. Ensuite, les récurrences et les regroupements de ces mêmes thèmes ont été notés, puis annotés tout au long de l'analyse, suivant des inscriptions en marge des documents. Suite à la vérification des répétitions des divers éléments annotés d'une entrevue à l'autre à l'intérieur du même groupe d'acteurs et dans les différents groupes d'acteurs, nous avons pu noter les différences et les similitudes dans les croyances rapportées à propos des antidépresseurs.

Comme le rappellent Paillé et Mucchielli (2003), trois techniques doivent être préalablement choisies avant de débiter la thématisation : (1) la nature du support matériel, (2) le mode d'inscription des thèmes et (3) le type de démarche de thématisation. En ce qui concerne cette étude, en réponse à la démarche de Paillé et Mucchielli (2003), l'usage de logiciels informatiques de l'environnement *Windows (Word et Excel)* a été retenu comme support pour les entrevues, puisque le corpus de données est volumineux (n=45). Bien que cette technique perde en flexibilité en comparaison avec un support papier, ses avantages sont considérables : notons, principalement, une systématisation de la démarche et des possibilités de fonctions automatiques (repérages, extraction, etc.).

Ensuite, le mode d'inscription des thèmes en marge a été choisi. Ceux-ci sont donc distribués dans une marge créée à la droite du texte. Pour ce faire, nous utilisons le volet

«Révision» dans la barre d'outils du logiciel informatique *Word* pour ajouter, modifier ou supprimer des thèmes grâce à la fonction «Commentaire». Si cette façon de faire est intéressante, c'est parce qu'elle permet une facilitation des sélections de passages, de regroupement et de recherche.

Enfin, le type de démarche de thématisation retenu est le type séquentiel. Cette démarche propose une analyse menée en deux temps, comme l'expliquent les propos de Paillé et Mucchielli (2003) :

« Dans un premier temps, un échantillon du corpus est tiré au hasard et analysé dans le but de constituer une fiche thématique. Celle-ci va prendre la forme d'une liste de thèmes (hiérarchisés ou non) auxquels correspondent des définitions permettant de les identifier à la lecture du texte. Lorsqu'elle est constituée à la satisfaction du chercheur, cette fiche est ensuite appliquée, dans un deuxième temps, à l'ensemble du corpus, soit de manière stricte, soit en prévoyant la possibilité que des thèmes soient ajoutés en cours d'analyse. Cet ajout devra cependant être normalement assez limité, sans quoi on revient à la logique de la thématisation continue »

En d'autres mots, la démarche séquentielle permet une analyse efficace et uniforme du corpus, malgré la perte de certains détails. De plus, la logique fréquentielle (degré de répétitions d'un même thème) favorisée peut faire en sorte de perdre de vue des aspects importants, mais compte tenu du corpus volumineux analysé dans ce cas, la thématisation séquentielle reste le meilleur choix.

Toutefois, pour ne pas perdre l'essence même des paroles des sujets et leurs différences selon le groupe de participants, nous avons répété cette façon de faire pour chaque groupe de sujets. Par exemple, nous avons pris au hasard les verbatim d'entrevues de cinq psychiatres et nous en avons ressorti les principaux thèmes. Puis, nous avons créé une fiche thématique pour l'appliquer par la suite aux cinq autres verbatim d'entrevues restantes. Enfin, nous avons reproduit ce processus pour tous les autres groupes de participants.

Lors de la mise en commun des thèmes, les groupes ont été distingués et un numéro a été attribué à chacun des thèmes. Ainsi, les thèmes se recoupant d'un groupe à l'autre porte le même numéro, ce qui évite de longues répétitions. En plus, cette démarche permet de gagner

en flexibilité et facilite le classement des thèmes en ordre de fréquence.

Maintenant, pour faciliter la compréhension de l'analyse du corpus à l'étude, il convient d'examiner les paramètres de l'enquête, car comme l'indiquent Paillé et Mucchielli (2003), le chercheur doit procéder à son analyse par rapport aux éléments implicites ou explicites participant à la situation d'enquête dans son ensemble.

Avant de commencer le travail de thématization, il est donc nécessaire d'éclaircir ces éléments. Les quelques paragraphes qui suivent les énoncent, afin de faciliter la compréhension du plan d'analyse de cette recherche. Premièrement, la détermination de l'objet d'analyse est primordiale. Pour cette recherche, il s'agit des croyances à propos des antidépresseurs. Deuxièmement, la question de la recherche doit être clairement spécifiée. Celle de la présente étude peut se formuler ainsi : « Quelles sont les croyances à propos des antidépresseurs des différents acteurs principalement concernés? » Cette question peut prendre différentes formes dans le guide d'entrevue pour les participants. Voici les questions présentes dans le guide des patients :

*Pourriez-vous me parler de votre expérience concernant les médicaments?*

*Concernant spécifiquement les antidépresseurs?*

*Qu'avez-vous reçu comme informations sur les antidépresseurs?*

*Quelles étaient les sources de ces informations (médecin, psychologue, amis, famille, média, Internet, etc.)?*

*Qu'est-ce que vous avez compris?*

*Et vous, qu'est-ce que vous croyez au fond de vous par rapport à ce type de médicament?*

*(De plus, votre opinion se base principalement sur quels éléments?)*

*Entendez-vous parler des antidépresseurs dans votre quotidien?*

*Si oui, dans quelles circonstances plus spécifiquement?*

*Qu'est-ce qu'on vous a déjà dit sur les antidépresseurs? Y croyez-vous?*

*Quelles sont les croyances des gens en général par rapport aux antidépresseurs?*

*Qu'en pensez-vous?*

*Quelles sont les croyances de ceux qui en ont pris?*

*D'après vous, que croient les médecins par rapport aux antidépresseurs?*

*Et les compagnies pharmaceutiques?*

*À votre avis, comment l'antidépresseur agit-il sur nous?*

*Sur notre corps?*

*Sur notre cerveau?*

*Sur notre personnalité?*

*Qu'est-ce qui fait que des personnes réagissent très différemment aux antidépresseurs, selon vous?*

*Pensez-vous qu'on l'on puisse devenir dépendants des antidépresseurs? Pourquoi?*

*D'après vous, de quoi sont faits les antidépresseurs?*

*Vous posez-vous des questions par rapport aux antidépresseurs?*

*Pensez-vous que les gens qui consomment des antidépresseurs respectent les indications médicales?*

Puis, s'ajoutent différentes questions secondaires, toujours dans les entrevues avec les patients, telles que :

***Pourriez-vous me parler de votre vision de la dépression?***

***Que pensez-vous de la psychothérapie?***

*Et pour traiter la dépression?*

*Si vous aviez le choix entre une thérapie purement médicamenteuse et une psychothérapie sans médicaments, laquelle choisiriez-vous? Pourquoi?*

Cependant, toutes ces questions ne doivent pas obligatoirement être posées et elles ne composent qu'un bassin de questions pour inciter le sujet, en l'occurrence, le patient, à dévoiler à l'intervieweur ses croyances par rapport aux antidépresseurs. Elles doivent donc être posées au rythme du sujet et en lien avec ce qu'il évoque.

Enfin, selon Paillé et Mucchielli (2003), une question supplémentaire doit être considérée pour bien établir les paramètres de l'enquête: «Quel est le résultat attendu?» En effet, bien que la recherche soit de nature exploratoire et qu'elle ne vise pas à valider une ou des hypothèses, il appert néanmoins que tout chercheur a toujours une idée du résultat de la recherche étant donné la revue de littérature effectuée préalablement.

Ainsi, ici, le résultat attendu, selon nous, pourrait être formulé ainsi : la plupart des acteurs concernés par les antidépresseurs croient que ce psychotrope est efficace et nécessaire, mais prescrit exagérément.

Par contre, Paillé et Mucchielli (2003) argumentent que ce résultat attendu ne doit pas biaiser ni la collecte des données de l'interviewer, ni leur analyse. Le chercheur doit

demeurer rigoureux et objectif dans ses analyses. Ainsi, en positionnant clairement les paramètres de l'enquête, le choix et la définition des thèmes pourront être explicités et justifiés.

De plus, tout analyste possède une posture qui influencera son travail (Paillé et Mucchielli, 2003), qu'il s'agisse, par exemple, de son orientation théorique ou de son expérience clinique. Dans cette recherche, l'orientation clinique de l'analyste est essentiellement humaniste et son orientation théorique pour traiter la problématique est phénoménologique. L'influence de cette orientation semble se marier harmonieusement à une analyse de type thématique, puisqu'elle vise à comprendre l'expérience rapportée en unité de sens (Poupart *et al.*, 1997), ce qui correspond en quelque sorte à la définition d'un thème que nous verrons plus bas en analyse thématique (Paillé et Mucchielli, 2003).

Délibérément, cette section n'explique pas les bases de la phénoménologie scientifique, mais prend tout de même le temps d'approfondir la signification de l'expression, afin de cerner comment la présente recherche aborde la question. D'une part, pour Meyor, Lamarre et Thiboutot (2005), « L'expression de phénoménologie signifiant surtout une façon novatrice et spécifique de faire de la recherche ou de pratiquer, qu'on dira le plus souvent qualitative, et qu'on reconnaîtra à sa manière d'interroger toute visée de sens et, par là, de thématiser la position d'un sujet voué à la significabilité (...). » D'autre part, Poupart *et al.* (1997) mentionnent que la phénoménologie a pour but de prendre en compte l'expérience rapportée par le sujet dans une position dénuée de présupposés théoriques.

C'est ce que nous avons tenté de faire lors des entrevues et des analyses. L'écoute des sujets fut empathique, leur laissant le temps de dévoiler leur expérience par rapport aux antidépresseurs (afin de mieux cibler leurs croyances) tout en restant neutre. Par contre, fidèle au plan initial d'entrevue, qui spécifie qu'elles doivent être semi-dirigées, le participant s'éloignant du sujet d'intérêt y était ramené par des questions orientées. Tout au long des analyses, nous nous sommes également interrogés sur tous les sens que pouvaient prendre les propos des sujets et ce, sans présupposé théorique. Ainsi, cette spécificité de l'approche phénoménologique permet de distinguer notre travail d'une analyse de contenu usuelle.

Cependant, ce travail reste de fond et ne transparaît pas lors de la présentation des résultats.

Pour nous, le phénomène de conscience vécu par le sujet, c'est-à-dire ses croyances, est d'un grand intérêt. À ce sujet, Poupart *et al.* (1997) rapportent que :

« (...) la phénoménologie traite du phénomène de la conscience et, pris dans son sens plus large, elle renvoie à la totalité des expériences vécues par un individu. (...) On la définit donc comme le moyen de tout ce qui se donne dans l'expérience, puisqu'il n'a rien qui puisse être dit ou à quoi on puisse se rapporter qui n'inclue implicitement la conscience. Selon le point de vue phénoménologique, ainsi, il est plus rigoureux de reconnaître le rôle de la conscience et d'en tenir compte que de l'ignorer. Cela est d'autant plus vrai que (...) la conscience ne fait pas que présenter de façon «neutre» objets ou données, mais au contraire elle contribue, par la variation des modes, styles, formes, etc., à leur donner leur signification véritable.»

C'est en ce sens que l'expérience entière rapportée par le sujet a été prise en compte à l'aide de questions ouvertes, puisque la logique exercée n'est pas hypothético-déductive et, ainsi, ne contraint pas à une position arbitraire (Poupart *et al.*, 1997). Elle s'est plutôt constituée au fil de l'analyse des entrevues, ce qui n'empêche toutefois pas, comme nous l'avons précédemment écrit, l'élaboration d'une idée préliminaire du résultat final.

Par ailleurs, Paillé et Mucchielli (2003) conseillent de lire plusieurs fois le corpus jusqu'à l'atteinte d'un point de saturation, c'est-à-dire jusqu'à la survenue d'une impression de répétition des mots et des idées. L'aboutissement de ces lectures mène à une sorte de «grille» de lecture du corpus. Il ne suffit alors que de reprendre les propos des sujets pour les analyser avec cette grille. Cette démarche s'agence harmonieusement avec la démarche séquenciée de thématisation de cette recherche. Les prochains paragraphes traitent du déroulement concret de l'extraction du corpus par thématisation.

Premièrement, les entrevues ont été transformées en rubriques qui, le plus souvent, correspondent aux questions du guide d'entrevue qui ont été posées.

Deuxièmement, une orientation a été donnée aux rubriques en leur attribuant des thèmes. Par exemple, une rubrique «respect des indications médicales lors de la prise

d'antidépresseurs» a été créée, et deux des thèmes donnant l'orientation ont été les suivants : «Généralement les gens respectent les indications médicales d'antidépresseurs» et «Certaines personnes ne respectent pas les indications médicales d'antidépresseurs lorsqu'elles vont mieux ».

Troisièmement, une grille d'analyse a été construite ou, plus spécifiquement, une fiche thématique, qui a été appliquée à l'ensemble du corpus de chaque groupe de participants, comme mentionné précédemment.

Enfin, pour rendre la démarche de pensée plus valable encore, il est essentiel de rappeler la définition du « thème » donnée par Paillé et Mucchielli (2003), c'est-à-dire, un «ensemble de mots permettant de cerner ce qui est abordé dans l'extrait du corpus correspondant tout en fournissant des indications sur la teneur des propos. »

Par ailleurs, les thèmes de l'analyse présentent nécessairement des niveaux d'inférence variables. C'est pour cette raison qu'il faut saisir, avant l'analyse, quel est le bon niveau d'inférence d'un thème. À ce sujet, considérons la définition de l'inférence proposée par Paillé et Mucchielli (2003). Selon eux, l'inférence est « une opération logique par laquelle l'analyste passe de l'examen d'une proportion d'un matériau à l'attribution d'un thème pour cet extrait. Elle est basée sur des indices issus de la lecture de l'extrait que l'on désire thématiser. » Compte tenu de la nature thématique de l'analyse présentée dans cette recherche, nous avons tenté de trouver des thèmes de faible et de moyenne inférence, puisqu'une inférence élevée est plutôt requise dans des types d'analyses plus interprétatives.

Une fois que les thèmes sont ressortis et classés (c'est-à-dire regroupés, divisés ou hiérarchisés), la construction d'une représentation synthétique et structurée du contenu analysé a été amorcée suivant l'utilisation de l'arbre thématique. Il s'agit d'un type de regroupement des thèmes où un certain nombre de thèmes principaux sont détaillés par des thèmes subsidiaires et par des sous-thèmes, parfois eux-mêmes placés sous des rubriques générales (Paillé et Mucchielli, 2003). En effet, l'arbre thématique présente, sous forme schématisée, l'essentiel du propos abordé à l'intérieur du corpus.

De plus, l'arbre thématique permet une compréhension précise de la contribution des thèmes dans l'analyse. En effet, même si tous les thèmes doivent être considérés avec la même attitude d'ouverture et même s'ils doivent être traités avec la même rigueur, ils ne contribuent pas tous au portrait d'ensemble du phénomène étudié de la même manière. Par exemple, certains thèmes sont davantage périphériques que centraux et d'autres ont une appartenance plus spécifique que générale au résultat d'ensemble. C'est là toute l'importance de l'arborescence en thèmes et du soin apporté à leur validation. Ainsi, la validation d'un thème passe généralement par sa récurrence, car c'est souvent la preuve qu'ils sont centraux dans l'expérience rapportée. Malheureusement, cette démonstration demeure toutefois loin de l'exhaustivité.

Finalement, la dernière étape du processus consiste à l'examen discursif des thèmes, qui nécessite une logique davantage interprétative. Comme l'indiquent Paillé et Mucchielli (2003), « il ne s'agit plus seulement de relever des thèmes, mais de les examiner, de les interroger, de les confronter les uns aux autres de manière à déboucher sur l'exercice discursif appelé traditionnellement discussion (...) ». Cette partie de l'analyse s'attaque donc à la confrontation des résultats, notamment entre les différents groupes d'acteurs.

Le chapitre suivant présente maintenant les résultats. Pour y arriver, il a fallu pousser plus loin l'analyse, en essayant de «faire parler» les thèmes, en débordant du cadre strict tel que délimité plus haut.

## **CHAPITRE III**

### **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS**

Cette section s'attaque maintenant à la description détaillée des résultats sociodémographiques des sujets établis au terme de l'analyse des données. L'âge des sujets de la recherche, leur pays d'origine, leur sexe, les particularités de leur consommation d'antidépresseurs (s'il y a lieu) et de la consommation d'antidépresseurs par les membres de leur famille (s'il y a lieu), leur spécialisation en rapport avec leur métier ainsi que les années d'expérience accumulées dans ce corps de métier y seront particulièrement précisés. Plus particulièrement, en ce qui a trait aux groupes des psychiatres (n=10), des médecins généralistes (n=10), des psychologues (n=10) et des représentants pharmaceutiques (n=5), d'autres résultats seront décrits. Il s'agit du nombre estimé de patients souffrant de dépression traités par ces professionnels pendant leur carrière (du nombre rencontré, en ce qui concerne les représentants pharmaceutiques), des titres des revues scientifiques habituellement lues et du nombre d'heures par mois consacrées à ces lectures. Finalement, spécifiquement au groupe des patients (n=10), les raisons qu'ils ont évoquées pour avoir consulté un médecin et/ou un psychologue y seront nommées.

### 3.1 Résultats sociodémographiques des sujets

#### 3.1.1 Âge

Les sujets de cette étude sont âgés entre 20 et 59 ans, tous groupes confondus (*voir* tableau 3.1). Les médecins sont généralement les sujets les plus âgés de la recherche, aucun d'entre eux n'ayant moins de 35 ans, et affichent une répartition plutôt égale jusqu'à 59 ans, ce qui contraste avec le groupe des psychologues, dont la moitié est âgée entre 20 et 29 ans. Chez les représentants pharmaceutiques comme chez les patients, l'âge varie quant à lui entre 25 et 59 ans. Leur distribution s'en retrouve assez bien répartie, à l'exception de la concentration des patients, dont 6 sur 10 se retrouvent âgés entre 40 et 44 ans. Il est à noter que plus de 40 % des sujets ont entre 40 et 49 ans. Seulement un sujet n'a pas mentionné son âge.

**Tableau 3.1**  
Âge des sujets selon leur catégorie

Âge	Catégories de sujets					Total
	Psychiatres	MG*	Psychologues	RP**	Patients	
20-24	0	0	2	0	0	2
25-29	0	0	3	1	1	5
30-34	0	0	1	0	0	1
35-39	1	0	1	1	0	3
40-44	2	1	0	1	6	10
45-49	3	2	2	1	2	10
50-54	2	4	0	0	0	6
55-59	2	2	1	1	1	7
60-65	0	0	0	0	0	0
N / D	0	1	0	0	0	1
<b>Total</b>	10	10	10	5	10	45

\*MG= médecins généralistes

\*\*RP= représentants pharmaceutiques

#### 3.1.2 Pays d'origine

L'étude ayant été effectuée en France, il n'est pas étonnant de constater que plus de 80 % des sujets sont nés dans ce pays (*voir* tableau 3.2). Plus exactement, la totalité des

psychologues, des représentants pharmaceutiques et des patients ainsi que la plupart des médecins généralistes, à l'exception de 2 d'entre eux, l'un provenant du Burundi et l'autre du Vietnam, sont natifs de la France. Cependant, plus de la moitié des psychiatres sont nés à l'étranger, c'est-à-dire que trois sont originaires du Togo, deux du Maroc et un du Madagascar.

**Tableau 3.2**

Pays d'origine des sujets selon leur catégorie

Pays d'origine	Catégories de sujets					Total
	Psychiatres	MG	Psychologues	RP	Patients	
France	4	8	10	5	10	37
Togo	3	0	0	0	0	3
Maroc	2	0	0	0	0	2
Burundi	0	1	0	0	0	1
Vietnam	0	1	0	0	0	1
Madagascar	1	0	0	0	0	1
<b>Total</b>	10	10	10	5	10	45

### 3.1.3 Sexe

Au total, les hommes et les femmes de l'échantillon sont en nombre presque égal (voir tableau 3.3). Cependant, lorsqu'on examine les données de plus près, il appert que tous les médecins, à l'exception de deux individus, sont des hommes et que tous les psychologues sont des femmes. Chez les représentants pharmaceutiques et les patients, le nombre d'hommes est légèrement moins grand que le nombre de femmes.

**Tableau 3.3**

Sexe des sujets selon leur catégorie

Sexe	Catégories de sujets					Total
	Psychiatres	MG	Psychologues	RP	Patients	
Femme	2	0	10	3	6	21
Homme	8	10	0	2	4	24
<b>Total</b>	10	10	10	5	10	45

### 3.1.4 Consommation d'antidépresseurs

Chez les participants de l'étude, toutes classes confondues, plus de 62 % n'ont jamais consommé d'antidépresseurs (*voir* tableau 3.4). Ce nombre augmente à 80 % lorsqu'on soustrait les patients. Plus spécifiquement, chez les médecins, un seul psychiatre en a déjà consommé et chez les médecins généralistes, le nombre augmente à trois, tandis que deux psychologues et trois représentants pharmaceutiques en ont déjà fait l'expérience. Finalement, lors de l'entrevue, six patients en prenaient encore quotidiennement et quatre en avaient déjà pris dans le passé.

**Tableau 3.4**

Consommation d'antidépresseur des sujets selon leur catégorie

Consommation	Catégories de sujets					Total
	Psychiatres	MG	Psychologues	RP	Patients	
Actuellement	0	0	0	0	6	6
Dans le passé	1	3	1	2	4	11
Jamais	9	7	9	3	0	28
<b>Total</b>	10	10	10	5	10	45

### 3.1.5 Antidépresseur consommé le plus récemment

Parmi tous les sujets ayant pris des antidépresseurs (près de 40 %), peu d'entre eux ont consommé le même médicament (*voir* tableau 3.5). Néanmoins, le tiers des patients ont pris de l'*Effexor*® (venlafaxine, ISRS), un psychiatre, une psychologue et deux autres patients ont pris du *Deroxat*® (paroxétine, ISRS), tandis qu'un médecin généraliste et un patient ont consommé du *Séropram*® (citalopram, ISRS).

Parmi les autres participants ayant pris des antidépresseurs, à l'exception de deux d'entre eux qui n'ont jamais mentionné le nom du produit, les données rapportent la consommation des médicaments suivants : *Prozac*® (fluoxétine, ISRS), *Paxil*® (paroxétine, ISRS), *Zoloft*® (sertraline, ISRS), *Laroxyl*® (amitryptiline, tricyclique), *Stablon*® (tianeptine, antidépresseur apparenté aux antidépresseurs imipraminiques) et *Norset*®

(amineptine, antidépresseur apparenté aux antidépresseurs imipraminiques). La presque totalité des médicaments qui ont été consommés sont donc des ISRS ou des antidépresseurs de nouvelle génération.

**Tableau 3.5**

Antidépresseur consommé le plus récemment par les sujets selon leur catégorie

Antidépresseur	Catégories de sujets					Total
	Psychiatres	MG	Psychologues	RP	Patients	
Deroxat (ISRS)	1	0	1	0	2	4
Prozac (ISRS)	0	0	0	0	1	1
Séropram(ISRS)	0	1	0	0	1	2
Paxil (ISRS)	0	1	0	0	0	1
Zoloft (ISRS)	0	1	0	0	0	1
Effexor (ISRNS)	0	0	0	0	3	3
Laroxyl (tricyclique)	0	0	0	0	1	1
Stablon (tianeptine)	0	0	0	0	1	1
Norset (mirtazapine)	0	0	0	0	1	1
N / D	0	0	0	2	0	2
Aucun	9	7	9	3	0	28
<b>Total</b>	10	10	10	5	10	45

### 3.1.6 Consommation d'autres psychotropes, d'alcool et de drogues durant la dernière année de prise d'antidépresseurs

La majorité des participants ayant consommé des antidépresseurs, c'est-à-dire près de 60 % d'entre eux, n'a pas pris simultanément d'autres psychotropes, de l'alcool ou des drogues durant la dernière année (*voir* tableau 3.6). Cependant, chez les patients, quatre d'entre eux ont pris des hypnotiques durant la dernière année de consommation d'antidépresseur et un seul a pris de l'alcool. Chez les autres groupes professionnels, une psychologue a consommé de l'alcool et de la drogue en même temps que des antidépresseurs et un psychiatre a quant à lui consommé des hypnotiques et des anxiolytiques.

**Tableau 3.6**

Consommation d'autres psychotropes, d'alcool et de drogues des sujets durant la dernière année de prise d'antidépresseur selon leur catégorie

Consommation	Catégories de sujets					Total
	Psychiatres	MG	Psychologues	RP	Patients	
Hypnotiques	0	0	0	0	4	4
Anxiolytiques	0	0	0	0	0	0
Hypnotiques + Anxiolytiques	0	0	0	0	0	0
Neuroleptiques	0	0	0	0	0	0
Régulateur de l'humeur	0	0	0	0	0	0
Alcool	0	0	0	0	1	1
Drogue	0	0	0	0	0	0
Alcool et drogue	0	0	1	0	0	1
Alcool+ Hypnotiques + Anxiolytiques	0	1	0	0	0	1
Aucun	1	2	0	2	5	10
<b>Total</b>	1	3	1	2	10	17

### 3.1.7 Durée de la consommation d'antidépresseurs

La durée de consommation des antidépresseurs varie beaucoup, c'est-à-dire de moins d'un mois à près de onze ans chez ceux en ayant déjà consommé (*voir* tableau 3.7). En fait, près des deux cinquièmes de ces participants en ont pris durant moins d'un an, tandis que les autres en ont pris pendant plus d'un an. D'ailleurs, un peu plus du tiers de ces participants ont consommé des antidépresseurs entre un an et trois ans. Il n'y a que dans la catégorie des patients que la consommation d'antidépresseurs a excédé une période de trois ans.

Tableau 3.7

Durée de la consommation des antidépresseurs des sujets selon leur catégorie

Durée	Catégories de sujets					Total
	Psychiatres	MG	Psychologues	RP	Patients	
0 à < 1 mois	1	0	1	0	0	2
1 à < 3 mois	0	1	0	2	1	4
3 à < 6 mois	0	0	0	0	0	0
6 à < 12 mois	0	0	0	0	1	1
1 à < 2 ans	0	1	0	0	3	4
2 à < 3 ans	0	1	0	0	1	2
3 à < 4 ans	0	0	0	0	1	1
4 à < 5 ans	0	0	0	0	1	1
5 à < 6 ans	0	0	0	0	0	0
6 à < 7 ans	0	0	0	0	0	0
7 à < 8 ans	0	0	0	0	1	1
8 à < 9 ans	0	0	0	0	0	0
9 à < 10 ans	0	0	0	0	0	0
10 à < 11 ans	0	0	0	0	1	1
<b>Total</b>	1	3	1	2	10	17

### 3.1.8 Nombre de sujets ayant au minimum un membre de la famille et/ou un ami ayant déjà consommé des antidépresseurs

Lors des interviews, la plupart des sujets (71 %) ont mentionné qu'ils connaissaient au moins un membre de leur famille ou un ami qui consommait des antidépresseurs (voir tableau 3.8). Par ailleurs, près d'un cinquième connaissait même un membre de la famille et un ami qui prenaient des antidépresseurs. Seulement 10 % environ des sujets n'ont rien mentionné à cet effet. Il est à noter que dans tous les groupes de sujets, la répartition est assez uniforme et que les deux catégories présentant la plus importante proportion d'individus (près du tiers dans chaque groupe) ne connaissant pas de membre de la famille ou d'ami qui consomment des antidépresseurs sont dans les groupes de psychiatres et de patients.

**Tableau 3.8**

Nombre de sujets ayant au minimum un membre de la famille et/ou un ami ayant consommé des antidépresseurs selon leur catégorie

Ami et/ou famille	Catégories de sujets					Total
	Psychiatres	MG	Psychologues	RP	Patients	
Ami	3	2	1	2	1	9
Famille	2	5	3	0	5	15
Ami et famille	0	1	4	2	1	8
Aucun	3	1	1	0	3	8
N / D	2	1	1	1	0	5
<b>Total</b>	10	10	10	5	10	45

### 3.1.9 Spécialisation particulière en rapport avec le métier

La majorité des sujets ont fait mention de compétences particulières dans leur profession ou, dans le cas des patients, ont nommé leur champ professionnel (*voir* tableau 3.9). Plus spécifiquement, dans le groupe des psychiatres, trois avaient des compétences plus poussées en gériopsychiatrie et deux en neuropsychiatrie. Chez les médecins généralistes, deux possédaient une formation en médecine du sport et deux autres en nutrition. De plus, chez les psychologues, deux ont fait mention de l'acquisition de compétences en toxicomanie, mais la moitié n'a pas mentionné posséder de compétences particulières dans leur profession. En ce qui concerne les représentants pharmaceutiques, ils ont tous fait allusion à leurs compétences dans le domaine des médicaments antidépresseurs. Finalement, chez les patients, deux ont dit travailler dans le domaine de la restauration.

**Tableau 3.9**

Spécialisation particulière en rapport avec la profession des sujets selon leur catégorie  
(en ordre alphabétique de la spécialisation)

Spécialisation	Catégories de sujets					Total
	Psychiatres	MG	Psychologues	RP	Patients	
Alcoologie	0	1	0	0	0	1
Antidépresseurs	0	0	0	5	0	5
Artisanat	0	0	0	0	1	1
Commerce	0	0	0	0	1	1
Comptabilité	0	0	0	0	1	1
Couture	0	0	0	0	1	1
Documentarisme	0	0	0	0	1	1
Ethnomédecine	0	1	0	0	0	1
Expertise médicale	0	1	0	0	0	1
Gérontopsychiatrie	3	0	0	0	0	3
Immobilier	0	0	0	0	1	1
Maladies chroniques	1	0	0	0	0	1
Médecine du sport	0	2	0	0	0	2
Métrologie	0	0	0	0	1	1
Neuropsychiatrie	2	0	0	0	0	2
Nutrition	0	2	0	0	0	2
Pédopsychiatrie	1	0	0	0	0	1
Pédopsychologie	0	0	1	0	0	1
Placement familial	1	0	0	0	0	1
Prisons	0	0	1	0	0	1
Psychiatrie légale	1	0	0	0	0	1
Psychogériatrie	0	0	1	0	0	1
Restauration	0	0	0	0	2	2
Thérapie familiale	1	0	0	0	0	1
Toxicomanie	0	0	2	0	0	2
Urgence	0	1	0	0	0	1
Usinage	0	0	0	0	1	1
Pas de particularité	0	2	5	0	0	7
<b>Total</b>	10	10	10	5	10	45

### 3.1.10 Années d'expérience reliées au dernier emploi occupé

Les années d'expérience des sujets dans leur métier varient de quelques mois à 35 ans. Seuls quatre sujets n'ont pas fait mention de leur expérience, et il s'agit de quatre patients (voir tableau 3.10). De façon plus détaillée, plus de la moitié des psychologues ont moins de 5 ans d'expérience, ce qui s'explique peut-être par leur âge. En effet, la moitié d'entre eux, comme mentionné précédemment, ont moins de 29 ans. Contrairement à ces derniers, au sein du groupe des médecins généralistes, plus de la moitié possédaient au-delà de 25 ans d'expérience.

Tandis que tous les représentants pharmaceutiques ont entre 5 et 20 années d'expérience dans leur profession, l'expérience des psychiatres se distribue quant à elle entre quelques mois d'expérience à 30 années. Toutefois, mentionnons qu'il n'est pas étonnant que plusieurs psychiatres possèdent moins d'expérience dans leur profession que les médecins généralistes, puisqu'en devenant des spécialistes, ils graduent plus tard.

**Tableau 3.10**

Années d'expérience dans le dernier emploi des sujets selon leur catégorie

Années	Catégories de sujets					Total
	Psychiatres	MG	Psychologues	RP	Patients	
0-5 ans	2	0	6	0	1	9
6-10 ans	1	0	1	1	0	3
11-15 ans	1	0	0	2	3	6
16-20 ans	2	4	2	2	0	10
21-25 ans	2	0	0	0	2	4
26-30 ans	2	5	0	0	0	7
31-35 ans	0	1	1	0	0	2
N / D	0	0	0	0	4	4
<b>Total</b>	10	10	10	5	10	45

3.1.11 Nombre estimé de patients souffrant de dépression traités depuis le début de la carrière (pour les représentants pharmaceutiques, nombre rencontré)

Plus de la moitié des psychiatres et des médecins généralistes ont déclaré avoir traité

plus de 500, voire plus de 1000 patients souffrant de dépression au cours de leur carrière (*voir* tableau 3.11). Cependant, un tiers des psychiatres n'a pas fait mention du nombre. Chez les psychologues, environ un tiers a répondu avoir traité plus de 20 patients souffrant de dépression, environ un autre tiers a répondu plus de 50 et approximativement un dernier tiers a mentionné en avoir traité plus de 100. Chez le groupe des représentants pharmaceutiques, la distribution se répartit entre plus de 10 patients à plus de 100. Dans ce groupe, on tient compte du nombre de patients dépressifs rencontrés.

**Tableau 3.11**

Nombre estimé de patients souffrant de dépression traités depuis le début de la carrière des sujets, en excluant les patients eux-mêmes, selon leur catégorie  
(pour les représentants pharmaceutiques, nombre rencontré)

Nombre de patients	Catégories de sujets				Total
	Psychiatres	MG	Psychologues	RP (nombre rencontré)	
Plus de 10, moins de 20	0	0	1	1	2
Plus de 20, moins de 50	0	0	3	1	4
Plus de 50, moins de 100	0	1	3	1	5
Plus de 100, moins de 500	1	2	3	1	7
Plus de 500, moins de 1000	4	3	0	0	7
Plus de 1000	2	3	0	0	5
N/D	3	1	0	1	5
<b>Total</b>	10	10	10	5	35

### 3.1.12 Revues scientifiques lues

Les groupes de sujets (hormis les patients) lisent différentes revues scientifiques. Selon les résultats, la plupart des périodiques sont attribuables à un groupe particulier de lecteurs (voir tableau 3.12). Ainsi, on s'aperçoit que les psychiatres lisent davantage *l'Encéphale*, *Nervure*, *Synapse*, *La Revue française de psychiatrie*, *Santé mentale*, *l'Information psychiatrique*, *Biological Psychiatry*, *Le Journal des thérapies comportementales et cognitives*, *American Journal of Psychiatry*, *La Lettre de psychiatrie française*, *Psynergie*, *l'Encyclopédie médicochirurgicale*, *Abstract of Psychiatry*, *Pour la science*, *La Revue de gériatrie*, *Prescrire* et *Le Quotidien du médecin*.

Ces trois derniers périodiques font également partie du répertoire de lecture des médecins généralistes, dans lequel il faut ajouter : *La Revue du praticien*, *La Presse médicale*, *Le Généraliste* et *Impact Médecin*. Quant aux représentants pharmaceutiques, ils s'intéressent eux aussi à *L'Encéphale*, *Psynergie*, *Le Quotidien du médecin*, mais ils lisent également la revue *Équilibre*. De leur côté, les psychologues consultent notamment les périodiques suivant : *Thérapie familiale*, *La Revue scientifique de psychanalyse*, *Forensic Magazine*, *Le Journal du psychologue* et *Carnetpsy*. Il est à noter que certains médecins généralistes et certains psychologues ont rapporté ne jamais lire de revues scientifiques.

**Tableau 3.12**  
Revue scientifique lues par les psychiatres, les médecins généralistes, les psychologues et les  
représentants pharmaceutiques

Revue	Catégories de sujets				Total
	Psychiatres	MG	Psychologues	RP	
<i>Abstract Psychiatry</i>	x				1
<i>American Journal of Psychiatry</i>	x				1
<i>Biological Psychiatry</i>	x				1
Carnetspsy			x		1
Équilibre				x	1
EMC <sup>1</sup>	x				1
Encéphale	x			x	2
<i>Forensic Magazine</i>			x		1
Impact médecin		x			1
Information Psychiatrique	x				1
Journal du psychologue			x		1
Journal TCC <sup>2</sup>	x				1
Le généraliste		x			1
Le Quotidien du médecin	x	x		x	3
Lettre de psychiatrie française	x				1
Nervure	x				1
Pour la science	x				1
Psynergie	x			x	2
Prescrire	x	x			2
Presse médicale		x			1
Revue de gériatrie	x	x			2
Revue du Praticien		x			1
Revue française de psychiatrie	x				1
Revue scientifique de psychanalyse			x		1
Santé Mentale	x				1
Synapse	x				1
Thérapie familiale			x		1
Aucune		x	x		2
<b>Total</b>	17	8	6	4	35

<sup>1</sup> Encyclopédie médicochirurgicale

<sup>2</sup> Journal de thérapie comportementale et cognitive

### 3.1.13 Nombre d'heures par mois consacrées à la lecture de revues scientifiques

Les heures passées à lire ces périodiques scientifiques, mentionnés dans la section précédente, varient beaucoup selon les sujets qui ont souligné passer mensuellement moins d'une heure à plus de vingt heures de lecture (voir tableau 3.13). On remarque qu'environ un tiers des médecins généralistes et des psychologues consacrent moins d'une heure par mois à la lecture de revues scientifiques. De plus, des résultats, il ressort que plus de la moitié des psychiatres prennent plus de dix heures par mois à la lecture de ce type de revues, comparativement à environ un tiers des psychologues et à deux cinquièmes des médecins généralistes. Quant aux représentants pharmaceutiques, plus de la moitié consacrent moins de cinq heures par mois à la lecture de ces revues.

**Tableau 3.13**

Nombre d'heures par mois consacrées à la lecture de revues scientifiques des psychiatres, des médecins généralistes, des psychologues et des représentants pharmaceutiques

Heures / mois	Catégories de sujets				Total
	Psychiatres	MG	Psychologues	RP	
0 à < 1 heure	0	3	3	1	7
1 à < 2 heures	0	0	0	0	0
2 à < 3 heures	0	3	2	1	6
3 à < 4 heures	1	0	0	1	2
4 à < 5 heures	1	0	0	1	2
5 à < 6 heures	2	1	0	0	3
6 à < 7 heures	0	0	0	0	0
7 à < 8 heures	1	0	0	0	1
8 à < 9 heures	0	1	1	0	2
9 à < 10 heures	0	0	0	0	0
Plus de 10 heures, moins de 15	3	1	1	0	5
Plus de 15 heures, moins de 20	1	1	1	0	3
Plus de 20 heures	1	0	1	0	2
N / D	1	0	1	1	3
<b>Total</b>	10	10	10	5	35

### 3.1.14 Raisons que les patients ont évoquées pour avoir consulté un médecin et/ou un psychologue

Lors de l'enquête, les principales raisons que les patients ont rapportées comme les ayant poussés à consulter un médecin et/ou un psychologue sont : la perte d'un être cher, l'épuisement professionnel et les problèmes familiaux (*voir* tableau 3.14). D'autres raisons moins fréquemment mentionnées se sont retrouvées parmi les réponses des patients. Il s'agit du désintérêt de la vie, des problèmes liés à l'enfance et des tentatives de suicide.

**Tableau 3.14**

Raisons évoquées par les patients expliquant la consultation d'un médecin et/ou d'un psychologue

<b>Raisons</b>	<b>Nombre</b>
Désintérêt de la vie	1
Épuisement professionnel	2
Perte d'un être cher	3
Problèmes familiaux	2
Problèmes liés à l'enfance	1
Tentative de suicide	1
<b>Total</b>	<b>10</b>

## 3.2 Présentation des arbres thématiques par rubriques

Cette section a comme objectif principal de présenter les arbres thématiques construits au cours de l'analyse des résultats. En effet, suite aux entrevues avec les participants, l'analyse des résultats a fait ressortir des thèmes que nous avons regroupés sous différentes rubriques, après un consensus avec un vérificateur. Sous ces rubriques, une fois les thèmes analogues rapprochés, ils ont été reliés, faisant ainsi apparaître des arbres thématiques (*voir* appendice G pour un exemple).

Plus précisément, la position de chaque thème dans l'arbre respecte son degré de récurrence dans l'analyse des verbatim des participants. Donc, plus un thème se rapproche du sommet, plus sa fréquence rapportée est élevée et, inversement, plus il se rapproche de la

base, moins il a été mentionné. De plus, pour être insérés dans l'arbre, les thèmes doivent être ressortis minimalement trois fois dans l'ensemble des verbatim. Par contre, ils ne peuvent pas être comptés plusieurs fois pour un même participant.

Les sections qui suivent présentent maintenant les résultats des arbres thématiques. Les trois premières sections exposent ce que les participants ont rapporté sur leur perception de la dépression, leurs expériences avec les antidépresseurs et sur leur perception de la prescription de ce médicament. Les sections suivantes s'attardent, quant à elles, aux différentes croyances à propos des antidépresseurs ressorties dans le discours des participants. La dernière section rapporte comment les sujets à l'étude perçoivent la psychothérapie.

### 3.2.1 Perceptions des sujets à propos de la dépression

Dans la majorité des cas, les sujets ont abordé la dépression suivant ses effets négatifs sur le psychisme et sur le physique. Les effets les plus souvent mentionnés sont les sentiments de vide et de tristesse, les idées noires, l'insomnie ou l'hypersomnie, le manque d'énergie, la colère excessive et la difficulté à se concentrer. En fait, chez la majorité des patients, la dépression est le plus souvent perçue et définie selon ses symptômes. Les psychiatres, plus spécifiquement, la voient plutôt comme un syndrome pouvant regrouper une humeur dépressive, une dévalorisation, une culpabilisation, un ralentissement psychomoteur, un ralentissement des idéations et/ou des problèmes somatiques. Le psychiatre no 1 la décrit en ces mots :

« J'en ai une vision très académique, très théorique, euh! C'est un trouble de l'humeur, hein, qui se manifeste généralement par une grande tristesse, une douleur morale, une hypothyrie, oui, avec tout un cortège souvent neurovégétatif, genre anxiété, angoisse, trouble du sommeil, trouble de la concentration. »

Cette description de la dépression suit d'assez près les critères diagnostiques du DSM-IV, le principal outil de diagnostic de plusieurs psychiatres interrogés. Les psychologues, eux aussi, utilisent ce vocabulaire pour s'exprimer sur le sujet, mais dans une moindre mesure. Quant aux médecins généralistes, ils vont plutôt décrire la dépression comme la perte de

repères, la fin de projets, le vécu douloureux par rapport à la tristesse ou à la dévalorisation, etc. Les patients, eux, décrivent invariablement cette psychopathologie par rapport à leur propre vécu. Ainsi, pour la plupart, les symptômes éprouvés sont de la fatigue, de l'hypersomnie et la perte de capacité à organiser ses idées.

En fait, pour plusieurs, souffrir de dépression signifie surtout ne voir que les côtés négatifs de l'existence. C'est cette pensée qui le plus souvent pousse la personne à se suicider. Il est à noter, en effet, que le risque suicidaire lié à la dépression semble une idée plus présente dans la tête des patients que chez toute autre catégorie de participants. La patiente no 7 s'exprime sur le fait que, selon elle, il est important de savoir se rattacher à des individus qui nous tiennent à cœur pour rester en vie :

« C'est terrible ça, parce que bon, on est là dans notre tête, dans notre douleur, on se fout un petit peu de tout et malgré les petits (enfants) qui sont là, ça ne change rien, mais bon je vais dire heureusement quand même qu'ils sont là, car (...) je ne serais plus de ce monde de toute façon, c'est sûr, je ne serais plus de ce monde. »

Pour d'autres, la dépression est aussi perçue littéralement comme une perte de l'élan vital. La patiente no 6 raconte comment elle se sentait lorsqu'elle souffrait de dépression :

« (...) Ma vision de la dépression, de sentir, je crois comme une, ouais, perdue en fait comme une coquille perdue. (...) Je me suis sentie comme trouée (pleurs) (...) incapable de prendre la moindre, la moindre décision, rien du tout, je crois que c'est en fait être comme une coquille de noix euh au milieu d'un torrent. »

Les mots utilisés par la patiente no 6 sont très lourds. Elle se décrit comme sentie perdue, trouée et vulnérable. La référence à la coquille de noix au milieu d'un torrent est très évocatrice. Une coquille est en fait une prison et une protection pour l'objet qui l'habite n'ayant pas de contrôle sur l'extérieur. Ce dernier étant aussi hostile qu'un torrent lors d'une dépression, aux yeux de cette patiente.

La dépression peut être vue comme une maladie à part entière, une entité nosologique en soi : « Il y a des symptômes qui font un syndrome, le syndrome va lui-même appartenir à une entité nosographique », explique le psychiatre no 9, « C'est une maladie mentale, point

final », mentionne le médecin généraliste no 3. Au contraire, elle peut également être vue comme un symptôme se retrouvant dans d'autres maladies telles la schizophrénie ou les troubles obsessionnel-compulsifs : « Qu'est-ce que c'est la dépression... euh...un symptôme », dit la psychologue no 2.

Certains disent également qu'il existe plusieurs types de dépression et que cette dernière a des causes multiples. Les problèmes familiaux, la perte d'un être cher, l'épuisement et, plus largement, une rupture dans le parcours de vie, par exemple, sont autant de facteurs de risque présents dans la tête de plusieurs sujets à l'étude. En ce sens, comme le rapportent certains participants, il devient important de comprendre les causes de la dépression.

De même, la personnalité occupe un rôle non négligeable dans la dépression et, aux yeux des participants, la fragilité individuelle joue souvent un rôle de premier ordre dans le déclenchement de la maladie. Voici les propos du psychiatre no 4 qui illustrent ses perceptions :

« Je pense que si quelqu'un arrive à déprimer, c'est que la personne a une fragilité interne, hein, parce qu'on ne déprime pas comme ça, je, je pense que la personnalité joue beaucoup de rôles ou a beaucoup de poids dans la dépression (...). »

De plus, selon les sujets, l'individu ne se rend pas compte par lui-même qu'il souffre de dépression et que cette souffrance peut arriver d'une façon inattendue. Le médecin généraliste no 5 parle ainsi de son propre vécu dépressif : « (...) Je ne m'attendais vraiment pas à cela, je me sentais plutôt costaud ». Aussi, la dépression peut parfois être perçue comme une période d'arrêt ayant pour but, notamment, le ressourcement. Le psychiatre no 5 exprime clairement cette idée :

« Pour moi, la dépression, c'est, ce, avant tout, un ras-le-bol et je dirais que la dépression est salvatrice dans la mesure où c'est comme un fusible et que l'individu qui ne peut plus, qui reste impuissant de la situation, la seule façon de s'en sortir c'est de disjoncter au niveau dépressif pour faire une espèce de mise au repos de ses facultés intellectuelles, qui refusent effectivement de continuer à fonctionner (...). Heureusement qu'il y a la dépression, car la dépression sert à remanier, à se ressourcer

pour repartir. »

Le psychiatre no 5 insiste sur le caractère protecteur de la dépression. Il la qualifie de salvatrice. Il parle d'un fusible, du fait de disjoncter au niveau dépressif et d'une mise au repos qui permettent un remaniement, un ressourcement et un nouveau départ. Il aborde le côté davantage positif que négatif de la dépression.

Par ailleurs, de nombreux participants à la recherche ont mentionné qu'il existe de plus en plus de gens souffrant de dépression, que le nombre de personnes atteintes dans la population est élevé et que celle-ci est davantage liée à des problèmes socio-économiques. Par exemple, le psychiatre no 8 raconte :

« La dépression, c'est quelque chose de, j'ai l'impression que ça, ça prend de l'ampleur avec euh peut-être la, l'évolution de la société actuelle (...), ce qui est vraiment prédominant quand même dans la dépression, c'est vraiment l'environnement et le contexte de vie et les relations interpersonnelles. »

Les représentants pharmaceutiques n'ont quant à eux pas fait mention des symptômes de la dépression, préférant dire qu'il ne s'agissait pas là de leur champ d'expertise. Cependant, pour ce groupe de sujets, l'idée précédemment citée qui dit que la dépression est généralement liée à des problèmes socio-économiques de notre époque ressort particulièrement. En ce sens, ils diront qu'elle est la conséquence de l'inadaptation de plusieurs individus à un système de plus en plus exigeant envers eux et qu'elle devient le fléau des temps modernes qui traversent une période où les taux de chômage grimpent, où sévit une perte du sens de la famille, etc. Le représentant pharmaceutique no 2 se rallie à ces propos.

- « Ma vision de la dépression, c'est un fléau qui est quand même assez présent notamment, notamment euh, oui, dans, dans, dans les sociétés de consommation libérale où je pense que le facteur de l'anxiété et de stress favorise la mise en place effectivement du syndrome dépressif.

- OK.

- Voilà euh, je pense que c'est une maladie extrêmement planétaire, parce qu'il y en a de plus en plus (...). »

De plus, selon certains sujets, la dépression est encore taboue et mal comprise dans notre civilisation, ce qui ne facilite pas la guérison des individus en souffrant. À cette opinion, le médecin généraliste no 7 ajoute quelques clarifications.

« (...) je dirais qu'on constate qu'il y a comment dire, une, une aggravation des pathologies liées à la dépression ou l'anxiété peu importe hein, ça va de pair bien sûr, donc je pense que euh, en plus, on est dans une civilisation latine euh, judéo-chrétienne où euh c'est mal vu. »

Une nuance est toutefois apportée par la psychologue no 4.

« Ma vision de la dépression, ben, c'est une maladie qui est déjà mal connue en dehors de l'hôpital, du CMP, ça passe plutôt pour de la fainéantise (rires) euh, c'est une dépression, euh, c'est une maladie qui est assez difficile à comprendre par l'entourage, hum, et puis euh, c'est assez difficile à soigner. »

Beaucoup de participants ont rapporté croire qu'il y avait un manque de praticiens et de professionnels pour traiter la dépression. L'accessibilité des psychiatres est difficile et un manque d'expertise des médecins généralistes pour diagnostiquer la dépression persiste. Pourtant, les participants à l'étude croient à l'importance de faire un diagnostic adéquat de la dépression, car, dans certains cas, une mauvaise évaluation peut être lourde de conséquence. Voici ce que le médecin généraliste no 2 nous dit :

« Nous, on est pas tellement formés à ça (en parlant de la dépression). (...) En plus, on a beaucoup de problèmes pour envoyer les patients difficiles chez le psychiatre parce qu'on est débordés. (...) Il y a des patients qui deviennent un peu chroniques, qui ont des parcours de vie un peu chaotique et qui ne sont pas mis sur selle, en selle, je dirais qu'on pourrait les prendre en charge plutôt quoi! Alors, il y a quand même pas mal de travail à faire dans la vie sur les, sur les échecs et qui fait qu'on voit toujours les mêmes personnes un petit peu! »

Le médecin généraliste no 9 apporte d'autres éléments par ces paroles :

- « On n'avait pas été formé du tout, absolument pas, je n'ai jamais eu aucune formation en psychiatrie ou en psychologie et puis donc, ça me paraissait un peu curieux que les gens viennent pleurnicher chez, chez moi quoi, mais bon maintenant qu'on pleurniche partout, on est habitué. (...) Ce n'est pas mon point favori, ce n'est pas mon truc favori.

- Pourquoi ce n'est pas votre truc favori?
- Parce que c'est chiant, c'est long, c'est, c'est euh, je ne sais pas, peut-être que ça me provoque quelque chose aussi, je ne peux pas dire, c'est des consultations longues et bon, on a l'impression d'être quand même un peu impuissant. »

### 3.2.2 Expériences des antidépresseurs vécues par les sujets

Lors des entrevues, des questions ont été orientées de façon à faire ressortir les expériences des sujets avec les antidépresseurs et ce, quel que soit leur vécu, c'est-à-dire professionnel et/ou personnel. La section suivante examine quels thèmes se détachent des analyses, tels l'efficacité des antidépresseurs, leur effet placebo et leurs effets secondaires, l'arrêt du traitement, les nouvelles générations d'antidépresseurs et les antidépresseurs génériques.

D'abord, il faut dire que la grande majorité des participants ne croient pas que l'antidépresseur est la panacée des médicaments traitant la dépression. « (...) Les antidépresseurs, je ne crois pas qu'il y ait une molécule qui soit la panacée universelle, hein, c'est, il y a toute une gamme d'antidépresseurs ça, ça c'est clair euh, les laboratoires en font leurs choux gras (...) » (psychiatre no 6).

Par ailleurs, les sujets soulignent que l'effet placebo associé à la prise d'antidépresseurs est important. Le psychiatre no 3 explique : « (...) Alors, il est vrai que, il y a aussi l'effet placebo (...) je vais vous prescrire un antidépresseur si vous faites une dépression, euh, rien que ça, pour soigner votre dépression rien que ça, ça peut jouer (...) ».

Pour sa part, le représentant pharmaceutique no 1 préfère parler de l'effet placebo plus largement en disant que : « (...) comme tous les médicaments, il y a un effet placebo qui est ajouté à l'effet chimique du médicament (en parlant de l'antidépresseur), mais c'est vrai dans toutes les maladies et tous les traitements. » Cependant, pour plusieurs participants, dont le patient no 5, les antidépresseurs devraient plutôt être perçus comme un support ou une béquille :

« Ben, les médicaments, c'est plus comme ils disent, c'est plus une béquille. Il faut faire aussi un travail sur soi pour arriver à ce que les médicaments soient efficaces, je me souviens moi, quand je prenais mes médicaments, le Stablon que le médecin m'avait donné, euh, c'était devenu trop, trop routinier quoi, ça ne servait plus à rien (...) ».

Nous pouvons nous apercevoir ici que le patient no 5 évoque l'importance d'un travail sur soi simultanément à la prise d'un antidépresseur. Sans quoi, ce dernier est réduit à une béquille, quelque chose de trop routinier qui ne sert en fait plus à rien, rapporte-t-il.

Aussi, un autre thème abordé concerne les effets secondaires des antidépresseurs qui deviennent souvent un problème pendant leur consommation. Ils altèrent notamment la fonction sexuelle (un tiers des psychiatres le soulignent) et provoquent une prise de poids. Ainsi, les participants sont d'avis qu'il ne peut s'agir d'une solution à long terme. Par exemple, la patiente no 7 exprime sa perte d'appétit sexuel lorsqu'elle consommait des antidépresseurs :

- « (...) Pour la libido déjà ce n'est pas très bon non plus.

- OK.

- Ah ça, c'est sûr, ah ça, c'est sûr, alors c'est flagrant, ça se voit, c'est incroyable.

- Ah oui?

-Incroyable, c'est pour ça, pour des choses, ce n'est pas bon parce que déjà, si vous n'avez plus de libido déjà dans votre couple, il en prend un coup, alors si vous guérissez une chose pour en débâter une autre chose. »

De plus, comme l'ont mentionné la moitié des patients interviewés, les antidépresseurs peuvent parfois amener des résultats inverses et pourraient notamment, dans certains cas relatés par des participants de l'étude, inhiber la parole. Faisant mention des patients ayant une trop lourde médication d'antidépresseurs, la psychologue no 1 exprime ainsi sa colère: « (...) (l'antidépresseur) vient complètement camoufler vraiment l'ordre émotionnel et euh, inhiber la parole, un ralentissement à parler et du coup, ça amène d'autres symptômes qui sont liés aussi au traitement médicamenteux ».

En outre, la moitié des psychiatres et plusieurs autres participants soulignent que les antidépresseurs peuvent amener une désinhibition chez son consommateur et, en ce sens,

accroître le risque suicidaire, notamment chez les adolescents, groupe plus à risque. De plus, le psychiatre no 4 fait part de son inquiétude sur ce point en exprimant ceci : « (...) Je me pose beaucoup de questions, je me dis à qui je prescris, bon si ça l'aide : levée d'inhibitions et risque de se suicider, là oui des fois, ça me fait hésiter ».

Par ailleurs, plusieurs participants affirment que le délai d'action des antidépresseurs est particulièrement long et qu'il existe une variabilité des effets de ces psychotropes dépendamment des personnes qui les consomment. Le représentant pharmaceutique no 1 explique ainsi cette variabilité :

« (...) L'être humain n'est pas un et unique, euh, on a tous, euh, même au niveau biologique, des petites différences, elles sont minimes, mais ça peut être important, la preuve c'est qu'il y a des gens qui ont des effets indésirables avec un médicament, d'autres qui n'en ont pas, c'est la différence de, de chaque personnalité, chaque individu. »

D'autres encore ajoutent que l'efficacité de ces psychotropes n'est pas complète et qu'ils ne traitent la dépression que superficiellement. La moitié des patients déclarent que les antidépresseurs ne sont pas une solution à long terme, eux qui les ont déjà consommés. La psychologue no 5 se base sur sa propre expérience de consommation d'antidépresseurs et sur ce qu'elle a remarqué au fil de sa pratique clinique chez les patients qui en consommaient pour faire l'affirmation suivante : « (...) C'est un peu de mettre un voile sur d'autres choses quoi (en parlant de la prise d'antidépresseurs). Pour moi, on ne règle pas le symptôme avec un princeps (médicament non générique), ça ne fait que masquer les choses. » Le psychiatre no 4, plus radical, va plus loin. Il confie : « (...) J'avais beaucoup d'espoir, je pensais qu'en mettant un antidépresseur bon ben ça devait résoudre les choses, mais je pense, ça ne résout pas du tout. »

Quant à l'arrêt de la prise d'antidépresseurs, des participants avertissent qu'il est important de ne pas cesser immédiatement après la disparition des symptômes afin de prévenir les rechutes. Le patient no 3 raconte :

« (...) Le plus dur ce n'est pas les prendre, c'est de vouloir arrêter parce qu'on se dit tiens, on va arrêter ça et en fait, on se rend compte que au bout... parce que j'ai essayé d'arrêter net, ce n'est pas faisable. Il faut que ça soit dégressif forcément. (...) J'avais peur d'arrêter ne serait-ce que par peur de, de replonger aussi. (...) J'étais en état de manque, on va dire.»

Néanmoins, plusieurs participants semblent convaincus que les antidépresseurs sont un bon outil contre la dépression, car ils amélioreraient notamment la qualité de vie des personnes dépressives qui, grâce à ce médicament, relativisent leurs problèmes personnels plus facilement. En fait, environ la moitié des médecins généralistes soutiennent cette idée. Le médecin généraliste no 2, par exemple, appuie cette opinion : « C'est une arme assez remarquable hein! En termes de lutte contre l'anxiété et contre les idées noires (...) ».

Pour maints sujets, la phase aiguë de la dépression est la période pendant laquelle l'antidépresseur fait le plus d'effet. C'est à cette phase qu'il faut le préconiser, car il aide plus efficacement la personne atteinte de ce trouble. La psychologue no 4 abonde dans ce sens et argumente son point de vue : « (...) Je pense qu'il y a des patients qui sont tellement mal, à certains moments, et qui ne peuvent pas s'en sortir sans médicament. »

Ainsi, l'antidépresseur, pour bon nombre de participants à l'étude, dont, notamment, une grande part des représentants pharmaceutiques, demeure un produit dynamisant qui amène les gens à moins pleurer. Le patient no 8 mentionne clairement cet aspect: « (...) On a essayé [d'arrêter la prise d'antidépresseurs] il y a un mois de ça et je recommençais à pleurer et à pleurer donc on a dit qu'on continuait. » Selon plusieurs autres encore, l'antidépresseur est aussi efficace pour réguler le sommeil et pour détendre le corps et l'esprit.

Pour la plupart des individus consultés, les nouvelles générations d'antidépresseurs (ISRS, IRSN, etc.) sont les plus efficaces, principalement dus à leur facilité d'utilisation et le nombre moins élevé d'effets secondaires reliés, tels les problèmes cardiovasculaires que peuvent provoquer les tricycliques. Par conséquent, notons que plusieurs des participants témoignent d'une plus grande utilisation de ces nouvelles générations d'antidépresseurs. Constatons ce que dit le psychiatre no 1 à propos des antidépresseurs de dernières générations.

« (...) Il est vrai aussi que les nouvelles classes d'antidépresseurs ont permis, ont permis de, d'améliorer l'évolution pronostique, l'évolution, ben dans la mesure où ces antidépresseurs sont euh, sont d'un, comment dirais-je, comportent moins d'effets secondaires et sont d'une longueur clinique moindre, donc nécessitent, donc des manipulations plus faciles. »

Néanmoins, certains sujets rappellent qu'il ne faut pas oublier les avantages des tricycliques et des IMAO pour autant. D'autres rapportent qu'il existe une grande variété de marques et de types différents d'antidépresseurs. Le psychiatre no 8 rappelle que :

« (...) pour les antidépresseurs, c'est vrai qu'il y a avec la sortie de la multitude d'antidépresseurs de type séroto, sérotoninergique, noradrénergique, ou les deux en même temps, euh, c'est vrai qu'on a du mal à choisir, euh, quel sera plus, euh, enfin plus efficace, dans quel type de dépression (...) ».

Parmi ces produits, il y a les médicaments génériques que certains individus interrogés considèrent comme une menace. Cette vision négative transparait notamment chez les représentants pharmaceutiques. D'autres argumentent que leur qualité est moindre et qu'ils peuvent entraîner des effets inattendus et des réactions dangereuses. Toutefois, cette vision émane principalement des délégués pharmaceutiques qui représentent les compagnies vendant les molécules princeps. Pour le représentant pharmaceutique no 3, les génériques sont une fumisterie :

« (...) Pour moi c'est une énorme fumisterie parce que c'est des gens qui gagnent de l'argent largement autant que les laboratoires qui font les molécules princeps, euh, sous prétexte de faire gagner quelques centaines d'euros (...), mais c'est des parasites pour moi (...) je ne suis pas sûr que l'industrie pharmaceutique est *clean* sur ce, sur ce truc-là (...) il ne faut pas oublier que la plupart des laboratoires de génériques sont des branches de d'autres compagnies pharmaceutiques. »

Nous pouvons nous apercevoir ici que la représentante citée voit les génériques négativement non parce qu'ils sont un risque clinique à ses yeux, mais bien car ils sont un risque économique.

Enfin, d'un côté, certains participants s'attristent que l'accès aux antidépresseurs soit réservé aux pays riches et, de l'autre côté, d'autres trouvent qu'il y a beaucoup, voire trop, de

consommateurs d'antidépresseurs au sein de la population occidentale. La psychologue no 4 est l'une des participantes qui le souligne dans son discours.

« (...) Une très grosse partie de la population consomme des antidépresseurs, ça pose question hein, je ne sais plus où c'en est les pourcentages en France, c'est immense. C'est dingue ça, c'est aussi, je pense une philosophie de la société, on ne doit pas souffrir, ou lorsqu'il y a souffrance, il faut absolument qu'il y ait un remède à ça et euh, bon, je crois qu'il y a un peu une vision de ça. »

Ici, l'obligation de ne pas souffrir est soulevée. Pour toute souffrance, il faut un remède en Occident, élabore la psychologue citée qui explique ce phénomène par une philosophie de la société.

### 3.2.3 Perceptions des sujets de la prescription des antidépresseurs

Comme nous l'avons vu dans notre revue de littérature, la prescription d'antidépresseurs est en constante hausse dans les pays occidentaux. Cette croissance représente des coûts sociaux gigantesques et entraîne des conséquences socioculturelles nombreuses. Dans cette section, nous explorons comment la prescription d'antidépresseurs est perçue par les différents acteurs. Comment s'y prennent les prescripteurs? Qu'en pensent les psychologues et les représentants pharmaceutiques? Comment les patients envisagent la prescription de ce médicament? Comment ont-ils vécu l'expérience de se faire prescrire ce psychotrope? Parmi les thèmes ressortis à propos de la prescription, les participants abordent principalement l'importance d'expliquer le fonctionnement des antidépresseurs aux patients, l'analyse des bénéfices et des risques, le rôle des médecins généralistes, la co-prescription et l'alliance thérapeutique.

Un grand nombre de sujets à l'étude, et particulièrement les psychiatres, ont affirmé l'importance d'expliquer le fonctionnement des antidépresseurs au patient lors de la prescription, par exemple, les effets secondaires ou encore le bien fondé de ce type de psychotrope. Le psychiatre no 1 insiste sur la priorité de fournir une explication, d'autant plus, mentionne-t-il, que les effets des antidépresseurs ne sont pas rapides.

« L'anxiolytique a un effet instantané et un effet entre autre relaxant, l'anxiolytique, dès qu'ils (les patients) le prennent, un quart d'heure, vingt minutes après, ils vont sentir une détente, une relaxation et c'est un effet qui est ressenti, qui est vécu. Tandis que l'antidépresseur, ils ne sentent pas son action, mais là, c'est aussi le rôle des médecins ou même des infirmiers (...) C'est leur expliquer, prendre le temps et la peine de prendre un stylo, un tableau, et expliquer les différentes actions au niveau neuronal hein? (...) même si, vous ne ressentez rien, l'antidépresseur lui continue à faire le travail, le travail pour lequel il a été, il a été, il a été prescrit, et donné, il continue à le faire même si vous ne le sentez pas, et en même temps de votre tristesse et de votre douleur. »

Il faut aussi expliquer le fonctionnement de la dépression au patient pour favoriser la meilleure observance possible au traitement et pour prendre en considération la croyance de celui-ci à propos du médicament. C'est ce qu'argumentent, du moins, plusieurs participants dont la moitié se retrouvent être des médecins généralistes. Toutefois, dans une perspective plus large, le psychiatre no 4 affirme que lors du traitement des patients psychiatriques, les divers intervenants ne prennent tout simplement pas en compte leurs croyances. Il ajoute que la psychiatrie du futur doit intégrer la foi des gens, et leurs croyances, comme il se fait dans les pays en voie de développement. De plus, certains sujets pensent qu'il est essentiel de prendre le temps nécessaire lors de la prescription. Le médecin généraliste no 5 s'offusque sur ce point en ces mots :

« Maintenant, on utilise (l'antidépresseur) encore sûrement beaucoup trop avec parfois, avec une facilité réelle, à se dire, devant quelqu'un, quand on n'a pas le temps de discuter, bon, on va vous mettre quelque chose et on en reparlera. Et ça c'est vraiment une catastrophe parce que bon souvent, on ne prend pas le temps de voir ce qui se passe. Mais d'un autre côté, on n'a aucun autre interlocuteur! C'est l'hôpital psychiatrique (...) c'est une calamité. »

Ainsi, plusieurs participants clament l'importance d'une explication suffisante du fonctionnement de l'antidépresseur aux patients par les médecins, en prenant le temps nécessaire de faire comprendre les enjeux aux patients, et ce, au moment de la prescription. Cependant, selon les propos des participants, cette pratique n'est pas courante. Certains participants ont rapporté que la divulgation d'informations lors de la prescription est rare et que la principale source de renseignements demeure souvent la notice d'utilisation de la boîte du médicament. Parmi les sujets de l'étude, les patients (la moitié de ceux interrogés), qui ont

été suivis soit par des psychiatres, soit par des médecins généralistes, soit par les deux ont eux-mêmes vécu cette situation. Le patient no 2 est l'un d'entre eux et il raconte en ces termes comment il a débuté sa consommation de *Stablon* lors d'une hospitalisation :

- « D'accord, et qu'est-ce que vous avez reçu comme information concernant ce médicament?

- Rien.

- Rien?

- Oh rien, non simplement, moi quand, ah la première fois qu'on m'en a donné, c'était le soir quand on mangeait, on m'a dit : " Voilà vous avez ce traitement-là. "

- O.K.

- Et c'est pour ça, à un moment, j'ai été voir un pharmacien parce que bon ben, on peut lire la notice évidemment, mais bon, alors lui, il m'a expliqué : "Oh oui c'est un antidépresseur, mais bon ça dépend, ça dépend, ça dépend des gens qui les prescrivent", mais bon enfin c'est vrai que bon, c'est vrai que ça aide certainement à se sentir mieux, de toute manière si on me l'a prescrit, il y a certainement une raison, je ne pense pas que ça soit des illuminés s'ils me l'ont donné, c'est certainement parce qu'il y a une raison. »

Dans ces propos, le patient no 2 ne semble guère savoir finalement à quoi sert l'antidépresseur qu'on lui a prescrit. À se sentir mieux, il suppose. Il apparaît se résigner en faisant confiance aux médecins qui le lui ont donné en se disant qu'ils ne sont pas des illuminés. De toute évidence, la confiance envers le médecin doit donc être grande si aucune raison n'est donnée.

Cela étant dit, pour plusieurs participants, ce qui importe dans l'analyse des bénéfices et des risques de la consommation d'antidépresseurs au moment de leur prescription, c'est la façon de faire du prescripteur. En fait, la moitié des psychiatres et le tiers des patients ont abordé cette question avec plus d'ardeur. Sur ce point, le raisonnement de la psychologue no 4 a été retenu.

« (...) Je me dis bon, quand on peut soulager un malade, c'est sûr, bon, ça a des effets secondaires, ça a des effets négatifs, c'est sûr, mais si les avantages sont supérieurs aux inconvénients, bon, autant les utiliser quoi. Je veux dire à la limite (*soupirs*), moi, je ne suis, je ne suis pas contre les médicaments, mais à bon escient par contre! »

Un autre point soulevé en majorité par les médecins généralistes et par les représentants pharmaceutiques concerne le suivi post-prescription qui devrait être réalisé. Le représentant pharmaceutique no 5 affirme que les antidépresseurs sont des médicaments très utiles dans le traitement de différentes maladies, à condition qu'il y ait un suivi de réalisé, ainsi qu'une prise en charge complète, et que la prescription soit signée par un spécialiste qui s'assure de maintenir un soutien parallèle aux patients. Il est donc primordial de manier les antidépresseurs avec prudence, d'autant plus que la prescription de ce médicament est mitigée pour les enfants aux yeux de plusieurs spécialistes. C'est le cas, en fait, pour le tiers des psychiatres et pour la moitié des médecins généralistes. Voici une controverse rapportée par le psychiatre no 2.

« (...) Il y en a avec certains enfants aujourd'hui qui disent de ne pas les utiliser (les antidépresseurs) hein, lorsque vous lisez sur Internet et tout ça, le Ministère a dû dire de retirer certains antidépresseurs chez les enfants, il y a une remise en cause chez les enfants mêmes chez les adolescents (...) il y a des médecins qui en prescrivent et le risque suicidaire est beaucoup plus grand, il faut avoir des équipes vraiment solides qui savent traiter avec les jeunes, ça ce n'est pas facile, ça dépend de l'équipe avec qui on travaille. »

Pour la prescription d'antidépresseurs chez les enfants, le psychiatre cité insiste sur l'importance des équipes qui traitent les jeunes souffrant de dépression, afin de les encadrer le plus possible. Il semble difficilement envisageable pour lui qu'un médecin puisse prescrire des antidépresseurs à un enfant qui n'obtiendrait pas d'encadrement par des équipes bien formées.

De plus, un nombre considérable de participants croient que les médecins généralistes sont les principaux prescripteurs d'antidépresseurs, mais que, paradoxalement, ils manquent d'expertise pour diagnostiquer et traiter la dépression. À ce propos, les opinions des différents interviewés divergent légèrement. Plus précisément, le psychiatre no 2 explique que, avec les médecins généralistes, en ce qui concerne l'expertise nécessaire pour prescrire des antidépresseurs, les avis sont tranchés : il y a ceux qui prescrivent trop et ceux qui ont peur de prescrire. Ils prescrivent des médicaments à doses insuffisantes ou alors, ils passent le relais à la psychiatrie. Ce même psychiatre ajoute que plusieurs médecins généralistes ne

savent pas ce qui est dangereux. Le médecin généraliste no 2 affirme lui aussi que ses homologues manquent d'expertise à ce niveau et il ajoute, en parlant des antidépresseurs:

« C'est facile à donner, et que, comme ça, on ne discute pas avec le patient (*rires*) (...) C'est méchant. C'est comme ça (*rires*). Ben, je pense qu'on n'a pas assez de temps, il faut qu'on ait des, on ait d'autres professionnels pour prendre les gens en charge. (...) On ne pourra pas prendre en charge ces problèmes-là. On ne peut pas. On n'aura pas de temps. Et pis on n'est pas formé, on est mal formé sur la prise en charge de ces problèmes là! Donc, celui qui s'intéresse pas, ben, il chute en douce quoi! C'est tout. »

Par ces paroles, le médecin généraliste cité soulève le manque de temps de ses homologues, voire le manque de volonté pour certains d'entre eux : « C'est méchant. C'est comme ça », souligne-t-il en riant. Il ajoute le manque de formation chez ses collègues généralistes.

Sur cette question, le représentant pharmaceutique no 3 précise : « J'ai eu l'impression par le passé que certains généralistes peut-être euh pas assez formés, ou pas assez concernés euh donnaient une réponse peut-être un peu rapide et pas suffisamment complète en donnant l'antidépresseur et pas de suivi. »

Différents sujets, principalement des représentants pharmaceutiques, partagent aussi cette opinion selon laquelle un manque de rigueur et de contrôle existe quant il est question de prescription d'antidépresseurs. À ce propos, le représentant pharmaceutique no 5 s'exprime :

« (...) Je pense que les médecins généralistes donnent un antidépresseur plus pour répondre à une demande euh, euh du patient qui veut un psychotrope, un anxiolytique, un antidépresseur parce que ça ne va pas. Ils sont obligés (...) de répondre à une demande, euh, et puis après peut-être d'aviser, voir s'ils continuent la prise en charge ou s'ils aiguillent. C'est un peu une euh, oui, c'est pour répondre à une demande avec un suivi peut-être plus court aujourd'hui. »

Le représentant pharmaceutique no 5 insiste sur l'obligation des médecins généralistes de répondre à une demande des patients. Comme si ces derniers n'avaient pas d'autres choix.

Parallèlement, d'autres personnes stipulent que les indications médicales à propos des antidépresseurs ne cessent d'évoluer et qu'un risque demeure pour le médecin lorsqu'il prescrit. En effet, selon eux, les risques que le médecin puisse se tromper lors de la prescription d'antidépresseurs sont une réalité concrète. Par exemple, le psychiatre no 3 dit, intégralement, que « on ne peut pas ne pas se poser de questions par rapport aux indications médicales parce que ce qui est valable aujourd'hui ne le sera peut-être plus dans quelques mois, dans quelques années ». Il conclut en avouant son ignorance et sa peur d'une prise de conscience tardive des conséquences négatives que ce phénomène pourrait produire à long terme.

Aux yeux de différents sujets, et principalement pour le groupe des psychologues, il devient donc crucial de rappeler que la prescription des antidépresseurs doit être réfléchie deux fois plutôt qu'une et que de faire un diagnostic adéquat afin de ne les prescrire qu'aux personnes réellement dépressives est une nécessité incontournable. À ce sujet, certaines personnes interviewées, dont la moitié sont des psychiatres, avertissent qu'il ne faut pas prescrire d'antidépresseurs pour le traitement des dépressions légères. Voici ce qu'en dit le médecin généraliste no 1 :

« (...) Il y a une question de temps : des situations où nous avons le temps de nous dire, bah attendons avant d'introduire des antidépresseurs, puis il y a des situations où manifestement, il vaut mieux à être euh plutôt actifs hein dans l'utilisation des antidépresseurs, je n'ai pas d'*a priori* négatif sur ce. »

Pour sa part, la psychologue no 7 ne voit simplement pas l'intérêt que le médicament peut avoir dans le traitement d'une dépression mineure. Pour elle, il n'y a pas matière à se poser de question, la psychothérapie est largement suffisante. Par ailleurs, plusieurs participants disent que la prescription d'antidépresseurs est banalisée et qu'elle va souvent de pair avec des anxiolytiques. Le médecin généraliste no 7 semble faire partie des prescripteurs agissant ainsi. Il explique en ces mots comment il procède dans sa pratique personnelle si quelqu'un souffrant de symptômes dépressifs se présente dans son bureau :

« Oh ben je, bon, on attaque avec des choses tout à fait euh anodines, je dirais d'une certaine manière, un peu d'Athymil, un peu de Prozac, des choses comme ça,

toujours sous couvert d'un anxiolytique et éventuellement d'un hypnotique s'ils ont des troubles du sommeil et puis on se revoit, au bout de 15 jours ou un mois, d'abord pour savoir s'il y a eu un changement, lequel éventuellement à ce moment-là, ou on continue ou on modifie en augmentant, en diminuant (...). »

Dans ses propos, le médecin généraliste no 7 utilise le mot « attaque ». Il semble vouloir faire la guerre à la dépression, l'éliminer et ce, en utilisant des psychotropes. Il raconte utiliser des « choses anodines » en premier lieu, comme de l'Athymil et du Prozac avec un anxiolytique. Il apparaît n'avoir aucun doute sur sa façon de faire.

De plus, un nombre notable d'individus, dont près de la moitié sont des médecins généralistes et le tiers des psychiatres et des patients, croient que l'obtention d'une alliance thérapeutique solide est essentielle pour une meilleure observance du traitement suggéré d'antidépresseurs. Certains disent même que les molécules doivent être utilisées pour faciliter l'accès du patient à la psychothérapie. En ce sens, plusieurs psychiatres, ainsi que certains autres sujets, ajoutent que le médecin ne doit pas être qu'un prescripteur d'antidépresseurs, il doit aussi devenir un psychothérapeute. Finalement, quelques individus interviewés avertissent que le médecin qui prescrit des antidépresseurs doit avant tout y croire lui-même. La prochaine section aborde les croyances des prescripteurs à propos des antidépresseurs, mais aussi les croyances des autres acteurs.

#### 3.2.4 Croyances personnelles à propos des antidépresseurs, prise personnelle d'antidépresseurs et conseil à un proche de prendre des antidépresseurs

Avant d'amorcer cette section, il convient de rappeler ce qu'il faut comprendre par « croyance ». Comme mentionné à la section 1.5, le concept de croyance est particulièrement difficile à définir et il peut prendre différentes orientations. Pour la présente recherche, souvenons-nous que nous nous concentrons sur la définition que Kant (1781) donne du terme « croyance », c'est-à-dire que la croyance doit être ici comprise comme :

« l'acte de tenir pour vrai, qui se présente comme un fait de notre entendement susceptible de reposer sur des principes objectifs, mais qui exige aussi des causes

subjectives dans l'esprit de celui qui le juge.»

Donc, il faut considérer, tel mentionné dans la section 1.5, les opinions, les suppositions, les certitudes, les vraisemblances, les perceptions, les convictions et tout ce qui peut faire référence aux antidépresseurs et aux thèmes associés du moment que les propos respectent la définition donnée. Cette section aborde les croyances personnelles des participants à propos des antidépresseurs et de leur consommation, ainsi que les conseils personnels que donnerait un participant à un proche à propos des antidépresseurs.

En général, les propos des sujets quant à leurs croyances relatives aux antidépresseurs révèlent que la plupart d'entre eux les jugent efficaces, c'est-à-dire qu'ils croient à leurs bénéfices dans le traitement de la dépression. Plus particulièrement, ce sont les prescripteurs et les représentants pharmaceutiques qui confirment le plus cette croyance. Par exemple, le psychiatre no 1 énonce clairement : « J'y crois sinon je ne les aurais pas prescrits », tandis que le représentant pharmaceutique no 4 répondra à notre question de façon plus nuancée :

- « Est-ce que vous pourriez dire que vous y croyez aux antidépresseurs? »
- « Moi, je pense que oui, c'est euh, il faut que ça soit bien utilisé, à savoir chez les patients qui en ont vraiment besoin, mais c'est effectivement utile pour euh, pour des gens qui sont en dépression, oui, tout à fait. »

Toutefois, certains sujets ont plutôt préféré dire que ces molécules possédaient une action sur le corps, sur le cerveau, ou sur les deux, sans affirmer s'ils croyaient véritablement aux vertus de ce médicament dans le traitement de la dépression. C'est le cas de près du tiers des psychologues qui s'en sont tenus à des propos plus ambigus, en acquiesçant, par exemple, à l'action des antidépresseurs sans toutefois révéler leurs croyances personnelles. La réponse d'une psychologue à la question de la croyance ou non aux effets positifs des antidépresseurs démontre bien ce comportement : « Bien, j'espère qu'on peut y croire quand même, ça permet au moins à la personne d'avoir un effet (...). » Ici, la psychologue fait référence au pouvoir de l'effet placebo.

Une autre opinion circulant chez les individus interrogés concerne la nécessité de suivre une psychothérapie en parallèle de la prise d'antidépresseurs pour pouvoir les juger

efficaces. Le patient no 5 mentionne :

« (...) Je me disais aussi les médicaments vont faire effet, ce que me disait M. (en parlant du psychiatre), donc au bout d'un moment, ça me permettait de remonter, mais il faut faire un travail aussi sur soi sinon ça sert à rien, les médicaments c'est une aide, mais ce n'est pas une fin en soi, voilà. »

Seule une psychologue a clairement affirmé ne pas croire à l'utilité des antidépresseurs pour le traitement des patients dépressifs et un patient a soutenu l'idée que ce psychotrope n'était qu'un type de poison. Ce dernier n'a d'ailleurs pas voulu en dire davantage. Voici comment le patient no 10 a répondu à la question :

- « Hum hum, d'accord, si je vous demandais euh qu'est-ce que vous croyez au fond de vous par rapport aux antidépresseurs? »
- « C'est un poison (*rires*). »
- « Hum hum. »
- « Oui, c'est un poison, c'est-à-dire que, je ne sais pas si je devrais le dire. »
- « Oui. »
- « Non je ne vais pas le dire. »

Le patient no 10 semblait très gêné de nous avoir avoué sa croyance par rapport aux antidépresseurs. Il n'a pas voulu nous en dire davantage, malgré qu'il ait été sous le couvert de l'anonymat.

De plus, à la question « Si vous deviez prendre des antidépresseurs, le feriez-vous? », la plupart des participants ont affirmé sans hésitation que oui, ils en prendraient s'il le fallait. En fait, en termes plus exacts, la presque totalité des patients ont répondu positivement, de même que les psychiatres et les représentants pharmaceutiques, dans une vaste proportion. Cependant, un nombre considérable de sujets provenant autant du groupe des psychiatres, des médecins généralistes, des psychologues et des patients ont mentionné qu'il serait difficile pour eux d'en consommer. Pour illustrer ces affirmations, voici deux échanges, le premier avec le psychiatre no 4 et le deuxième avec le médecin généraliste no 8 :

## 1) Dialogue avec le psychiatre no 4 :

- « Est-ce que vous vous en prendriez (en parlant des antidépresseurs)?
- Moi?
- Hum hum.
- (*Rires*).
- (*Rires*).
- Il me serait difficile d'en prendre.
- Hum hum.
- Je le dis honnêtement hein, il me serait difficile d'en prendre, ouais moi-même des antidépresseurs, mais comme tous les psychotropes d'ailleurs, il me serait difficile.
- Pourquoi selon vous?
- Je sais pas, je n'aime pas beaucoup les médicaments, je sais pas mais bon, c'est je n'aime pas beaucoup, je suis réticent hein. »

## 2) Dialogue avec le médecin généraliste no 8 :

- « Est-ce que vous en prendriez de ce médicament-là (en parlant de l'antidépresseur)?
- Ouf... ah, je, je, euh, je ne sais pas.
- Hum hum.
- Je ne sais pas, je n'ai juré de rien.
- Hum hum.
- Je pense que si avec les difficultés, je dirais donc euh, euh de la vie, tout ça, je n'en ai pas eu besoin, j'ai toujours réussi à faire face, donc euh, donc, mais je ne sais pas, il ne faut jamais jurer de rien.
- Hum hum.
- Il ne faut jamais dire, fontaine je ne boirai jamais de ton eau. »

Ces dialogues avec deux médecins nous permettent de constater que certains prescripteurs sont hésitants quant à l'éventualité de consommer eux-mêmes des antidépresseurs, bien qu'ils n'hésitent pas à en prescrire. Les deux médecins ont été surpris de la question, mais ils ont répondu honnêtement.

Aussi, quand il a été question, avec les participants de l'étude, de proposer l'utilisation d'antidépresseurs à des proches pour atténuer en cas de besoin les symptômes d'une dépression, la majorité d'entre eux ont répondu positivement. Plus particulièrement, le groupe des représentants pharmaceutiques est celui qui a exprimé la plus grande proportion de réponses affirmatives, et sans trop d'hésitation, à ce propos, tandis que chez les médecins généralistes, de même que chez les psychiatres, cette disposition est moins présente,

n'apparaissant que chez seulement un tiers d'entre eux environ.

Toutefois, plusieurs ont répondu qu'ils ne proposeraient pas d'emblée des antidépresseurs à un proche, préférant, pour la plupart, les référer à un médecin qui serait davantage en mesure de juger de leurs besoins. À proprement parler, il s'agit là de la réponse de près du tiers des psychologues. La psychologue no 2, par exemple, fait partie de ce groupe:

- « Est-ce que vous en proposeriez à un proche (en parlant des antidépresseurs)? »
- Euh... Je pourrais conseiller un proche de rencontrer un médecin psychiatre et, et, et de, de faire confiance à ce médecin psychiatre pour qu'il puisse évaluer si ce proche a besoin de soutien médicamenteux avec toujours l'idée que ce n'est qu'un élément de la prise en charge. »
- Hum hum.
- Que ça ne va pas, que ça n'a pas tout réglé à ce niveau-là hein. »

Pour la psychologue no 2, le médecin idéal pour prescrire des antidépresseurs est le psychiatre. En outre, elle insiste par deux fois sur l'idée que ce médicament ne suffit pas seul en soutenant que ce n'est qu'un élément de la prise en charge qui ne va pas tout régler.

Finalement, il est à noter que chez les patients, aucune donnée n'est disponible, puisque le propos n'a pas été abordé et ce, pour différentes raisons, notamment le souci que le participant reste focalisé sur sa propre expérience et non sur celle de proches ayant consommé des antidépresseurs.

### 3.2.5 Croyances de la population générale à propos des antidépresseurs d'après les participants

Dans les paragraphes qui suivent, les participants s'expriment sur ce qu'ils perçoivent des croyances populaires à l'égard des antidépresseurs. Des thèmes comme la méfiance et la mauvaise opinion à propos des antidépresseurs, ainsi que le risque de dépendance lors de la consommation ressortent davantage.

La plupart des sujets à l'étude croient que la population générale se méfie des antidépresseurs. De plus, ils accusent les médias d'entretenir une image néfaste des antidépresseurs qui influence négativement les opinions et qui est souvent propagée par des journalistes dont la connaissance des antidépresseurs et des autres thérapeutiques pour traiter la dépression est mauvaise. Spécifiquement, cette opinion est partagée par le tiers des médecins généralistes ainsi que par certains psychologues, représentants pharmaceutiques et patients. Par exemple, le médecin généraliste no 7 parle même d'une certaine forme de combat d'influence : « (...) On repart à zéro et on essaie de leur expliquer, mais quand elles ont écouté ça à la télévision au journal de 20 heures, c'est à la limite, la parole du présentateur du journal télévisé contre la mienne (...) et je crois que le présentateur a souvent raison (*rires*). »

La population générale aurait donc une mauvaise opinion des antidépresseurs, aux dires des participants. En plus, aux yeux de plusieurs personnes interviewées sur le sujet, les antidépresseurs seraient davantage connus, de nom et de réputation, que beaucoup d'autres types de médicaments. La tendance de la population générale serait la banalisation de l'utilisation de ce médicament qui, pourtant, reste un sujet tabou pour la plupart des gens. Les propos du représentant pharmaceutique no 2 démontrent bien cette perception :

« Je pense que c'est encore quand même extrêmement tabou, tabou la dépression, tabou la prise d'antidépresseurs, culpabilisante parce que à tous les jours, on peut voir dans les journaux euh, que ce soit spécialisés ou non d'ailleurs, il y a toujours une page sur les antidépresseurs, une remise en cause effectivement, d'une pratique (...) très culpabilisante, de l'utilisation des antidépresseurs (...) du coup je pense que ça nuit, met les gens quand même dans une situation difficile par rapport à leur pathologie, même si les choses évoluent, même si le contact avec les médecins et avec la dépression commence, commence à être verbalisé en tout cas. C'est vrai qu'aujourd'hui, aujourd'hui, ça reste, ça reste quand même, comme je vous dis mal perçu. »

Le représentant pharmaceutique no 2 parle aussi du sentiment de culpabilité pour les patients consommant des antidépresseurs, dû aux croyances entretenues dans la population générale. Ces dernières étant largement influencées par les médias, croit ce participant.

Selon plusieurs participants, l'idée que les antidépresseurs sont trop ou encore mal

consommés est très présente pour l'ensemble de la population. Le médecin généraliste no 5 croit en effet que, globalement, la population pense que les médecins généralistes prescrivent trop de psychotropes, et notamment trop d'antidépresseurs, mais argumente que la population leur fait un faux procès. Voici ses propos :

« En fait, on n'y va pas d'emblée (en parlant de la prescription de psychotropes). Quelqu'un vient dans le cabinet, on se met à donner des psychotropes, bon c'est pas la façon, notre façon de travailler! Il est certain qu'il y a, de toute façon, une prescription de psychotropes relativement importante, je pense que les difficultés d'accès à la psychiatrie à l'heure actuelle (...), font que les médecins généralistes, sont de plus en plus amenés à prescrire des psychotropes, je crois qu'on nous fait un faux procès, de sur-utilisation de psychotropes. Peut-être y a-t-il une utilisation qui se galvaude un petit peu, mais je crois que le gros du, des prescriptions, est relativement légitime, dans une société qui est devenue absolument invivable, à l'heure actuelle qui est intolérante. »

En fait, ce médecin généraliste met au banc des accusés la société moderne. Les prescriptions d'antidépresseurs sont légitimes, puisqu'elles pallieraient aux conséquences d'une société devenue « absolument invivable » et « intolérante », soutient-il.

Ensuite, l'idée que la population générale croit que la dépendance aux antidépresseurs est très forte et qu'il s'agit d'un type de médicament réservé aux « fous » est bien présente chez les personnes questionnées. Le patient no 1 élabore ainsi sa pensée sur ce thème : « Les gens ne veulent pas en parler (des antidépresseurs), il y a que mon épouse avec qui je peux en parler euh, ça fait peur, c'est dans la culture (...) ça fait peur et les gens ont peur, quand on dit qu'on prend des antidépresseurs : on est fou et le mot fou fait très, très peur (...). »

Devant cette mauvaise connaissance des antidépresseurs, affirment certains, il devient important d'informer correctement la population générale à propos de la dépression et des antidépresseurs. Le psychiatre no 5 explique sa perception à ce sujet :

« Alors les antidépresseurs, actuellement avec le Prozac, surtout depuis qu'il est tombé, on a entendu que ça cause des suicides surtout chez les ados, c'est dangereux là aussi, je crois qu'il y a une éducation à faire dans la population, c'est vrai qu'un antidépresseur ne se prend pas n'importe comment avec n'importe qui, en même temps il ne faut pas qu'on aille d'un extrême à l'autre. Autant il ne faut pas être laxiste pour prendre un antidépresseur, autant il faut éviter le piège de l'autre côté où on a une

espèce de crainte, cette crainte de prendre un antidépresseur. Bien prescrit, bien indiqué, je pense que ça va pouvoir passer. »

### 3.2.6 Croyances des patients à propos des antidépresseurs selon les participants

Dans cette section, les propos des participants, au sujet des croyances des patients à l'égard des antidépresseurs, sont rapportés. La satisfaction des patients, l'influence du médecin, la réticence avant le traitement et les conséquences sur le travail sur soi figurent parmi les thèmes davantage abordés.

Les personnes interrogées dans cette étude, outre les patients, ont majoritairement répondu qu'ils pensaient les patients satisfaits des antidépresseurs. De plus, certains ont poussé plus loin en avançant que les patients croyaient sans aucun doute aux effets bénéfiques des antidépresseurs. Voici les propos recueillis auprès du psychiatre no 3 à ce sujet :

« [J'entends dire] que de bonnes choses sur les antidépresseurs, parce que, ça, pour la plupart, ça a amélioré leur quotidien et quand on voit des gens vraiment très ralentis, qui n'ont plus goût à la vie, plus goût à rien, et qui retrouvent tout d'un coup, le goût dans tout ce qu'ils font tous les jours et le plaisir de vivre! C'est vrai que ça métamorphose les gens. »

Cette idée semble répandue chez la majorité des représentants pharmaceutiques et des psychiatres interrogés, ainsi que chez approximativement un tiers des médecins généralistes. Pourtant, pas plus du tiers des patients interviewés ont manifesté cette pensée. D'un autre côté, beaucoup ont plutôt préféré dire que la croyance des patients à propos des effets bénéfiques des antidépresseurs passe par celle du médecin qui les traite. Notons que la majorité des patients ont fait ressortir cette idée. Le psychiatre no 1 est de cet avis :

« Que croient les patients? Ben, les patients, je pense que comme dans toute relation médecin-malade, ça passe d'abord par la confiance que le patient peut avoir dans son médecin. Mais à partir de là, il peut aussi avoir confiance dans la prescription, mais c'est vrai que quand il sent que le médecin lui-même est plus ou moins réservé, déjà là, ça peut ne pas marcher! »

Les propos du psychiatre no 1 mettent en perspective la notion de confiance entre le prescripteur et son patient. Analysé sous cet angle, l'antidépresseur ne serait pas comme la plupart des médicaments. Sa performance serait tributaire de la confiance qu'on lui accorde, contrairement à la plupart des autres médicaments comme ceux pour traiter le cholestérol.

Plusieurs participants croient que les patients ont peur de devenir dépendants des antidépresseurs. Cette idée a été rapportée notamment par près de la moitié des patients à l'étude et par environ le tiers des médecins généralistes et des psychiatres. Le médecin généraliste no 9, en parlant du rapport qu'entretiennent les patients avec les antidépresseurs, affirme ceci :

« Ils ont peur de la dépendance, toujours. (...) on leur a tellement répété donc dans les journaux et les communications publiques du seigneur du genre (*pires*), ils ont peur de ça, ça, il faut se battre à chaque fois pour dire, qu'il n'y a pas d'accoutumance avec les antidépresseurs, ça ne leur empêche pas de bouffer du Temesta (un anxiolytique) toute leur vie d'ailleurs (*pires*). Ça, ils n'ont pas peur de l'accoutumance (...). »

Ce médecin soulève une fois de plus l'implication des médias dans le phénomène des antidépresseurs. Pour lui, il est clair que les médias s'acharnent sur les antidépresseurs, puisque la population générale n'a pas de crainte à ce niveau avec les anxiolytiques. Pourtant, ces derniers peuvent créer un risque plus élevé de dépendance.

De plus, nombreux sont les participants de la recherche qui pensent que si les patients possèdent une réticence face à la prise d'antidépresseurs, c'est principalement pour trois raisons. D'abord, cela serait à cause des effets secondaires, ensuite parce qu'ils croient que ces médicaments sont réservés aux « fous » et enfin, parce qu'ils ont peur de perdre la maîtrise d'eux-mêmes en prenant ce type de psychotrope. De ce rapport entre le patient et les antidépresseurs, le représentant pharmaceutique no 4 nuance l'opinion générale : « Ben ça dépend comment ils le supportent aussi parce que des fois, ils pensent plus que ça les abîme ou que ça leur donne des effets secondaires plutôt que ça les, que ça les aide. »

Notons qu'une autre raison provoquant la réticence de certains patients à accepter de

consommer la molécule à long terme pourrait être, selon quelques participants, une hantise des médicaments en général. Mais aussi, cela pourrait être une ignorance des caractéristiques des antidépresseurs qui conduirait les patients jusqu'à la peur de rechuter en cas d'arrêt du traitement. Le représentant pharmaceutique no 5 soutient cette idée : « (...) J'ai connu des personnes qui étaient accrochées à leur euh, à leur antidépresseur et qui avaient peur de l'arrêter (...) peur de rechuter (...). »

À l'inverse, d'autres participants considèrent que certains patients, parce qu'il s'agit selon eux d'une solution plus facile qu'un traitement psychothérapeutique, vont demander un traitement chimique avec antidépresseurs. Cette opinion est en fait ressortie chez le tiers des psychologues. La psychologue no 5 explique dans l'extrait qui suit comment une patiente sollicitait des antidépresseurs :

« (...) J'ai d'ailleurs le cas effectivement d'une patiente qui angoissait qui n'arrivait pas, bien là, c'est vrai qu'à chaque fois qu'elle sortait de mon bureau, c'est : " est-ce que vous pourriez dire au médecin comme ça une petite prescription ", c'est vrai qu'effectivement, ce n'était pas une personne qui se mettait au travail pour rechercher ce qui n'allait pas! »

Plusieurs participants rapportent même que les patients se cachent derrière les antidépresseurs en obtenant des autres la reconnaissance de leur maladie et d'autres encore pensent que les patients attendent tout simplement des antidépresseurs qu'ils deviennent la solution miracle, le remède magique à leurs maux. Cette perception a principalement émergé des entrevues avec les représentants pharmaceutiques, mais aussi de celles avec des psychologues, comme la psychologue no 1 qui affirme ceci, en parlant des patients :

« Ils sont très demandeurs, moi je trouve qu'ils sont très demandeurs d'antidépresseurs, hum, avec (...) une attente magique de l'antidépresseur, les gens sont très demandeurs, vraiment, en pensant que euh, alors ceux qui viennent voir un psychologue, on peut penser qu'ils en attendent autre chose même si c'est un antidépresseur qu'ils demandent. Il y a aussi le fait qu'ils prennent conscience qu'ils ne peuvent pas faire l'économie d'un problème psychique en même temps, donc, c'est déjà bien, mais il y a tous ceux qui se contentent uniquement de traitements quoi et de l'antidépresseur, ils ne peuvent pas s'en passer. C'est un soutien psychique pour eux, une béquille dans leur vie quotidienne, euh mais qui en même temps n'arrive pas à s'engager dans le psychique réel quoi et donc l'antidépresseur les appelle ils ne peuvent

pas s'en passer quoi tant qu'ils n'ont pas le pouvoir de travailler le psychique, sur soi-même quoi, voir qu'ils ne veulent pas savoir et tout découvrir. »

### 3.2.7 Croyances des médecins à propos des antidépresseurs selon les participants

Cette section cherche à savoir comment les sujets de la recherche perçoivent la croyance des médecins à propos des effets bénéfiques des antidépresseurs. Les thèmes principalement dénotés concernent la confiance des médecins quant au traitement, la variabilité des prescriptions, la communication entre professionnels, la présence des compagnies pharmaceutiques et les compétences des médecins généralistes.

Pour la majorité des participants, il n'y a pas de doute : les médecins croient à l'efficacité de ce type de médicament. Plus particulièrement, cette certitude transparait chez la plupart des représentants pharmaceutiques, des psychiatres et des patients, mais plus modérément, du côté des psychologues et des médecins généralistes. Le médecin généraliste no 4, faisant partie du tiers des médecins véhiculant cette idée, aborde le sujet ainsi : « La formation actuellement étant meilleure, je pense qu'ils ont plus facilement l'accès à ce genre de thérapeutique et donc, ils, ils y croient plus sans doute et parce ce qu'ils ont aussi des résultats plus importants. »

Cependant, environ le tiers des psychiatres et des psychologues avouent parler peu de ces médicaments avec les médecins et près de la moitié des médecins généralistes interviewés confessent n'avoir aucune idée de la croyance des médecins en général à propos de ces psychotropes. Le médecin généraliste no 3 semble surpris de la question et répond ainsi à la question posée : « Les médecins généralistes qui les prescrivent, ben là je ne sais pas du tout (...). Les psychiatres? Ils doivent en penser du bien sinon ils les prescriraient pas. »

Cela étant dit, un bon nombre de participants pensent que le choix des médecins quant au traitement avec antidépresseur varie selon plusieurs facteurs et que certains d'entre eux sont parfois mitigés dans leur décision de les prescrire. En fait, cette perception est présente chez une majorité de psychologues et chez plusieurs psychiatres et médecins généralistes. La

psychologue no 8 formule ainsi son opinion : « Ouh, alors ça, ça euh, je dirais que selon euh, selon la culture du médecin aussi, son âge, son origine, sa formation, je pense que c'est différent. »

De plus, le tiers des patients rencontrés mentionnent que les médecins croient que les antidépresseurs ne sont pas suffisants, tandis que d'autres se désolent de constater que beaucoup de médecins généralistes acceptent d'emblée comme vrai ce que disent les laboratoires pharmaceutiques au sujet des antidépresseurs. Par exemple, le médecin généraliste no 1 avoue, en parlant de ses confrères : « Je pense que beaucoup croient en ce que disent les laboratoires, donc, ceci dit (*rires*) la pharmacie est peut-être en train de fabriquer des médecins sur mesure. »

Sinon, la compétence des médecins est interrogée sérieusement. En effet, beaucoup de représentants pharmaceutiques et de psychiatres critiquent ouvertement les médecins généralistes pour leur manque de compétence dans le traitement de la dépression et pour leur manque de connaissance quant à l'utilisation des antidépresseurs. Ainsi, ils pensent que, souvent, ces derniers réfèrent leurs patients aux psychiatres afin qu'ils prescrivent adéquatement des antidépresseurs ou d'autres formes de médicaments. Le représentant pharmaceutique no 1 déclare, à ce propos :

« Euh, je pense que c'est peut-être dommage que n'importe quel médecin généraliste puisse initier un traitement, je pense que ça devrait être, au départ, au moins, réservé à des médecins spécialisés quand même, (...) parce que je ne suis pas sûr que tous les médecins généralistes soient à même de définir vraiment une dépression et, et d'initier un traitement euh, en fonction de ça. »

### 3.2.8 Croyances des psychologues à propos des antidépresseurs selon les participants

Nous aborderons ici les croyances des psychologues à propos des antidépresseurs, selon les participants. Les thèmes les plus importants qui font surface concernent l'influence de l'orientation professionnelle, la primauté de la psychothérapie et le manque de formation des psychologues à l'égard des antidépresseurs.

En ce qui a trait aux psychologues, la majorité des sujets pensent que leurs croyances quant aux bienfaits des antidépresseurs, ou alors leurs réticences envers ce type de psychotrope dépend principalement de leur orientation professionnelle, qui peut être, par exemple, psychanalytique, cognitivo-béaviorale, systémique, etc. Cette idée se retrouve chez près de la moitié des représentants pharmaceutiques et chez le tiers des psychologues et des psychiatres participants à l'étude. Par exemple, le représentant pharmaceutique no 2 croit que les psychologues d'approche analytique sont moins favorables à la médication.

« Euh (rires) difficile comme question, difficile cette question parce que même par rapport aux psychiatres, il faut quand même mettre une dichotomie : les psychiatres qui sont lacaniens euh psychanalytiques, euh, qui eux sont quand même assez opposés à la prise des antidépresseurs, des molécules en règle générale euh et puis les autres qui sont euh qui sont euh qui sont nettement plus dans un aspect scientifique, pour les psychologues, je dirais que c'est la même chose, c'est-à-dire qu'il y a des psychologues qui ont une formation plutôt analytique. »

Aussi, la majorité des représentants pharmaceutiques et approximativement le tiers des psychologues interrogés pensent que les psychologues croient aux antidépresseurs, mais seulement en arrière-plan de leur travail de psychothérapie avec le patient, considérant la prise d'antidépresseurs comme un soutien, sans plus. La psychologue no 6 fait part de sa pensée :

« [Les patients] en parlent au médecin traitant, le médecin traitant prescrit, prescrit, mais on n'a pas la même philosophie. En fait je pense, eux, ils pensent peut-être guérir par le médicament, dans un premier temps, enfin, en premier abord alors que nous, [les psychologues], on ne va pas penser aux médicaments au premier abord. »

Pour beaucoup des participants et principalement pour plusieurs psychologues interviewés, les psychologues manquent de formation à propos des antidépresseurs et manque littéralement d'intérêt dans ce domaine. Par exemple, le psychiatre no 2 pense ceci : « Ils n'ont pas la formation adéquate, vous leur parlez de psychotrope (long silence). » Plus loin, il ajoute : « Ils apprennent des commerciaux avant d'apprendre la formation médicale. »

Finalement, un nombre considérable de participants avouent ignorer l'opinion des

psychologues à propos des antidépresseurs et ne veulent pas s'aventurer plus loin à ce sujet. Notons qu'il s'agit du cas de près de la moitié des psychiatres.

### 3.2.9 Croyances des compagnies pharmaceutiques à propos des antidépresseurs selon les participants

Dans cette section, les participants s'interrogent sur les croyances des compagnies pharmaceutiques à propos des antidépresseurs. Après l'analyse des verbatim des entrevues, trois perceptions des participants à propos de la croyance des compagnies pharmaceutiques concernant les antidépresseurs apparaissent clairement : leur aspect mercantile, leur aspect philanthropique et le doute sur leur réel intérêt toujours à propos de ces médicaments.

Premièrement, une large majorité affirme que les compagnies pharmaceutiques disent croire aux bienfaits des antidépresseurs, car elles ont un intérêt financier indéniable. En fait, dans le groupe des prescripteurs, cette pensée est quasiment unanime et la vaste majorité du groupe des psychologues est du même avis. Toutefois, seulement la moitié des représentants pharmaceutiques et des patients adoptent cette perspective. Le médecin généraliste no 9 ne peut être plus clair sur ce thème : « Ils veulent se faire des couilles en or comme toutes les compagnies pharmaceutiques. » Le patient no 7 abonde aussi dans ce sens en répondant plus timidement : « Non, moi je pense que c'est pour leur pognon, excusez-moi (*rires*). » Certains représentants pharmaceutiques, quoique leurs propos demeurent modérés, appuient ce point de vue. Le représentant pharmaceutique no 2 répond ainsi lorsqu'on lui demande quelles sont les croyances des compagnies pharmaceutiques à propos de la capacité des antidépresseurs à diminuer les symptômes de la dépression : « (...) On est bien d'accord que c'est euh, c'est, avec, un axe de profit. »

Deuxièmement, d'autres participants, pour la plupart des représentants pharmaceutiques, mentionnent que les compagnies pharmaceutiques croient véritablement aux effets positifs des antidépresseurs qu'ils vendent et présument que cette croyance dépasse le simple intérêt monétaire. C'est le cas du représentant pharmaceutique no 5 qui pense que l'antidépresseur est vu comme un médicament très efficace par les compagnies

pharmaceutiques, c'est-à-dire un médicament qui a pris sa place historiquement et qui a permis de traiter les dépressions majeures.

Troisièmement, des sujets, dans une moins large proportion, préfèrent déclarer qu'ils ne savent pas si les compagnies pharmaceutiques croient véritablement que leurs antidépresseurs soient le traitement idéal pour la dépression. Le psychiatre no 1 se pose d'ailleurs la question :

« (...) On rencontre que les délégués médicaux, mais en même temps, à travers eux, on voit un petit peu le, l'esprit des laboratoires! Ils défendent leurs produits hein? Euh, je dirais à limite, ils ne disent pas que leur produit est le meilleur des antidépresseurs. Mais pour ceux qui sont honnêtes ils disent : " Nous sommes tous au même pied d'égalité, maintenant on peut avoir des différences soit au niveau des délais d'action, soit au niveau des effets secondaires, soit sur d'autres aspects." Parce que maintenant, de plus en plus, on a des antidépresseurs qui agissent aussi sur les troubles anxieux, les troubles obsessionnels etc. Donc, ça se joue à ce niveau-là, hein? Mais, ils pensent tous que leur produit est bon, mais parmi les bons ou sinon le meilleur. Donc, je pense qu'ils sont convaincus à l'entrée, est-ce qu'ils le sont vraiment ou c'est juste un côté marketing qui parle? Ben ça, ils ne vont pas venir nous le dire (*rires*)! »

### 3.2.10 Croyances des sujets à propos du fonctionnement des antidépresseurs

La plupart des sujets de la recherche expliquent le fonctionnement des antidépresseurs chez l'être humain grâce à la neurobiologie. Bon nombre aborde ce médicament par ses effets sur les symptômes et l'humeur et discutent des possibles variations réactionnelles chez le patient. Dans une moindre mesure, certains sujets avouent n'avoir aucune idée de leur fonctionnement.

Ainsi, au niveau neurobiologique, on fait référence aux actions de ce médicament sur les neuromédiateurs et les récepteurs sélectifs des neurones. Les antidépresseurs agissent donc, selon leur composition, sur la sérotonine, la noradrénaline, la dopamine, etc. Ce discours est tenu par la totalité des représentants pharmaceutiques, par la grande majorité des prescripteurs et par près de la moitié des psychologues interviewés. Il est possible de constater l'importance de ce thème à travers la réponse du psychiatre no 5 à la question concernant le fonctionnement des antidépresseurs :

« Ça dépend du type d'antidépresseur. En général les IRS, les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, agissent par le biais, bien entendu hein, de la sérotonine pour pouvoir rechercher le manque de sérotonine. Il y a les IRSNA qui sont donc des antidépresseurs qui agissent à la fois sur la sérotonine et sur la noradrénaline, la noradrénaline plutôt, donc il y a deux composantes qui agissent encore plus fortement, tels que l'Effexor ou le Norset, euh. En première intention, je prescris toujours les IRS et en deuxième intention les IRSNA et si vraiment ça marche pas, un tricyclique. »

Cependant, cette idée est peu présente, voire presque absente dans le discours des patients, qui envisagent plutôt l'antidépresseur, pour plus du quart d'entre eux, comme une molécule agissant sur l'humeur et les symptômes. Cette pensée est également partagée par près de la moitié des représentants pharmaceutiques et par environ le tiers des psychologues. Dans ce cas, en effet, le fonctionnement de ces médicaments aurait donc pour mission de redonner goût à la vie à la personne souffrant de dépression, de chasser ses idées noires, de permettre à la personne souffrante de retrouver l'appétit, de réguler son sommeil, de retrouver une meilleure concentration, etc. Le médecin généraliste no 5 explique son point de vue du fonctionnement des antidépresseurs :

« Ben, normalement, au niveau du comportement et de l'humeur, on a... ça c'est le plus, le dire des laboratoires (*rires*), une amélioration d'abord de l'anxiété dans les premiers jours, et puis après, l'humeur qui commence à remonter au bout d'une quinzaine de jours. Il faut au minimum un mois avant de juger de l'efficacité ou non du produit. C'est une remontée qui se fait, en fait, est très lente de toute façon, hein. C'est clair, mais c'est à peu près comme ça que ça semble agir, euh, hein. »

Remarquons ici que le médecin généraliste no 5 explique que l'antidépresseur procure une amélioration de l'anxiété dans les premiers jours, mais il spécifie auparavant que cette information vient des laboratoires (compagnies pharmaceutiques) et rit en même temps. Il utilise les informations données par les compagnies pharmaceutiques, mais il ne semble pas convaincu de l'effet sur l'anxiété, d'autant plus qu'il rajoute plus loin que cela prend au minimum un mois pour juger de l'efficacité du produit.

Par ailleurs, selon plusieurs participants, c'est-à-dire presque la moitié des représentants pharmaceutiques et approximativement le tiers des psychologues et des patients, les nombreuses personnes traitées avec les antidépresseurs réagissent différemment,

car elles ne possèdent pas la même constitution physique et physiologique, ce qui influence négativement et positivement les effets du médicament. À ce sujet, la réponse du représentant pharmaceutique no 1 est un bon exemple :

« Ben par des moyens euh biologiques mais euh euh, ça dépend des antidépresseurs, ils n'ont pas tous le même mode d'action (...) l'être humain n'est pas un et unique euh, on a tous euh, même au niveau biologique, des petites différences, elles sont minimes, mais, ça peut être important, la preuve c'est qu'il y a des gens qui ont des effets indésirables avec un médicament, d'autres qui n'en ont pas, c'est la différence de, de chaque personnalité, chaque individu. »

Finalement, un petit nombre d'individus interviewés, qui concernent surtout le groupe des psychologues, mais également certains médecins généralistes et certains patients, ont tout simplement déclaré n'avoir aucune idée du fonctionnement des antidépresseurs. C'est, du moins, ce qu'affirme le médecin généraliste no 9 :

« Prrr, c'est un antisérotinergique (*rires*), je peux vous dire que j'ai splitté mes études parce que j'allais au petit tonneau tous les soirs (*rires*) et ce, toute la nuit, alors la science, je ne connais pas (*rires*) ni la chimie, ça doit bloquer quelque chose dans le machin (*rires*), pourvu que ça marche c'est le principal, non? »

### 3.2.11 Croyances des sujets à propos des effets des antidépresseurs sur la personnalité

Deux croyances ont émergé dans le discours des participants à l'étude quant aux effets des antidépresseurs sur la personnalité. En fait, il existe des croyances tranchées concernant l'influence des antidépresseurs sur la personnalité.

Premièrement, il est clair que pour une majorité de sujets, dont une moitié concerne les psychiatres et les psychologues et l'autre moitié concerne les représentants pharmaceutiques, ce type de psychotrope n'a pas d'incidence sur la personnalité et ce, chez tous les patients qui en consomment, à l'inverse, disent quelques-uns, des neuroleptiques, des médicaments plus lourds et ayant plus d'incidence. La psychologue no 2 tranche sur ce point et déclare : « Non, en aucun cas, je pense que le traitement [par antidépresseurs] peut

modifier la structure de personnalité. » Le psychiatre no 10, lui, répond ceci lorsqu'il réfléchit tout haut sur ce point :

« Profondément, non, je ne pense pas, je ne pense pas que les antidépresseurs peuvent modifier la personnalité, non, je ne pense pas, ça peut faire disparaître des signes, des symptômes, certains nombres de symptômes, mais modifier la personnalité profondément, je ne pense pas. »

À l'opposé, la moitié des médecins généralistes et le tiers des patients doutent de l'innocuité des antidépresseurs sur la personnalité. Le médecin généraliste no 4 est l'un d'entre eux :

« Alors là, vous me posez une question que je me pose relativement fréquemment, au long cours, pourquoi pas. Je me pose la question, j'ai pas de réponse. C'est, euh, c'est peut-être ce qui me freinerait parfois, dans la mesure où la prescription peut être de longue durée. À mon avis (...) une prescription de, d'antidépresseur ne doit pas dépasser 6 à 12 mois maximum. Au-delà, c'est qu'il y a quelque chose qui va pas. Vous avez mal posé la condition. Et là, c'est à partir de là qu'il peut y avoir dérapage avec peut-être modification de la personnalité pourquoi pas. »

Enfin, une grande majorité de représentants pharmaceutiques préfèrent dire que les antidépresseurs permettent de faire renaître la vraie personnalité, c'est-à-dire celle qui était présente avant que la dépression ne la change en partie. Cette croyance est partagée par approximativement le tiers des patients et des différents médecins généralistes. Les paroles du représentant pharmaceutique no 4 représentent un bon exemple de cette pensée :

« Oui, c'est possible pour certains patients, c'est tout à fait possible, ça peut restaurer juste, juste l'humeur telle qu'il était auparavant et en fonction des molécules, ça peut aussi effectivement altérer ou transformer euh, notre vision des choses et notre personnalité un peu, oui, tout à fait. »

### 3.2.12 Croyances des sujets à propos de la dépendance aux antidépresseurs

Dans cette section, les croyances des participants à propos de la dépendance aux antidépresseurs sont analysées. Certains pensent qu'il existe une dépendance physique, d'autres croient plutôt en une dépendance psychologique et enfin, d'autres croient qu'il peut

y avoir les deux types de dépendances.

Nombreux sont les psychologues, parmi ceux rencontrés, qui croient que les antidépresseurs peuvent induire une dépendance physique et psychologique. Cette croyance est d'ailleurs partagée par près de la moitié des patients, par environ le tiers des psychiatres, ainsi que par quelques médecins généralistes et quelques représentants pharmaceutiques. Voici à titre d'exemple, l'échange tenu avec la psychologue no 8 à ce sujet :

- « Hum hum et euh, est-ce que vous croyez qu'on peut devenir dépendant des antidépresseurs?
- Ben fff, je pense oui, ben oui, si l'on dit que ça, ça nous permet de se sentir à peu près calme à l'intérieur de soi, on ne va pas chercher à savoir d'où vient l'agitation (*rires*). Quand elle va se produire, ah bien oui, moi je pense oui, qu'il y aura un effet, qu'il peut avoir en effet de dépendance.
- Plus de la dépendance physiologique, psychologique ou les deux d'après vous?
- Ben peut-être essentiellement physiologique au départ, mais aussi psychologique parce qu'après juste le fait de penser qu'on n'a plus ça, ça peut aussi effondrer la personne. »

Par contre, une autre idée est perceptible dans le discours des prescripteurs. Il s'agit de la possibilité de la dépendance psychologique aux antidépresseurs plutôt que physiologique. Cette conception se retrouve aussi chez différents représentants pharmaceutiques. Le psychiatre no 1 est de cet avis. Il affirme :

« (...) Dépendance, mais une dépendance qui reste psychologique parce que, en principe, un antidépresseur, ne rend pas dépendant, ne donne pas d'accoutumance contrairement aux benzos, mais l'antidépresseur, normalement, il ne le donne pas. Cela étant, effectivement, on peut assister à des dépendances psychiques pour les antidépresseurs. D'ailleurs, même des fois quand on leur dit d'arrêter, parfois c'est même le patient qui nous le demande, on le défend, mais on est amené à faire un arrêt progressif de l'antidépresseur. Alors que, scientifiquement parlant, ça rime à rien. Ce n'est pas, ce n'est pas, comment dirais-je, ça n'a aucune base scientifique! Mais ça permet justement de faire une, une coupure progressive parce que il y a cette forte dépendance à prendre un médicament. »

En parallèle, les médecins généralistes et les patients croient quant à eux que l'arrêt des antidépresseurs provoque un syndrome de manque. Par là, il faut comprendre la présence de

sensations vertigineuses et de pressions thoraciques, l'impression de transpirer et de chaud et de froid lors de l'arrêt des antidépresseurs d'une façon généralement prématurée et brusque. Le patient no 7 raconte son expérience suite à l'arrêt brusque d'antidépresseurs : « (...) Ça m'est déjà arrivé de l'arrêter parce que je ne savais pas, on m'a rien dit et l'arrêter comme ça, brusque. C'est vrai que ça fait, que ça fait du dégât on va dire, tremblements, tout froid sur vous euh, c'est vraiment, toujours pleurer : ça vous rentre dans le détour hein. »

### 3.2.13 Croyances des sujets à propos du respect des indications médicales

Nous traitons dans les paragraphes suivants les croyances des sujets à propos du respect des indications médicales et les raisons évoquées qui peuvent faire varier l'observance thérapeutique.

La plupart des sujets sont d'avis que beaucoup de patients ne respectent pas les indications médicales lorsqu'ils consomment des antidépresseurs. Cette opinion concerne plus particulièrement la moitié des prescripteurs, des psychologues et des représentants pharmaceutiques. Le médecin généraliste no 1 explique :

« En définitive euh, si quelqu'un me dit que 40 % de la population respectent la prescription, moi je dirais que c'est très optimiste (*rires*) et il en est de même pour les antidépresseurs, je pense que ça n'atteint pas 30 %, ceux qui respectent réellement les prescriptions. (...) c'est parce que les humains ne sont pas des robots euh, ils ont des mécanismes de fonctionnement, sont réticents bon euh, à prendre quelque chose tous les jours euh. »

Notons au passage que le médecin généraliste no 1 explique l'inobservance thérapeutique par le fait que les humains ne sont pas des robots. Pour lui, c'est à peine un tiers des patients qui respecterait la prescription en bonne et due forme.

Toutefois, des sujets appartenant à tous les groupes sont plus optimistes et croient au contraire que, généralement, les gens qui prennent ce médicament ont une bonne observance thérapeutique. La psychologue no 2 s'exprime en ces mots sur le sujet : « Voilà, dans l'ensemble, les patients sont assez compliants au traitement, à ce que leur disent leur médecin, ouais ils respectent leurs traitements. »

Cela étant dit, plusieurs raisons sont énoncées pour expliquer ce qui pousse les patients à ne pas respecter les indications médicales quant au traitement par antidépresseur qu'ils suivent. Tout d'abord, les patients auraient tendance à arrêter leur consommation lorsqu'ils vont mieux ou lorsqu'il n'y a pas de changement rapide en début de prise du traitement. De plus, certains patients augmentent d'eux-mêmes leur posologie d'antidépresseur pour se sentir mieux. Le représentant pharmaceutique no 2 apporte son point de vue à ce sujet :

« Oui d'accord, oui, oui, oui bien sûr, je pense qu'ils respectent, ils respectent comme je vous disais tout à l'heure la difficulté, c'est que beaucoup de patients qui vont nettement mieux au bout d'un mois, euh un mois et demi, se disent bon ben ça va, je vais vachement mieux, je vais arrêter et puis, et puis euh, et puis finalement récidivent au bout de quelques semaines. »

Finalement, il serait difficile de maintenir le traitement par antidépresseurs pour les patients qui sont focalisés sur les effets secondaires. À ce sujet, le psychiatre no 8 spécifie : « (...) Il y en a qui réduisent d'eux-mêmes la posologie parce qu'ils estiment, parce que leurs antidépresseurs leur donnent trop d'effets secondaires. »

### 3.2.14 Questions personnelles des sujets à propos des antidépresseurs

Plusieurs questions personnelles concernant les antidépresseurs sont apparues dans le discours des participants de la recherche. Toutefois, seuls les psychologues ont démontré une similarité dans leur questionnement. En effet, approximativement le tiers des psychologues se sont posés des questions sur l'efficacité des antidépresseurs, sur leurs effets secondaires et sur leur implication possible dans le suicide. La psychologue no 9 est l'une d'entre elles :

« (...) Avoir une vue un peu globale des choses et puis euh, et puis en même temps peut-être aussi par rapport aux effets secondaires euh, voir quels effets secondaires ça peut engendrer et du coup, si le patient se plaint de telle ou telle chose, peut-être faire plus le lien avec un éventuel effet secondaire du médicament, ça peut être effectivement bien parce que euh, quoi que l'on en dise en général euh, le patient, il voit plus souvent la, le psychologue que la, le psychiatre. »

Il est tout aussi intéressant d'afficher les autres questions personnelles que se posent

différents participants en ce qui a trait aux antidépresseurs. Ainsi, certains psychiatres se posent des questions sur les effets de l'utilisation à long terme des antidépresseurs, leurs effets sur la cognition, ou encore, si un placebo n'arriverait pas au même résultat chez certaines personnes et si ces médicaments donnés aux jeunes ne les entraîneraient pas à la toxicomanie. Le psychiatre no 8 s'est pour sa part posé la question: « C'est vrai qu'on se pose la question, si on peut entraîner chez les jeunes la prise de psychotropes une tendance à la toxicomanie pour un mieux-être. »

De plus, différents médecins généralistes se posent des questions sur l'efficacité réelle des antidépresseurs. Aussi, leur questionnement touche la possibilité que l'existence de ces médicaments ne ferait peut-être que combler le manque de thérapeutes. L'un d'entre eux se demande même si les psychothérapies augmentent le taux de certains neurotransmetteurs. Le médecin généraliste no 1 se pose quant à lui beaucoup de questions et extrapole d'une manière intéressante sa pensée. Voici ce qu'il a dit :

« (*Long silence*) Ah je m'en pose beaucoup oui, en fait euh, je ne me pose pas la question de savoir si c'est efficace ou pas efficace parce que bon, ça, ça va être martelé quand on lit des revues etc., bon, on va dire que ça marche etc. bon, les études ont montré bon euh, la question que je me pose par rapport aux antidépresseurs euh, c'est une question euh... Une des questions importantes que je me pose, est-ce que ce n'est pas quelque chose qui veut, qui vient pallier en fait au fait que nous n'avons pas assez de thérapeute, ou que, ou que, effectivement, ils démontrent finalement peut-être une crise, une crise dans la capacité sociale de gérer en fait euh, un certain nombre de choses euh, au sein d'une collectivité, d'une communauté de ses membres, c'est, enfin, c'est ça que je me pose. (...) Enfin bon, c'est comme ça que je perçois les antidépresseurs et en même temps que, que je me pose effectivement bon euh, ces questions : « est-ce que ça vient pallier? » Quand je dis une béquille, c'est peut-être une béquille pour le docteur. Pour le patient, ce n'est pas une béquille que pour le patient, je pense que c'est une béquille pour la société, c'est une béquille pour le patient, c'est une béquille pour le médecin euh, c'est quelque chose qui est là peut-être pour éviter le pire, donc, je ne suis pas persuadé que ce soit quelque chose qui est là pour résoudre définitivement le problème ou la question. »

Le médecin généraliste no 1 pointe différentes pistes de réflexion par son questionnement, dont une en particulier. Il se demande si les antidépresseurs ne sont pas en fait une béquille pour le médecin autant que le patient qui vient pallier au fait qu'il n'y aurait pas assez de thérapeutes. Quelque chose en attendant pour éviter le pire qui ne règle pas

définitivement le problème, explique-t-il.

Par ailleurs, les groupes des psychologues et des représentants pharmaceutiques se posent des questions sur la prescription trop facile d'antidépresseurs qui n'est pas nécessairement accompagnée d'un travail sur le plan psychique. Pour certains, les questions portent sur les conséquences de mauvaises prescriptions d'antidépresseurs, c'est-à-dire si les médecins n'utilisent certaines marques de psychotropes qu'en fonction des opinions des compagnies pharmaceutiques et non pas selon leur degré d'efficacité. De plus, on se demande quelles sont les posologies les mieux adaptées. Finalement, dans le groupe des patients la question suivante ressort une fois de plus : « Quels sont les effets des antidépresseurs sur la cognition et peut-on en devenir dépendant? » Terminons avec le questionnement du représentant pharmaceutique no 2 qui est surpris qu'un médecin préfère prescrire un antidépresseur plus qu'un autre :

« (...) on se pose la question effectivement les notations qui ne sont pas, qui ne sont pas déterminés euh, certains autres où on dit effectivement, un profil de tolérance moins, moins important euh un profil de tolérance mauvais par exemple, le médecin va justement choisir celui-là, c'est quand même surprenant, alors est-ce que c'est lié avec la compagnie pharmaceutique, c'est possible. »

### 3.2.15 Perceptions des sujets à propos de la psychothérapie dans le traitement de la dépression

Cette section présente comment les sujets perçoivent la psychothérapie dans le traitement de la dépression. Les thèmes prédominants sont l'importance de la psychothérapie, sa complémentarité avec les antidépresseurs et ses objectifs, l'alliance thérapeutique, les craintes associées à la psychothérapie et son accessibilité, puis le niveau de maîtrise de celle-ci par les médecins généralistes.

La grande majorité des sujets, à l'exception des patients, ont répondu que la psychothérapie revêt une importance majeure dans le traitement de la dépression, notamment les thérapies cognitivo-comportementales ou TCC. Aussi, plusieurs préconisent la

psychothérapie au détriment des antidépresseurs. De plus, différents sujets affirment que la psychothérapie est le travail de fond pour traiter la dépression. Pour illustrer ce thème, regardons ce que le psychiatre no 3 a dit à ce sujet :

« C'est pour ça, moi, je trouve que c'est très important ce travail en tout cas, en ce qui me concerne, de collaboration avec les psychologues, parce que, d'emblée dans ma pratique, je mets l'accent sur la psychothérapie. J'explique toujours aux gens, que l'antidépresseur que je leur donne c'est une sorte de béquille dont ils ont besoin. Alors, un moment donné, à l'image de la fracture qu'on va plâtrer, on va donner une béquille, euh, mais après, il va falloir bien enlever la béquille, poser le pied et là, c'est la psychothérapie. Donc, c'est le travail fait par le ou la psychologue. C'est ça qui donc, va permettre de s'en sortir. »

Dans les propos du médecin généraliste no 3, une comparaison de la dépression avec une blessure physique, comme une fracture, est abordée. Dans cet ordre d'idée, le psychologue serait le physiothérapeute. Quelqu'un qui vient aider pour que le patient continue à « marcher » après avoir été « plâtré » avec des antidépresseurs, ou qui lui ont donné un support telles des béquilles.

Dans les groupes des psychiatres et des représentants pharmaceutiques, la majorité des individus voient le lien entre la psychothérapie et les antidépresseurs dans une perspective de complémentarité. Cette idée est confirmée également par près de la moitié des médecins généralistes et des patients, ainsi que par environ le tiers des psychologues. Les paroles de la psychologue no 1 argumentent ce point de vue :

« (...) Il ne faut pas que cela soit uniquement ça (les antidépresseurs). Ce n'est pas que la personne euh se, s'appuie uniquement sur ce médicament parce que finalement c'est une conduite de dépendance qui peut s'instaurer et il n'y a pas de d'élaboration qui peut se faire quoi, mais en complément (...). »

Sinon, pour la majorité des représentants pharmaceutiques, la psychothérapie a pour objectif de relancer le désir, l'estime personnelle et le projet de vie. Près du tiers des psychologues entendent également ainsi cette thérapeutique. La psychologue no 1 explique sa perception en ces mots : « (...) La dépression euh une pathologie, à part entière qui euh qui est associée vraiment pour moi à une perte du désir et euh de travail du psychologue, c'est là aussi que c'est difficile de relancer ce désir, en ce sens d'aller vers un projet de soi mais aussi

vers un projet de vie. » En ce qui a trait aux patients, plus du quart d'entre eux envisagent plutôt la psychothérapie comme un processus ayant pour but d'évacuer les sentiments et les idées néfastes pour la santé. Pour le patient no 2, la psychothérapie est un exorcisme :

« La psychothérapie, je dirais la psychothérapie euh, c'est, c'est une épreuve, c'est une épreuve, mais c'est une épreuve bénéfique, c'est une épreuve intérieure quoi euh, il faut vraiment chercher tous les fantômes qu'on a à l'intérieur, je dirais une psychothérapie, c'est un exorcisme, sauf qu'il n'est pas religieux, on est là pour chasser tous les négatifs, tout le côté démoniaque qu'on a en nous (...) et je parle d'un exorcisme, qui n'a rien à voir avec le côté religieux, un exorcisme qui se passe au niveau des oreilles, au niveau de la personnalité, au niveau de son propre nous. »

Par ses paroles, le patient no 2 conçoit la psychothérapie comme une épreuve, un nettoyage. Un acte dont le but est de « chasser tous les négatifs, tout le côté démoniaque en nous ».

Toutefois, la moitié des patients interviewés concèdent que la psychothérapie ne puisse s'adresser à tous les patients et que l'alliance thérapeutique puisse être difficile à obtenir. Le psychiatre no 2 explique cette difficulté :

« (...) Parce que le problème, le problème de la psychothérapie, il y a l'alliance aussi, il faut l'alliance avec le savoir, bon, des fois, c'est plus difficile pour un médecin qu'un autre médecin hein, moi je suis dans les milieux avec d'autres psychologues, euh bon et ce n'est pas toujours facile, il faut aller vers quelqu'un qui a de la confiance pour que ça marche tout ça, hein, pour se livrer. »

Les patients confient qu'ils peuvent aussi carrément avoir peur d'entreprendre une psychothérapie, qui constitue en effet un obstacle considérable sur la voie de la guérison. Le patient no 2 fait part de sa peur et de ses appréhensions envers la psychothérapie.

« (En parlant de la psychothérapie) j'en ai jamais fait de groupe ni individuelle, euh, le mot me fait un peu peur, j'avoue que là, le mot me perturbe un petit peu parce que j'aime bien être libre, j'aime beaucoup la liberté donc euh, ça me fait un peu peur, je n'ai jamais participé et le Dr m'avait dit un peu, mais on se voit de temps en temps pour voir où on en est, j'aime bien un suivi psy de ma propre personne, je n'aime pas trop qu'on commande pour moi. »

D'autres interviewés mentionnent un obstacle souvent rencontré par les patients. Il s'agit du prix qu'ils ont à défrayer dans les cabinets privés pour entreprendre une psychothérapie ou alors les listes d'attentes dans les institutions publiques avant de pouvoir y accéder. Le médecin généraliste no 2 explique comment il entrevoit sa situation.

« Nous, on n'est pas tellement formé à ça (la psychothérapie). Pas tellement, pas formé autre que la prise en charge autre que médicamenteux, j'allais dire. En plus, on a beaucoup de problèmes, pour envoyer les patients difficiles, euh, chez le psychiatre parce que, on est débordé, et, en France, les psychologues ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale au niveau des remboursements, donc, donc, donc, donc, donc, ben celui qui ne s'intéresse pas ben, il met des médicaments pis ça fait que le problème ne sera pas identifié. »

Le médecin généraliste no 2 soulève clairement une problématique importante. Pour lui, les médecins généralistes, pour la plupart non formés adéquatement pour faire de la psychothérapie, n'ont pas la possibilité de référer facilement les patients chez les psychiatres et puisque les psychologues ne sont pas remboursés par la sécurité sociale, plusieurs d'entre eux prescrivent des médicaments sans que le problème ne puisse être identifié.

D'ailleurs, près du tiers des psychiatres émettent l'idée que les psychothérapies sont de plus en plus menées par des psychologues, car les psychiatres peuvent accorder de moins en moins de temps aux patients. Cette réflexion du psychiatre no 1 concerne ce phénomène :

« Les délais de consultations sont longs. Mais moi, pour ma part, je, pour pallier à ça, alors jusqu'à quand je pourrais faire, je ne sais pas, mais pour pallier à ça, j'associe volontairement, volontiers, le psychologue par exemple, hein. Si j'estime que le patient a besoin d'un intervalle plus court et d'une psychothérapie plus importante, plus étroite, et que je ne peux pas lui donner cette, cette, une telle prise en charge, donc, j'associe facilement le psychologue ou la psychologue ou à défaut, des entretiens infirmiers. Alors, je fais en sorte que le patient ait quant même un porte-parole d'écoute et un soutien, euh, le plus souvent possible. Voilà, bon. On a fait le constat effectivement qu'il y a, qu'il y a, un manque de psychiatres et tout. C'est vrai que dans les hôpitaux publics, on commence à, on les voit par exemple, à embaucher de plus en plus de psychologues, hein, pour essayer justement de pallier, à défaut de trouver suffisamment de psychiatres. (...) Je dirais, euh, oui, comment dirais-je, une passation, on va dire, de d'aspects de psychothérapique vers les psychologues, voire même vers les infirmiers. Ça c'est une réalité. Ça c'est une réalité. »

Finalement, près de la moitié des médecins généralistes émettent la critique suivante : selon eux, en effet, les médecins généralistes ne maîtrisent pas les pratiques psychothérapeutiques. Le médecin généraliste no 9 en parle dans ces mots : « (...) Sur le plan psychothérapie, on n'y connaît rien, on n'a pas été formé du tout hein, je ne connais rien, il y a peut-être des confrères qui sont meilleurs, je ne sais pas, en médecine générale, pas vraiment! » Le médecin généraliste no 1 exprime cette perception qu'ont les médecins généralistes de la psychothérapie :

« Ben, je la perçois comme un outil que je ne maîtrise pas et comme c'est un outil que je ne maîtrise pas, euh, je laisse aux spécialistes ce qui est effectivement, bon, euh, pratique, c'est quelque chose qui peut, je pense, qui nécessite une expérience, donc comme c'est quelque chose qui nécessite une expérience, je pense qu'il faut être dedans des années et des années pour être bon psychothérapeute, donc, on ne s'improvise pas psychothérapeute du moins, du jour au lendemain donc euh, je pense que c'est, c'est une pratique qui est utile et qui est même indispensable. »

Nous avons vu, au fil de ces sections, différentes croyances à propos des antidépresseurs, différentes perceptions à propos de la dépression, de la prescription de la molécule à l'étude et de la psychothérapie. Dans le prochain chapitre, nous discuterons de ces croyances, ces perceptions, en lien avec ce que la littérature nous a appris. Nous confronterons les différences et nous exposerons différentes pistes de réflexion.

## **CHAPITRE IV**

### **DISCUSSION**

Dans ce chapitre nous discutons de plusieurs volets de la recherche qui ont suscité notre attention. Nous abordons plus en profondeur l'importance des croyances et de la science dans l'utilisation des antidépresseurs, puis la place des médecins généralistes face à la dépression, aux antidépresseurs et à la psychothérapie. Là-dessus, nous poursuivons à propos de la relation entre les compagnies pharmaceutiques et les antidépresseurs, ainsi que du rôle des psychologues face à la dépression et aux antidépresseurs. Enfin, un bilan critique de l'étude termine cette partie. Il analyse sa pertinence, les forces et les faiblesses de sa méthodologie et les perspectives qu'elle entraîne pour les recherches futures.

#### **4.1 Utilisation des antidépresseurs, science et croyances**

Notre étude démontre que les croyances personnelles des participants à propos des antidépresseurs occupent une place importante, parfois davantage importante que la science,<sup>10</sup> dans l'utilisation de ces médicaments. Ces croyances ont autant d'influence sur la prescription que sur l'observance thérapeutique et elles sont parfois en opposition avec les

---

<sup>10</sup> Nous entendons par science, l'ensemble des connaissances humaines qui obéissent à des lois, découlent de la recherche et sont vérifiables par l'expérience.

indications scientifiques traitant des antidépresseurs et des bonnes pratiques d'utilisation de ces psychotropes. Les prochains paragraphes discutent ces résultats à l'aide d'exemples.

Premièrement, suivant les dires des participants à l'étude, plusieurs médecins, majoritairement des généralistes, prescriraient de pair des antidépresseurs et des anxiolytiques, ce qui va à l'instar des guides de recommandations du traitement de la dépression, tel que celui publié par l'*American Psychiatric Association* (Valenstein *et al.*, 2004). Plus précisément, nous avons recueilli ces propos chez quatre médecins généralistes, deux psychiatres, deux patients et une psychologue, qui ont rapporté croire que cette pratique était monnaie courante chez les médecins, dont principalement chez les médecins généralistes. Il faut préciser que ces propos ont émergé naturellement dans le discours de ces neuf participants et que le sujet de la double prescription d'antidépresseurs et d'anxiolytiques ne présentait pas une question en soi dans le guide d'entrevue. Nous ne pouvons donc pas affirmer ou infirmer que les autres participants à l'étude possédaient cette même croyance, puisque ce thème n'a pas émergé naturellement dans leur discours.

Il n'en reste pas moins, que ces quatre médecins généralistes ont rapporté observer couramment des doubles prescriptions chez leurs semblables et parfois chez leurs collègues psychiatres. Deux psychiatres ont rapporté la même chose, tandis qu'une psychologue rapporte l'avoir souvent constater à travers le discours de ses patients lorsqu'ils parlent de leurs médicaments. Deux patients, quant à eux, ont plutôt rapporté l'avoir souvent entendu de la bouche d'autres patients. Un autre participant à l'étude, lui-même médecin généraliste, nous a même raconté qu'il « attaquait » les symptômes dépressifs avec des médicaments tout à fait anodins selon lui, soit de l'Athymil ou du Prozac et ce, toujours sous couvert d'un anxiolytique.

Pourtant, ces constations apparaissent aller à l'encontre des résultats trouvés par différentes recherches spécifiant notamment que l'action des anxiolytiques brouillerait celle des antidépresseurs. En fait, comme nous l'avons vu dans la revue de la littérature, les anxiolytiques entraîneraient un effet désinhibiteur, pouvant provoquer ainsi plus facilement des passages à l'acte chez des patients ayant des idées suicidaires (Hantouche, Lancrenon et

Chignon, 1995). De plus, rappelons-le, les anxiolytiques diminueraient la sensibilité physiologique et comportementale aux antidépresseurs lorsqu'ils sont pris de pair avec ces derniers, selon l'échelle de sensibilité du dyscontrôle aux effets des traitements antidépresseurs. Finalement, les antidépresseurs de nouvelles générations, notamment la paroxétine, agissent suffisamment sur les symptômes dépressifs et en ce sens, l'association de ces derniers avec des benzodiazépines devient superflue, comme l'indique la recherche de Kennedy *et al.* (2001) dans le premier chapitre. Ici, nous nous rendons compte que chez plusieurs médecins, la croyance qu'une co-prescription d'anxiolytiques et d'antidépresseurs soit optimale dans le traitement de la dépression est finalement à l'opposé de ce que la science indique de manière générale

Deuxièmement, nous avons observé qu'il existait un nombre important de participants croyant à la dépendance physique aux antidépresseurs. Cette croyance concerne particulièrement les psychologues et les psychiatres, mais elle est aussi présente chez les patients et chez quelques médecins généralistes. Très précisément, ce sont huit psychologues, trois psychiatres, deux médecins généralistes et quatre patients qui ont dit croire en la dépendance physique aux antidépresseurs. Remarquons, que parmi ces derniers, il n'y a aucun représentant pharmaceutique.

Cependant, les études démontrent que les antidépresseurs n'induisent pas de dépendance physique (Guillem et Lépine, 2003; Haddad, 1999). Rappelons que les rares études sur les cas de dépendance physique aux antidépresseurs allant à l'encontre de l'évidence scientifique et empirique sont liées avec la consommation de l'amineptine (*Survector*®) ou de la tranylcypromine (*Parnate*®), qui ont toutes les deux des propriétés amphétaminergiques (Guillem et Lépine, 2003). Les cas rapportés dans ces études restent exceptionnels et les patients sont pour la plupart d'anciens toxicomanes. Les cas de dépendance physique seraient donc anecdotiques et la potentialité addictogène des antidépresseurs ne peut être retenue, conclue Haddad (1999). Concernant, le syndrome de sevrage, celui-ci ne peut pas être davantage retenu comme preuve de dépendance physique aux antidépresseurs (Lejoyeux, 1995), nous concluons précédemment lors de notre revue de la littérature scientifique à ce sujet.

Par ailleurs, comme nous l'avons détaillé également dans la recension des écrits, L'ôo et Olié (1984) mentionnent que la véritable difficulté dans le processus d'interruption de la prise de certains antidépresseurs, notamment les IMAO, est l'existence d'une dépendance psychique : les patients ne veulent pas faire le deuil de l'effet apaisant ou dynamisant des antidépresseurs.

Cela dit, penser que les antidépresseurs peuvent provoquer une réelle dépendance physique découle plutôt d'une croyance que de l'évidence scientifique qui affirme le contraire, mis à part quelques recherches rapportant des cas exceptionnels soumis à des conditions particulières. Chez les médecins et les thérapeutes, nous avons relevé que cette croyance peut jouer dans les décisions du traitement et dans l'observance du traitement chez le patient. Toutefois, croire que les antidépresseurs peuvent entraîner une dépendance psychologique est appuyé par plusieurs études scientifiques, mais ne constitue pas un débat clos pour autant.

Troisièmement, nous nous sommes aperçus qu'il existait chez plusieurs participants une croyance concernant l'effet des antidépresseurs sur la personnalité. En fait, près du tiers des sujets à l'étude ont affirmé que les antidépresseurs pouvaient modifier la personnalité et certains ont même manifesté des inquiétudes à ce propos.

Toutefois, aucun élément de la littérature scientifique ne laisse présager que les antidépresseurs ont des effets sur la personnalité pour l'instant, peu importe de quelle façon nous concevons la personnalité. Comme nous l'avons mentionné au premier chapitre, les résultats de l'étude de Hellerstein *et al.* (2000) indiquent que les antidépresseurs pourraient plutôt avoir une action bénéfique en permettant à la personnalité présente avant la dépression d'émerger. Par ailleurs, cette idée est partagée par la plupart des représentants pharmaceutiques et par quelques médecins généralistes et patients, mais aucun psychiatre ou psychologue ayant participé à l'étude n'en discute. Ces derniers sont divisés. Certains croient plutôt que les antidépresseurs peuvent véritablement modifier la personnalité, tandis que d'autres pensent le contraire.

Quoiqu'il en soit, les études scientifiques ne semblent pas aller dans le sens que les antidépresseurs ont la capacité de changer réellement la personnalité d'un patient. Il ne devrait pas y avoir d'inquiétude de la part des professionnels à ce sujet, selon la littérature.

Quatrièmement, nous avons constaté que plusieurs participants, notamment des prescripteurs, croient qu'il est important d'expliquer le fonctionnement des antidépresseurs aux patients. Cette idée est fortement soutenue par plusieurs auteurs tels Spadone (2002) et Gasquet *et al.* (2001), qui expliquent que c'est le meilleur moyen pour assurer une plus grande observance au traitement. Ces derniers conseillent d'expliquer comment l'antidépresseur agit sur le corps et l'esprit, mais aussi d'expliquer, par exemple, leurs effets secondaires ou encore le bien fondé de ce médicament.

Toutefois, chez les patients interrogés, plus des trois quarts ont affirmé n'avoir jamais reçu d'explication sur le fonctionnement des antidépresseurs. Parmi eux, certains se sont résignés à lire la notice venant avec le produit ou ont tout simplement interrogé le pharmacien. Certains ont affirmé qu'ils ne savaient pas pourquoi ils devaient prendre ce médicament au départ, mais qu'ils faisaient confiance au médecin.

Nous constatons ici que plusieurs pensent qu'il est important d'expliquer le fonctionnement des antidépresseurs aux patients, idée largement soutenue par plusieurs scientifiques, mais qu'en vérité peu de médecins ne le feraient, aux dires des patients. Cette pensée dénotée chez les participants est supportée scientifiquement, mais ne trouve pas d'assise dans leurs actes. Nous pouvons alors nous demander si les prescripteurs croient à l'importance d'expliquer le fonctionnement des antidépresseurs lors de la prescription si en fin de compte ils ne le font pas.

Cinquièmement, il est important de se pencher sur le manque de connaissances de certains participants concernant le fonctionnement des antidépresseurs. En fait, le cinquième des participants ont avoué ne pas savoir comment les antidépresseurs fonctionnaient. Parmi ceux-là, il est question de patients, bien entendu, mais certains médecins généralistes et psychologues ont également confessé leur manque de connaissances.

Toutefois, prescrire des antidépresseurs ou effectuer une psychothérapie avec des personnes consommant des antidépresseurs nécessitent un minimum de connaissances. D'ailleurs, la littérature à ce sujet est abondante et facilement accessible. Ne pas savoir comment fonctionnent les antidépresseurs sur les patients que l'on soigne peut créer une panoplie de croyances non fondées scientifiquement et comporter des risques certains. « L'important, c'est que ça marche », comme le disait un médecin généraliste, ne constitue pas une croyance suffisante.

Sixièmement, nous avons constaté que plusieurs participants croient qu'en règle générale, les patients suivent les indications médicales et qu'ils démontrent une bonne observance thérapeutique. Pourtant, la littérature se veut beaucoup moins optimiste à cet égard.

Au premier chapitre, rappelons-nous, Gasquet *et al.* (2001) indiquaient que plus du tiers des patients dépressifs ne suivraient pas les indications médicales données par le praticien. Dans cette proportion, près de la moitié d'entre eux pratiqueraient des interruptions de traitements pendant que l'autre moitié modifierait le traitement, soit en augmentant, soit en diminuant les doses prescrites. Donc, compte tenu de ces risques et de la proportion élevée d'inobservance au traitement antidépresseur, l'objectif de l'adhérence au traitement devrait être au centre de l'entretien clinique et de la relation entre le médecin et le patient, selon Gasquet *et al.*, 2001.

Qu'en est-il alors lorsque le praticien croit qu'en règle générale ses patients suivent correctement les indications médicales du traitement, ou encore que les autres professionnels pensent de même? Il est alors possible de passer à côté d'un aspect primordial du traitement : l'inobservance thérapeutique. Cette croyance, que nous pourrions qualifier de « trop optimiste » chez certains participants, ne prend donc pas appui dans la littérature scientifique et peut comporter des risques, en ce sens où une problématique importante chez les patients est alors sous-évaluée.

Finalement, on se rend compte que diverses croyances sont véhiculées chez différents

groupes de participants, croyances qui ne trouvent aucune assise dans la littérature scientifique. Voici des exemples.

Tout d'abord, chez différents psychologues, on croit que les antidépresseurs peuvent inhiber la parole et en ce sens aller à l'encontre d'une psychothérapie. Pourtant, cette idée ne se retrouve pas dans la littérature scientifique. Par ailleurs, chez plusieurs patients, on rapporte carrément que les antidépresseurs peuvent amener des résultats inverses de ceux escomptés. Mis à part les risques suicidaires, notamment chez les adolescents, cette pensée n'est pas, à notre connaissance, répertoriée dans les ouvrages traitant du sujet. Puis, chez différents psychiatres et médecins généralistes, on affirme qu'il ne faut pas prescrire d'antidépresseur dans les dépressions mineures. Aucun article scientifique venant à l'appui de cette croyance n'a été trouvé lors de nos recherches.

Notre étude permet de mettre en perspectives différentes croyances qui priment sur la science concernant l'utilisation des antidépresseurs. Ces croyances méritent d'être prises en compte. Elles méritent également que nous approfondissions ce qui les sous-tend, voire que nous les changions dans certains cas. En effet, elles influencent inévitablement plusieurs variables importantes qui sont garantes du succès thérapeutique, telles la prescription, la prise en charge thérapeutique et l'observance au traitement.

Dans la section suivante, nous verrons des aspects en rapport avec la médecine générale qui ont émergé avec force dans notre étude et qui nécessitent de prendre le temps d'en discuter.

#### **4.2 Médecins généralistes, dépression, antidépresseurs et psychothérapie**

Lors de notre recherche, nous nous sommes aperçu qu'un nombre important de thèmes ressortis étaient en rapport avec les médecins généralistes, comme leur manque de formation pour diagnostiquer la dépression. En fait, les participants se sont montrés très critiques envers cette catégorie de professionnels, médecins généralistes y compris. En lien avec la littérature

existante, nous avons trouvé important d'en discuter pour approfondir ce volet.

Tout d'abord, les psychiatres et les médecins généralistes ont rapporté qu'il était important de faire un diagnostic adéquat pour traiter la dépression. Ils ont toutefois mentionné que les médecins généralistes manquaient de formation pour diagnostiquer et pour traiter la dépression.

Plus tard, nous constatons que la plupart des sujets à l'étude croient que la psychothérapie est le travail de fond pour traiter la dépression. Cependant, les médecins généralistes avouent pour la plupart ne pas maîtriser les pratiques psychothérapeutiques et certains s'en diront désolés. D'autres spécifient qu'ils ont eu à peine quarante-cinq heures de formation en psychologie.

En outre, plusieurs participants croient que les médecins généralistes manquant de compétences à propos de la dépression et des antidépresseurs dirigent leurs patients vers les psychiatres pour obtenir un traitement. Cependant, les participants indiquent que les psychiatres sont difficilement accessibles, qu'il existe un manque de professionnels pour traiter la dépression et que les médecins, en règle générale, manquent de temps. Par ailleurs, les participants affirment qu'il y a un manque de rigueur et une banalisation de la prescription d'antidépresseurs.

Pourtant, les participants insistent sur l'importance pour le médecin de prendre le temps nécessaire et d'analyser les bénéfices et les risques avant de prescrire des antidépresseurs et de ne le faire que s'il croit en ce psychotrope lui-même. Ils conseillent d'établir une bonne alliance thérapeutique pour une meilleure observance au traitement d'antidépresseurs, de prendre le temps qu'il faut lors de la prescription et de les prescrire à bon escient. Ils croient à la nécessité d'expliquer le fonctionnement des antidépresseurs et leurs effets secondaires lors de la prescription, de persuader le patient du bien-fondé de ce traitement et de s'assurer d'un suivi après la prescription.

La réalité ne semble pas permettre aux médecins généralistes d'agir de la sorte et en

toute vraisemblance, une problématique est apparue durant les dernières années à propos de la prise en charge des patients. Il existe une distance entre ce qui devrait être fait et ce qui se fait, aux yeux des participants. En vérité, les psychiatres sont moins nombreux, les demandes en lien avec la dépression ont augmenté et les médecins généralistes qui avaient l'habitude de référer à ces spécialistes se voient contraints de garder leurs patients à cause des listes d'attente parfois interminables.

Ils sont alors obligés de diagnostiquer les différents troubles dépressifs et de les traiter, eux qui avouent manquer sérieusement de formation pour la prise en charge des patients souffrant de ces troubles. Inévitablement, certaines prescriptions et certains suivis ne sont pas adéquats et les patients ne ressentent pas assez d'améliorations pour reprendre leurs activités habituelles, faisant augmenter les coûts socio-économiques reliés à la dépression.

Du côté de la littérature scientifique, le premier chapitre faisait état de plusieurs aspects concernant la médecine générale et la prise en charge des personnes souffrant de dépression. Ces aspects sont nécessaires à rappeler, car ils vont dans le même sens que les propos des participants et exposent une problématique importante. Tout d'abord, Carrière *et al.* (2004), indiquaient que dans 90 % des cas, les médecins généralistes établiraient un diagnostic d'une manière intuitive avant la mise en route d'un traitement antidépresseur.

Rappelons aussi que Debreu et Catteau (2003) avaient observé pour leur part qu'il existait une surreprésentation des diagnostics d'épisodes majeurs dépressifs chez les médecins généralistes. De plus, ces chercheurs soulignaient que le temps d'attente était élevé pour consulter un psychiatre et que ce dernier n'était consulté la plupart du temps que lors de complications psychiatriques difficilement gérables en médecine générale.

Nous avons vu aussi que pour Thompson *et al.* (2001), les médecins généralistes démontraient des lacunes dans leurs connaissances des troubles psychiatriques et que pour Bottero *et al.* (2003) cette méconnaissance concernait davantage la prise en charge de la dépression. Selon Guillin (1998) et Dalery et Sechter (1994), trop souvent, en médecine générale, les praticiens prescriraient des antidépresseurs avec des posologies insuffisantes ou

n'en prescriraient pas du tout lorsque le besoin se présente, ce qui complique la prise en charge. Carrière *et al.* (2004) faisaient état de l'association trop élevée des antidépresseurs avec d'autres médicaments comme les anxiolytiques (80 % des fois) ou encore comme les hypnotiques (35 % des fois) lorsque les médecins généralistes en prescrivait.

Quant à Haxaire, Bodénez et Richard (2006), ils rapportaient que les médecins généralistes étaient amenés, à travers la fulgurante « propagation » de la dépression, de la souffrance psychique et du mal-être, à investir un domaine pour lequel ils ne possèdent pas de formation particulière préalable, soit celui de la santé mentale. Pour eux, les médecins généralistes se constituaient au fil du temps un savoir qui leur était propre individuellement, qui relevait de l'expérience, de l'empirisme et des histoires de vie de leurs patients. Fleury (2008) écrivait qu'au Québec, il y avait un manque de formation évidente des médecins généralistes pour détecter, diagnostiquer et traiter les problèmes de santé mentale.

Rappelons les propos de Pomerantz *et al.* (2004) qui exposaient d'une manière inquiétante les pratiques trop courantes des médecins généralistes qui palliaient la dépression par des antidépresseurs, sans prendre le temps d'établir si une prise en charge complète serait plus bénéfique. Situation engendrant des coûts élevés, car le traitement est insuffisant et de ce fait, les rechutes sont nombreuses.

Comme nous l'observons, autant chez les chercheurs ayant traité du sujet que chez les participants de notre étude, on s'entend sur le fait qu'il existe des lacunes importantes chez les médecins généralistes en ce qui a trait à la prise en charge des troubles dépressifs. Des lacunes causant des problèmes multiples aux personnes souffrant de dépression et engendrant des coûts socio-économiques importants. Des lacunes qui semblent pouvoir se résorber en partie par une meilleure formation des médecins généralistes en santé mentale.

Rajoutons que les médecins généralistes manquent de temps et malheureusement, n'approfondissent pas leurs connaissances des troubles dépressifs ou autres au cours de leur carrière. Nous croyons qu'il est nécessaire que la formation continue des médecins soit renforcée, car la situation décrite dans notre étude est inquiétante. Il en ressort que de trop

nombreux médecins généralistes n'ont pas la formation adéquate pour la prise en charge des personnes souffrant de dépression et que trop d'erreurs ont lieu. Concernant spécifiquement les nouveaux antidépresseurs sur le marché, la formation continue des médecins est plutôt assurée par les représentants pharmaceutiques. Ces derniers sont engagés par des compagnies ayant des objectifs mercantiles clairs. Puisque ce point est ressorti avec force dans notre étude, nous en traitons dans la prochaine partie.

### 4.3 Compagnies pharmaceutiques et antidépresseurs

Lors de la présentation des résultats de cette recherche, nous avons élaboré sur l'existence de plusieurs croyances des participants au sujet des compagnies pharmaceutiques qui méritaient d'être discutées. En fait, les participants ont été critiques vis-à-vis du volet commercial des compagnies pharmaceutiques et de leur implication auprès des prescripteurs.

Tout d'abord, dans chaque catégorie de participants, sauf chez les représentants pharmaceutiques, la majorité affirme que les compagnies pharmaceutiques croient aux antidépresseurs, car elles ont un intérêt financier. Ils ne croient pas que les antidépresseurs soient la panacée, comme peuvent le sous-entendre certains représentants pharmaceutiques. La preuve, c'est qu'il existe plusieurs gammes d'antidépresseurs qui sont presque identiques, malgré ce que les compagnies pharmaceutiques en disent, rapporte un psychiatre.

Quoiqu'il en soit, chez la plupart des psychologues ayant participé à l'étude, on trouve que l'industrie pharmaceutique fait beaucoup d'argent. Certains disent carrément posséder une vision négative envers cette industrie. Plusieurs revendiquent un statut d'observateurs qui leur permet de faire la part des choses contrairement aux médecins qui se verraient offrir des « cadeaux » par les compagnies pharmaceutiques.

Toutefois, pour près de moitié des généralistes, il existe une argumentation scientifique des compagnies pharmaceutiques pour entraîner les médecins à prescrire davantage d'antidépresseurs. En plus, pour environ un tiers d'entre eux, l'industrie pharmaceutique exerce une pression afin qu'ils prescrivent un nombre plus élevé d'antidépresseurs chez les

enfants et les adolescents.

Il n'est donc pas surprenant que différents professionnels de la santé, dont près du tiers des prescripteurs, s'entendent pour dire qu'il faut faire la part des choses dans le discours des compagnies pharmaceutiques. Pourtant, comment faire, lorsqu'on sait que les médecins, particulièrement les généralistes, ne peuvent compter que sur les visites des représentants pharmaceutiques pour être informés des nouvelles molécules sur le marché ainsi que de leur fonctionnement, comme le soulignait un médecin généraliste de notre étude?

Du côté de la littérature, rappelons-nous que certains auteurs, notamment Cohen (1996), croient que la plupart des effets nocifs de plusieurs médicaments ne seraient déclarés qu'après la mise en marché et l'encaissement des profits des compagnies pharmaceutiques ou, comme Healy (1997), que la surconsommation des antidépresseurs serait la conséquence de l'action continue du lobby de l'industrie pharmaceutique sur les médecins et les gouvernements.

Selon St-Onge (2004), le Collège des médecins du Québec reconnaissait que le marketing musclé des compagnies pharmaceutiques expliquait en partie l'augmentation du nombre d'ordonnances. Cet auteur faisait mention aussi de nombreuses études dans lesquelles les antidépresseurs avaient démontré une efficacité à peine supérieure à un placebo et que, malgré ce fait, les compagnies pharmaceutiques les présentaient comme des médicaments révolutionnaires.

Pignarre (2001) n'hésite pas à déclarer que l'industrie pharmaceutique entretient avec soin le marché de ces psychotropes en étant omniprésente dans les congrès scientifiques, ou tout simplement en les organisant, et ce, dans le but délibéré d'influencer les médecins à prescrire davantage d'antidépresseurs.

Zarifian (1996) considère quant à lui que les compagnies pharmaceutiques, à travers leurs recherches, leurs délégués médicaux et leurs publicités, tentent d'influencer les prescripteurs à faire automatiquement les associations entre tristesse, dépression, sérotonine

et ISRS. Il ajoute que les compagnies pharmaceutiques utilisent un langage pseudo-scientifique et un discours académique pour cautionner leurs arguments en faveur des antidépresseurs et ainsi rassurer le prescripteur.

Alors que faut-il faire, à la lumière des résultats de notre étude et de la littérature existante sur le sujet, pour s'assurer que les médecins puissent obtenir des informations cliniques et scientifiques dépourvues d'intérêts mercantiles? En vérité, avant de se poser la question, il faut mettre sur la table un non-dit que certains participants ont dévoilé. La « formation » qu'assurent les représentants pharmaceutiques permet, même si elle est biaisée, d'épargner des coûts sociétaux importants, puisque les médecins reçoivent de l'information « gratuitement » sur les nouvelles molécules sans qu'ils aient à prendre le temps nécessaire pour la poursuite d'une formation continue.

Ce non-dit, qui semble faire l'affaire de plusieurs, dont le gouvernement comme le disait un représentant pharmaceutique, ne permet peut-être pas en bout de ligne d'épargner de l'argent à la société puisque nous ne pouvons pas nous assurer que l'information véhiculée par les représentants pharmaceutiques soit indépendante de l'intérêt économique des compagnies pharmaceutiques. Même si certains participants croient que les compagnies pharmaceutiques ont tout d'abord une volonté d'aider les gens, la plupart croient qu'elles veulent satisfaire tout d'abord leurs actionnaires.

Suite à cette prise de conscience, il est donc nécessaire de trouver une solution afin d'y remédier. Pour l'instant, une initiative française semble être des plus intéressantes. Comme nous en faisons mention dans le premier chapitre, en France, certains médecins ont pris position pour limiter l'influence exercée par les compagnies pharmaceutiques sur les prescripteurs et leur implication dans les congrès et les formations médicales. Ils ont littéralement créé des mouvements tels que le FORMINDEP (pour une FORMation INDEPendance au service des seuls professionnels de santé et des patients). Ces mouvements s'assurent de donner à leurs membres des formations qui demeurent indépendantes des compagnies pharmaceutiques. D'abord, faut-il que les professionnels, comme les médecins, veuillent en faire partie!

Quoiqu'il en soit, notre recherche fait ressortir un fait important à propos des médecins généralistes : malgré que ce soient eux qui prescrivent les antidépresseurs en plus grande quantité et que ce soient eux qui demeurent les plus sollicités pour prendre en charge des patients souffrant de dépression, ils ne sont pas experts en santé mentale et manquent de formation à ce propos. De surcroît, ils sont les plus susceptibles d'être influencés par les compagnies pharmaceutiques au sujet de la prescription des antidépresseurs. Dans la prochaine section, nous abordons l'importance du rôle du psychologue dans le phénomène de la dépression et des antidépresseurs.

#### 4.4 Psychologues, dépression et antidépresseurs

Dans cette partie, nous nous penchons sur l'importance du rôle du psychologue en tant qu'expert en santé mentale en ce qui concerne le phénomène de la dépression et des antidépresseurs. En fait, les psychologues, à l'opposé des médecins généralistes, ont une connaissance approfondie de la santé mentale, mais ne disposent pas des apprentissages suffisants pour prescrire des antidépresseurs. Les professionnels qui sont autant qualifiés pour l'un que pour l'autre sont les psychiatres, mais comme nous l'avons vu, ils ne suffisent plus à la demande et sont difficiles d'accès pour les patients.

Pour l'instant, les médecins généralistes et les psychologues doivent donc arrimer la prise en charge de leurs patients communs pour optimiser les traitements. Cela a pour conséquence de dédoubler la prise en charge des patients et d'entraîner des difficultés pour la communication et la coordination des professionnels, surtout que la plupart de ces professionnels travaillent en clinique séparément. Évidemment, les coûts sociaux qui en découlent sont élevés.

En outre, les psychologues sont pour la plupart ceux qui rencontrent le patient le plus souvent et qui sont à même d'observer les changements qui peuvent être occasionnés par la médication. Ce sont principalement eux qui effectuent la psychothérapie avec les patients souffrant de dépression, une intervention complémentaire aux antidépresseurs, comme l'a rapporté la plupart des participants.

En fait, pour plusieurs sujets, la psychothérapie n'est pas simplement complémentaire aux antidépresseurs, elle est préconisée dans le traitement des troubles dépressifs. Les participants diront qu'elle est le « travail de fond » pour traiter la dépression. Pour plusieurs, elle a pour objectif de relancer le désir, l'estime de soi et le projet de vie. Elle est perçue comme une technique nécessaire pour amener la plupart des patients sur la voie du rétablissement. Pour l'instant, comme le soulignent certains participants, la psychothérapie est davantage exercée par les psychologues, les psychiatres ne disposant plus d'assez de temps.

Par ailleurs, concernant les antidépresseurs, les participants ont rapporté que les croyances des psychologues dépendaient de leur orientation théorique. Pour certains, par exemple, les psychologues d'orientation psychanalytique seraient moins favorables aux antidépresseurs. En outre, pour plusieurs, la plupart des psychologues croiraient aux antidépresseurs, mais considèrent que ces psychotropes ne seraient qu'un soutien. Enfin, pour d'autres, les psychologues manqueraient de formation et d'intérêt face aux antidépresseurs.

En règle générale, nous avons donc d'un côté les médecins généralistes qui manquent de formation et d'expertise concernant la dépression, la prescription d'antidépresseurs et la psychothérapie et de l'autre, les psychologues qui sont experts dans les troubles dépressifs et la psychothérapie, mais qui ne disposent pas suffisamment de connaissances en pharmacothérapie pour prescrire des médicaments. Les psychiatres, quant à eux, sont devenus trop peu nombreux pour traiter les personnes souffrant de dépression. Une situation problématique pour les patients et qui représentera un défi de plus en plus grand au fil du temps pour les intervenants et la société en général. À coup sûr, nous devons nous pencher sur l'option de former des psychologues ayant le droit de prescrire des médicaments telles les « super-infirmières<sup>11</sup> ». Une option que la Louisiane et le Nouveau-Mexique ont déjà choisie.

Notre recherche nous permet de mettre en relief différentes problématiques. Premièrement, le fait que plusieurs croyances priment sur la science à propos de l'utilisation

---

<sup>11</sup> Les « super-infirmières » est le nom populaire pour désigner les infirmières et infirmiers possédant une maîtrise en sciences infirmières qui ont le droit de prescrire certains médicaments.

des antidépresseurs et qu'elles doivent être prises en compte, puisqu'elles influencent inévitablement des aspects importants du traitement des patients dépressifs, telles la prescription et l'observance thérapeutique.

Deuxièmement, le fait qu'il existe un manque de formation chez les médecins généralistes concernant la prise en charge des patients dépressifs et que par conséquent, plusieurs patients ne reçoivent pas les traitements optimaux.

Troisièmement, le fait que les compagnies pharmaceutiques à travers leurs représentants se substituent à la formation continue des médecins et que cela représente un risque. Les informations qu'elles dispensent à propos de l'efficacité de nouvelles molécules ne sont pas objectives, puisque leurs motivations sont tout d'abord économiques.

Finalement, le fait que les psychiatres ne soient plus assez nombreux et qu'ils ne disposent plus d'assez de temps pour assumer la prise en charge des personnes souffrant de dépression, ce qui oblige les médecins généralistes et les psychologues à s'arrimer dans la prise en charge de leurs patients communs, ce qui dédouble les prises en charge et ce qui entraîne des coûts socio-économiques élevés. Dans les sections qui suivent, nous présentons le bilan critique de la recherche.

#### 4.5 **Bilan critique de la recherche**

Le bilan critique de cette recherche se divise en trois parties. Premièrement, la pertinence de l'étude est analysée. Deuxièmement, nous abordons les forces et les faiblesses de sa méthodologie. Finalement, nous nous penchons sur différentes perspectives pour de futures recherches.

##### 4.5.1 **Pertinence de l'étude**

Tout d'abord, cette étude atteint les objectifs qu'elle s'était fixés au départ, soit de préciser les croyances des psychiatres, des médecins généralistes, des psychologues, des

représentants pharmaceutiques et des patients à propos des antidépresseurs et des thèmes associés, à savoir la dépression et la psychothérapie. Plus précisément, les objectifs de cette recherche visaient à : (1) explorer les croyances des sujets à l'étude quant aux antidépresseurs, (2) identifier les croyances des participants à propos de thèmes liés aux antidépresseurs, à savoir la dépression et la psychothérapie et (3) analyser et comparer les croyances intragroupes et intergroupes des sujets. À notre connaissance, cet exercice n'avait jamais été fait auparavant.

Ainsi, nous avons pu dévoiler bon nombre de croyances qu'il est nécessaire de prendre en compte à propos de la prise en charge de patients dépressifs, mais aussi à propos de la consommation d'antidépresseurs. Au-delà des résultats, nous avons pu démontrer tout le danger que pouvait comporter un manque de questionnement, d'information et de communication au sujet des antidépresseurs, de la promotion du produit à sa consommation, en passant par sa prescription et la prise en charge de ses consommateurs.

De plus, lors de la discussion portant sur les résultats, nous avons aussi effectué une comparaison entre des croyances qui ont retenu notre attention et la littérature existante pour mettre en perspective différentes problématiques. Nous avons pu également mieux situer le rôle du psychologue par rapport au phénomène des antidépresseurs et nous avons émis des recommandations.

Bref, nous estimons avoir pu éclairer d'une manière originale la complexité d'un phénomène qui est parfois réduit à quelques croyances souvent différentes, selon le rôle que l'on occupe, que l'on soit patient, professionnel de la santé, représentant pharmaceutique ou simple citoyen. Nous pensons aussi que nous avons su mettre en lien et expliquer d'une manière concrète les relations qui existent entre les différents éléments qui, pris séparément, donnent peu d'éclaircissements sur le phénomène.

#### 4.5.2 Forces et faiblesses de la méthodologie

Les forces de la méthodologie reposent sur un échantillon d'individus du même environnement et ce, même si les groupes le divisant sont très différents. En ce sens, la validité interne est une force qui, rappelons-le, est importante en recherche qualitative. Cependant, la représentativité de cette étude pour une population plus vaste peut être considérée comme une faiblesse. Par exemple, le rapport avec les antidépresseurs des individus travaillant dans une clinique privée est à coup sûr différent de celui des individus travaillant au sein d'un hôpital psychiatrique.

En plus, pour des problèmes précédemment cités, nous n'avons pas pu recruter un nombre de représentants pharmaceutiques égal aux autres groupes de sujets. Cela engendre un plus petit bassin de réponses possibles dans ce groupe, car leur nombre est malheureusement beaucoup plus bas. De plus, deux d'entre eux ont été interviewés par téléphone. Ce qui n'a pas permis d'orienter certaines questions à partir de signes non verbaux liés à l'enthousiasme, la gêne ou le mal-être par exemple. Par conséquent, certaines informations n'ont pas pu être développées avec finesse, provoquant une moins grande ouverture des sujets à propos de leurs croyances.

Concernant les patients, nous nous sommes limités dans l'échantillonnage à des individus présentant certains critères précis et, par exemple, avons dû exclure ceux consommant des anxiolytiques. Lorsqu'on se souvient que la plupart des patients consomment d'autres psychotropes simultanément aux antidépresseurs, il est bien évident que les patients choisis ne peuvent représenter les gens consommant des antidépresseurs, peu importe leur médication ou leur pathologie. Néanmoins, n'oublions pas que le but de cette recherche exploratoire n'était pas de généraliser les résultats à la population, mais bien de faire émerger des thèmes pour mieux appréhender le phénomène.

Par ailleurs, bien que le mode de sélection des participants ait été aléatoire, différents individus ont refusé de participer à l'étude. Il se peut que ces derniers possèdent des

croyances différentes à propos du phénomène exploré. Par conséquent, peut-être passons-nous à côté de certaines idées importantes pour une meilleure compréhension du phénomène.

Toutefois, le moment des interviews représente une force. En effet, les participants ont tous été rencontrés en l'espace de cinq mois permettant une évolution modérée de leurs croyances. En d'autres mots, le fait qu'il se soit passé relativement peu de temps entre l'entrevue effectuée avec notre premier participant et l'entrevue effectuée avec notre dernier participant permet de croire que les croyances manifestées sont cohérentes de l'une à l'autre dans un espace-temps bien défini. À titre d'exemple, les croyances auraient pu évoluer si de nouveaux antidépresseurs étaient apparus sur le marché entre le moment de la première et de la dernière entrevue.

Toutefois, un schème méthodologique longitudinal aurait permis une meilleure saisie de l'évolution des croyances dans le temps. Ainsi, on aurait pu détecter si certaines idées changent plus facilement que d'autres avec le temps. Par contre, compte tenu de la réalité de plusieurs de nos sujets, cette façon de procéder aurait entraîné plusieurs obstacles qui auraient pu mettre en danger notre recherche, tel un taux d'abandon élevé.

En ce qui a trait à la validation des résultats, nous nous sommes assurés d'un accord inter-juges, étant donné notre corpus de données volumineux. Cela représente une force supplémentaire dans une recherche pourtant exploratoire. D'un autre côté, nous avons dû procéder à une analyse plus systématique et, par ce fait même, nous avons perdu de la flexibilité et de la sensibilité dans nos analyses. Par conséquent, plusieurs thèmes ressortis trop rarement ont été écartés. Ces derniers auraient pu représenter une valeur ajoutée intéressante à nos analyses. Néanmoins, nous avons quand même fait attention à ce que les thèmes émergés puissent l'être en continu (non systématique) chez la moitié ou plus des participants, afin de tenir compte des différences intergroupes.

#### 4.5.3 Perspectives pour les recherches futures

À la lumière de nos résultats, il serait intéressant d'effectuer des études recherchant une généralisation des croyances trouvées, afin de confirmer les zones d'incohérence trouvées dans notre travail pour mieux appréhender le phénomène des antidépresseurs. Par exemple, le fait que de nombreux médecins prônent l'acte d'informer les patients à propos des antidépresseurs lors de la prescription quand une majorité de malades rapportent avoir reçu peu d'information à ce sujet, voire pas du tout. Ainsi, des solutions pourraient être envisagées pour améliorer cette situation, telle qu'une campagne d'information auprès des médecins pour rappeler l'importance de prendre le temps d'informer adéquatement le patient à propos de ces molécules.

Par ailleurs, il serait nécessaire de pousser le concept de dépendance aux antidépresseurs, puisqu'il semble y avoir une zone obscure à ce propos. Où se situe réellement la limite entre le syndrome de sevrage et la dépendance physiologique ?

En outre, nous pensons que des études portant sur le rôle et l'éthique des compagnies pharmaceutiques devraient être davantage développées. En premier lieu, car nous avons en toute vraisemblance le besoin de dresser des limites plus claires concernant l'implication de l'industrie pharmaceutique dans la recherche et la formation continue des médecins. En second lieu, car les compagnies pharmaceutiques semblent être de plus en plus victimes de préjugés négatifs des spécialistes et de la population générale qui paraissent être influencés par les médias.

À cet égard, des recherches ayant pour objectif de déterminer le rôle des médias au sujet du phénomène des antidépresseurs pourraient être envisagées. D'un côté, les médias ont-ils permis un accroissement de la consommation de ces médicaments en faisant un sujet d'actualité et en banalisant leur utilisation ? D'un autre côté, par des messages négatifs à propos de ces produits, ont-ils contribué à l'inobservance des traitements, faisant augmenter les risques d'échec thérapeutique?

Par extension, on pourrait se poser cette question de recherche : « Chez les patients, quels sont les facteurs déterminants d'une meilleure adhérence au traitement par antidépresseurs et par psychothérapie ? » Et ce, afin d'aider davantage les intervenants en santé mentale à agir efficacement avec le patient lorsque vient le temps de proposer une des deux thérapeutiques aux patients.

Finalement, des études sur les conséquences socio-économiques du manque de temps des praticiens, provoquant des prises en charge imparfaites, seraient pertinentes. Nous ne croyons pas que les coupures budgétaires en santé affectant les ressources et le temps des intervenants, qu'il s'agisse de la France ou du Canada pour ne nommer que ces pays, permettent de réelles économies à long terme. Pour compléter, il faudrait se pencher plus attentivement sur la possibilité de donner le droit aux psychologues de prescrire des psychotropes dans le futur, comme dans certains états américains.

## CONCLUSION

Cette recherche visait tout d'abord une meilleure connaissance des croyances véhiculées envers les antidépresseurs, et cela afin de mieux comprendre ce phénomène qui prend une place considérable dans l'actualité. Pour ce faire, nous avons interrogé des personnes concernées par ce sujet qui sont en interaction les unes avec les autres. Ainsi, des psychiatres, des médecins généralistes, des psychologues, des représentants pharmaceutiques et des patients ont dévoilé leurs croyances envers ces molécules au cours d'entrevues semi-directives.

Lors des analyses des résultats, nous nous sommes aperçus de différences notables de croyances entre les différents participants. Nous retiendrons que plusieurs croyances influencent davantage la prise en charge des patients et l'observance thérapeutique que la science et, qu'en ce sens, elles méritent que nous leur portions une attention particulière et que nous réfléchissions et agissions en connaissance de cause. Nous retiendrons aussi que plusieurs problématiques sont ressorties dans notre étude et méritent et nécessitent qu'on s'y attarde. Parmi ces problématiques, on retrouve la place des médecins généralistes, des compagnies pharmaceutiques et des psychologues face au phénomène des antidépresseurs.

Entre autres, on constate la nécessité que le patient soit informé suffisamment à propos des antidépresseurs et que le calcul des risques et des bénéfices soit préalablement effectué. De plus, pour une meilleure observance du traitement, l'alliance thérapeutique doit être au cœur de la relation d'aide. Et ce, d'autant plus, qu'on l'observe des croyances chez les patients qui peuvent contribuer négativement et entraver l'issue du traitement, telles que la peur de devenir dépendant ou encore la pensée inquiétante que les antidépresseurs sont des médicaments réservés aux « fous ».

À d'autres égards, il existe différentes zones de confusion. Les effets des antidépresseurs sur la personnalité font partie de ces zones, ainsi que le concept de dépendance aux antidépresseurs. On se pose aussi fréquemment des questions à propos de l'efficacité des antidépresseurs, de leurs effets secondaires et de leur influence sur les idées suicidaires. De plus, on pense que beaucoup de patients ne respectent pas les indications médicales. Une de ces raisons est lorsque le malade ne ressent pas d'effets positifs rapidement.

On retient également que la dépression est perçue davantage comme une conséquence des problèmes socio-économiques et qu'elle est définie par ses symptômes. Elle représente une grande souffrance et elle est véritablement une maladie à part entière pour plusieurs. La psychothérapie, quant à elle, est considérée importante dans le traitement de la dépression, parfois supérieure aux antidépresseurs, parfois complémentaire.

Bref, notre étude apporte une contribution à l'appréhension d'un phénomène évoluant rapidement et sortant du cadre des soins de santé. Les croyances véhiculées envers les antidépresseurs ne sont pas à négliger. Elles peuvent avoir des impacts politiques, économiques, sociaux, historiques et personnels se propageant au-delà des frontières nationales.

Finalement, rappelons-nous que travailler dans le domaine de la santé mentale implique que nous voulions apporter une contribution au mieux être individuel et sociétal. Dans cette optique, nous devons porter une attention particulière aux différentes croyances colportées chez les patients, les professionnels de la santé, tout comme les représentants pharmaceutiques pour exécuter notre travail correctement et ajuster nos modèles d'intervention en conséquence.

## APPENDICE A

## APPENDICE A

### EXEMPLES DE TROUBLES DÉPRESSIFS NON PRÉCISÉS RÉPERTORIÉS DANS LE DSM-IV

---

#### Exemples

---

- *Trouble dysphorique prémenstruel*: à la plupart des cycles menstruels de l'année écoulée, les symptômes surviennent de façon assidue au cours de la dernière semaine de la phase lutéale pour disparaître quelques jours après le début des règles.
- *Trouble dépressif mineur*: épisode d'au moins deux semaines de symptômes dépressifs, en nombre inférieur aux cinq critères nécessaires pour le diagnostic du TDM.
- *Trouble dépressif bref récurrent*: épisodes dépressifs dont la durée varie de deux jours à deux semaines, survenant au moins une fois par mois pendant 12 mois et dont l'apparition n'est pas sous l'influence du cycle menstruel.
- *Trouble dépressif postpsychotique de la schizophrénie*: il s'agit d'un EDM se manifestant durant la phase résiduelle de la schizophrénie.
- *Un EDM couplé à l'un des troubles suivants*: un trouble délirant, un trouble psychotique non précisé par ailleurs ou la phase active de la schizophrénie.
- *Situations où le clinicien conclut*: qu'un trouble dépressif est présent sans qu'il puisse déterminer s'il s'agit d'un trouble primaire, d'un trouble secondaire à une affection médicale générale ou induite par la consommation de substances psychoactives.

---

Source : *Le Guide de pratique clinique (Juin 2001) concernant les lignes directrices cliniques du traitement des troubles dépressifs de la Revue canadienne de psychiatrie.*

**APPENDICE B**

## APPENDICE B

### QUELQUES SOUS-TYPES DU TDM SELON LE DSM-IV

Sous-types	Attribut du DSM-IV	Caractéristiques essentielles
Dépression « anxieuse »	Sans précision	Importants symptômes d'anxiété
Trouble dépressif atypique	Caractéristiques atypiques	Réactivité de l'humeur et au moins deux des signes suivants : augmentation du poids ou de l'appétit, hypersomnie, manifestation d'hypersensibilité ou rejet d'ordre interpersonnel
Mélancolie	Caractéristiques mélancoliques	Diminution marquée du sentiment d'intérêt ou de plaisir dans presque toutes les activités ou insensibilités à l'égard des stimuli habituellement agréables
Trouble dépressif psychotique (délirant)	Caractéristiques psychotiques	Délire ou hallucination (congruent à l'humeur ou non congruent à l'humeur)
Dépression du post-partum (DPP)	Apparition en post-partum	Épisode dépressif qui commence dans les quatre semaines de l'accouchement
Trouble affectif saisonnier (TAS)	De schéma saisonnier	Épisodes dépressifs récurrents dont le début et la rémission se produisent à des périodes caractéristiques de l'année

## APPENDICE C

## APPENDICE C

### NOTICE DU PROZAC® (FLUOXÉTINE) SOUS FORME DE GÉLULE 20 MG

1/6

NOTICE - PROZAC 20 mg, gélule

#### NOTICE

PROZAC 20 mg, gélule

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament.

*Elle contient des informations importantes sur votre traitement. Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou votre pharmacien. Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, car cela pourrait lui être nocif. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la lire à nouveau.*

#### IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT

##### DÉNOMINATION

PROZAC 20 mg, gélule

##### COMPOSITION QUALITATIVE

Chlorhydrate de fluoxétine.....22,36 mg

Quantité correspondant à fluoxétine base.....20,00 mg

Excipients : amidon de maïs fluide, diméthicone.

Pour une gélule n°3.

Enveloppe de la gélule : oxyde de fer jaune (E 172), dioxyde de titane (E 171), gélatine, bleu patenté V (E 131).

#### FORME PHARMACEUTIQUE

Gélule. Boîte de 14 gélules sous plaquette thermoformée.

#### CLASSE PHARMACO-THÉRAPEUTIQUE

ANTIDÉPRESSEUR INHIBITEUR DE LA RECAPTURE DE LA SÉROTONINE

(N : Système Nerveux Central)

#### NOM ET ADRESSE DE L'EXPLOITANT

Lilly France SAS

13, rue Pagès

92158 Suresnes Cedex

#### NOM ET ADRESSE DU FABRICANT

ELI LILLY and Co. Ltd.

Basingstoke

GRANDE BRETAGNE

**DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MÉDICAMENT  
(INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES)**

Ce médicament est un antidépresseur. Ce médicament est indiqué dans les états dépressifs et le traitement de certaines obsessions. Il peut être également indiqué en complément d'une psychothérapie, pour la diminution de la fréquence des crises de boulimie et des vomissements ou de la prise de laxatifs.

**ATTENTION !****DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT  
(CONTRE-INDICATIONS)**

Ce médicament NE DOIT JAMAIS être utilisé dans les cas suivants :

- allergie connue à la fluoxétine,
- association avec certains médicaments antidépresseurs de type IMAO (nialamide, iproniazide) (cf. Interactions médicamenteuses et autres interactions).

Ce médicament NE DOIT GÉNÉRALEMENT PAS être utilisé, sauf avis contraire de votre médecin, dans les cas suivants :

- en association à certains médicaments antidépresseurs du type IMAO sélectifs A (moclobémide, toloxatone) (cf. Interactions médicamenteuses et autres interactions),
- allaitement.

*EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.*

**MISES EN GARDE SPÉCIALES**

Éruptions et réactions allergiques : des éruptions et des réactions allergiques générales parfois graves ont été rapportées. Toute manifestation allergique (éruptions cutanées, démangeaisons, gonflement des lèvres ou du visage, gêne respiratoire,...) en cours de traitement doit être signalée immédiatement à un médecin et faire envisager l'arrêt du traitement. Comme avec tous les autres antidépresseurs, l'action de ce médicament ne se manifeste qu'au bout de plusieurs jours. Il est donc important de poursuivre le traitement régulièrement même en l'absence d'amélioration immédiate, sauf avis contraire de votre médecin. Dans certains cas, une accentuation de l'anxiété ou une angoisse peuvent survenir. Il faut consulter immédiatement votre médecin. La prise concomitante de fluoxétine et de millepertuis nécessite une surveillance clinique régulière, les effets indésirables de la fluoxétine pouvant être plus fréquents. L'absorption d'alcool ou de boissons alcoolisées pendant le traitement est déconseillée.

### PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Prévenez votre médecin en cas de :

- idées suicidaires, celles-ci pouvant persister en début de traitement,
- épilepsie ou antécédents d'épilepsie. La survenue de crises convulsives impose l'arrêt du traitement,
- manie ou antécédents de manie. La survenue d'un état maniaque (surexcitation générale) impose l'arrêt du traitement,
- maladie du foie,
- maladie cardiaque,
- perte de poids,
- diabète ou troubles de la glycémie,
- antécédents d'anomalies de la coagulation ou traitement par des médicaments pouvant augmenter le risque de saignement (anticoagulants, certains anti-inflammatoires, aspirine...),
- électroconvulsivothérapie (ECT),
- syndrome sérotoninergique (ensemble de symptômes tels que : diarrhée, tachycardie, fièvre, sueurs, tremblements, confusion voire coma),
- prise de millepertuis (risque de syndrome sérotoninergique).

*EN CAS DE DOUTE NE PAS HÉSITER À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.*

### INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

Vous ne devez pas prendre ce médicament en même temps que :

- la nialamide et l'iproniazide (médicaments antidépresseurs de type IMAO).

Respecter un délai d'au moins deux semaines entre l'arrêt de l'IMAO et la prise de la fluoxétine et d'au moins cinq semaines entre l'arrêt de la fluoxétine et la prise de l'IMAO.

Vous ne devez pas prendre ce médicament, sauf avis contraire de votre médecin, en même temps que :

- le moclobémide et la toloxatone (médicaments antidépresseurs de type IMAO).

Prévenez votre médecin si vous prenez un traitement tels que :

- antiépileptique (phénytoïne),
- antalgique (tramadol),
- antimigraineux (triptans),
- lithium ou tryptophane,
- millepertuis.

*AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN.*

#### GROSSESSE/ALLAITEMENT

##### Grossesse

Vous devez informer votre médecin le plus rapidement possible si vous êtes enceinte ou si vous pensez que vous l'êtes. Vous ne devez pas prendre ce traitement si vous êtes enceinte, sauf si vous en avez parlé à votre médecin. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

##### Allaitement

Vous ne devez pas prendre ce traitement si vous allaitez, sauf si vous en avez parlé à votre médecin. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

#### CONDUCTEURS ET UTILISATEURS DE MACHINES

Ce médicament pouvant modifier l'attention et les capacités de réaction, il convient d'en tenir compte en cas de conduite de véhicules ou d'utilisation de machines.

#### COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT

##### POSOLOGIE

Ce médicament est réservé à l'adulte. Dans tous les cas, se conformer strictement à la prescription médicale. Si vous avez l'impression que l'effet de PROZAC 20 mg, gélule est trop fort ou trop faible, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

#### MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

Voie orale.

Les gélules sont à prendre avec un grand verre d'eau (cf. Effets non souhaités et gênants).

#### FRÉQUENCE ET MOMENT AUXQUELS LE MÉDICAMENT DOIT ÊTRE ADMINISTRÉ

Le traitement peut être pris en une seule fois, à n'importe quel moment de la journée, avant, pendant, après ou en dehors des repas, mais de préférence pas au coucher (cf. Effets non souhaités et gênants).

#### DURÉE DU TRAITEMENT

Le traitement peut durer plusieurs mois. N'arrêtez pas votre traitement sans l'avis de votre médecin même si vous vous sentez mieux.

**CONDUITE À TENIR EN CAS DE SURDOSAGE**

Consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.

**CONDUITE À TENIR AU CAS OU L'ADMINISTRATION D'UNE OU PLUSIEURS DOSES À ÉTÉ OMISE**

Prenez la dose suivante à l'heure habituelle.

Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oublié de prendre.

**EFFETS NON SOUHAITÉS ET GÊNANTS (EFFETS INDÉSIRABLES)**

*COMME POUR TOUT PRODUIT ACTIF, CE MÉDICAMENT PEUT, CHEZ CERTAINES PERSONNES, ENTRAÎNER DES EFFETS PLUS OU MOINS GÊNANTS :*

Ces effets peuvent survenir surtout pendant la première voire les deux premières semaines de traitement et diminuent en général avec la poursuite du traitement.

Ont été rapportés :

 Réactions allergiques (tels que démangeaisons, éruptions cutanées, urticaires, réactions allergiques généralisées, inflammation des vaisseaux, maladie sérique (éruptions sur la peau associées à de la fièvre et des douleurs des articulations), œdème de Quincke (brusque gonflement du visage et du cou d'origine allergique), tremblements, syndrome sérotoninergique (apparition simultanée ou pas d'un ensemble de symptômes tels que : diarrhée, tachycardie, fièvre, sueurs, tremblements, confusion voire coma), hypersensibilité à la lumière, très rarement syndrome de Lyell (décollement de la peau pouvant rapidement s'étendre de façon très grave à tout le corps).

 Troubles gastro-intestinaux (tels que diarrhées, nausées, vomissements, digestion difficile, gêne à la déglutition, trouble du goût), sécheresse de la bouche. Très rarement des hépatites allergiques.

 Maux de tête, insomnie, somnolence, autres troubles du sommeil, sensation vertigineuse, anorexie, fatigue, euphorie, mouvements anormaux transitoires (tels que tics, tremblements...), convulsions, agitation. Très rarement syndrome sérotoninergique.

 Hallucinations, réaction maniaque (surexcitation générale), confusion mentale, agitation, anxiété, nervosité, troubles de la concentration et du cours de la pensée, attaques de panique (ces symptômes peuvent également faire partie de votre maladie).

 Rétention urinaire, miction plus fréquente. Troubles sexuels divers (tels que éjaculation retardée, absence d'éjaculation, absence d'orgasme). Érection prolongée et douloureuse. Écoulement de lait en dehors de l'allaitement.

- ✎ Perte de cheveux, bâillements, trouble de la vision (telle que vision trouble), transpiration excessive, douleur articulaire, douleur musculaire, diminution de la tension artérielle lors du passage de la position allongée ou assise à la position debout, ecchymoses (« bleus »). Autres hémorragies, rarement rapportées, tels que : hémorragies gynécologiques, de saignements gastro-intestinaux ou autres saignements cutanéomuqueux (peau et muqueuses).
- ✎ Diminution de la quantité de sodium dans le sang, réversible à l'arrêt du traitement, notamment chez des personnes âgées ou des patients traités par des diurétiques.
- ✎ Pharyngite, gêne respiratoire. Rarement, affections du poumon de type inflammatoire.
- ✎ Des symptômes, le plus souvent modérés et limités, peuvent apparaître à l'arrêt des médicaments appartenant à cette classe (tels que sensations vertigineuses, sensations de fourmillement, maux de tête, anxiété, nausées) ; ces symptômes ont rarement été rapportés avec la fluoxétine. La fluoxétine ne nécessite pas d'être arrêtée progressivement chez la plupart des patients.

*SIGNEZ À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN TOUT EFFET NON SOUHAITÉ ET GÊNANT QUI NE SERAIT PAS MENTIONNÉ DANS CETTE NOTICE.*

#### CONSERVATION

NE PAS DÉPASSER LA DATE LIMITE D'UTILISATION FIGURANT SUR LE CONDITIONNEMENT EXTÉRIEUR

DATE DE RÉVISION DE LA NOTICE  
25 août 2003

**APPENDICE D**

## APPENDICE D

### GUIDE D'ENTREVUE DE LA RECHERCHE

#### Buts de l'entrevue :

##### But primaire :

- Interroger les croyances (opinions, perceptions, avis, etc.) de différents acteurs concernés par les antidépresseurs. Autrement dit, comment sont vus les antidépresseurs par les différents protagonistes (patients, médecins généralistes, psychiatres représentants pharmaceutiques)?

##### Buts secondaires :

- Analyser la dynamique des prescriptions d'antidépresseurs. Comprendre comment les croyances (opinions, perceptions, avis, etc.) des acteurs influencent les prescriptions d'antidépresseurs.
- Préciser ce à quoi s'attendent les sujets à propos des croyances qui seront manifestés dans les autres groupes de sujets.
- Identifier les croyances des sujets à propos de thèmes liées aux antidépresseurs, à savoir la dépression, la psychothérapie et l'industrie pharmaceutique.

#### Consignes pour l'entrevue :

- Tendre vers la neutralité.
- Être à l'écoute du sujet.
- Laisser au sujet le temps de répondre aux questions à son rythme.
- Susciter l'intérêt du sujet à élaborer sur les réponses en l'encourageant.
- Débuter avec le questionnaire sociodémographique sans s'attarder sur les détails
- Poser les questions principales (en gras) du guide d'entrevue et enrichir l'interview des questions secondaires si le sujet n'y a pas répondu.

Questionnaire sociodémographique spécifique aux prescripteurs et aux psychologues

- 1- Quel âge avez-vous?
- 2- Quel est votre pays d'origine?
- 3- Quel est votre métier? Combien d'années d'expérience avez-vous dans ce métier?
- 4- Dans quelle institution et dans quel service travaillez-vous?
- 5- Quel est votre type de diplôme? L'année où vous l'avez obtenu? Quelles sont vos qualifications en psychiatrie?
- 6- Combien de patients souffrant de dépression avez-vous traité dans votre carrière (environ)?
- 7- Consommez-vous des antidépresseurs?
  - Si oui, lesquels? Depuis combien de temps? Environ à quelle dose et à quelle fréquence? Consommez-vous d'autres médicaments? Si oui lesquels? Prenez-vous de l'alcool ou des drogues en même temps?
  - Si non, en avez-vous déjà consommé? Si oui, il y a combien de temps? Pendant combien de temps? Environ à quelle dose et à quelle fréquence? Prenez-vous d'autres médicaments, alcool ou drogues en même temps? Si oui, lesquels?
- 8- Y a-t-il des membres de votre famille ou des amis qui consomment des antidépresseurs?
- 9- Y a-t-il des membres de votre famille ou des amis qui ont déjà consommé des antidépresseurs ou qui en consomment actuellement?
- 10- Si vous lisez des revues scientifiques, lesquelles lisez-vous? Combien d'heures par mois consacrez-vous à la lecture de ces revues?

Guide d'entrevue pour prescripteurs et psychologues

- 1- Premièrement, pourriez-vous me parler un peu de vous?
  - De vos intérêts professionnels?
  - De votre expérience clinique?
- 2- Pourriez-vous me parler de votre vision de la dépression?
- 3- Pourriez-vous me parler de votre expérience avec les médicaments?
  - Pourriez-vous me parler de la prescription d'antidépresseurs?

- Est-ce que vous diriez que vous y «croyez»?
  - Est-ce que vous les prendriez?
  - En proposeriez-vous à un proche?
- 5- Qu'entendez-vous dire sur les antidépresseurs?
- Concernant les patients?
  - L'entourage?
  - Les médecins qui les prescrivent?
  - Les professionnels impliqués (infirmiers, pharmaciens, psychologues, ceux des compagnies pharmaceutiques)?
  - La population générale?
  - Pouvez-vous m'en parler?
- 6- À votre avis, comment l'antidépresseur agit-il sur nous?
- Sur notre corps?
  - Sur notre cerveau?
  - Sur notre personnalité?
  - Pensez-vous qu'on puisse devenir dépendant des antidépresseurs? Pourquoi?
  - Vous posez-vous des questions par rapport aux antidépresseurs?
  - Pensez-vous que les gens qui consomment des antidépresseurs respectent les indications médicales?
- 8- Que pensez-vous de la psychothérapie?
- Et pour traiter la dépression?
  - Si vous aviez le choix entre une thérapie purement médicamenteuse et une psychothérapie sans médicaments, laquelle choisiriez-vous? Pourquoi?
  - Laquelle conseilleriez-vous? Pourquoi?
- 9- Comment percevez-vous l'industrie pharmaceutique?
- 10- Aimeriez-vous ajouter quelque chose à propos des antidépresseurs?

Questionnaire sociodémographique spécifique aux patients

- 1- Quel âge avez-vous?
- 2- Quel est votre pays d'origine?

- 3- Actuellement, quel est votre métier ou votre occupation? Quel a été votre métier, ou votre occupation, durant les dix dernières années?
- 4- Quelles ont été les raisons qui ont fait en sorte que vous avez consulté un médecin ou un psychologue?
- 5- Souffrez-vous, ou avez-vous déjà souffert, de symptômes dépressifs?
- 6- Dans quelle institution et dans quel service avez-vous été traité?
- 7- Depuis combien de temps bénéficiez-vous d'un traitement avec un psychiatre et/ou d'un psychologue? À quelle fréquence?
- 8- Consommez-vous des antidépresseurs?
  - Si oui, lesquels? Depuis combien de temps? Environ à quelle dose et à quelle fréquence? Consommez-vous d'autres médicaments? Si oui lesquels? Prenez-vous de l'alcool ou des drogues en même temps?
  - Si non, en avez-vous déjà consommé? Si oui, il y a combien de temps? Pendant combien de temps? Environ à quelle dose et à quelle fréquence? Prenez-vous d'autres médicaments, alcool ou drogues en même temps? Si oui, lesquels?
- 9- Y a-t-il des membres de votre famille ou des amis qui prennent ou ont déjà pris des antidépresseurs?

#### Guide d'entrevue pour patients

- 1- Premièrement, pourriez-vous me parler un peu de vous?
  - De votre passé?
  - De votre famille?
  - De votre expérience en tant que patient?
- 2- Pourriez-vous me parler de votre vision de la dépression?
- 3- Pourriez-vous me parler de votre expérience concernant les médicaments?
  - Spécifiquement concernant les antidépresseurs?
  - Qu'avez-vous reçu comme informations sur les antidépresseurs?
  - Quelles étaient les sources de ces informations (médecin, psychologue, amis, famille, média, Internet, etc.)?
  - Qu'est-ce que vous avez compris?

- Et vous, qu'est-ce vous croyez au fond de vous par rapport à ce type de médicament?  
(De plus, votre opinion se base principalement sur quels éléments?)
- 5- Entendez-vous parler des antidépresseurs dans votre quotidien?
- Si oui, dans quelles circonstances plus spécifiquement?
  - Qu'est-ce qu'on vous a déjà dit sur les antidépresseurs? Y croyez-vous?
  - Quelles sont les croyances des gens en général par rapport aux antidépresseurs?  
Qu'en pensez-vous?
  - Quelles sont les croyances de ceux qui en ont pris?
  - D'après vous, que croient les médecins par rapport aux antidépresseurs?
  - Et les compagnies pharmaceutiques?
- 6- À votre avis, comment l'antidépresseur agit-il sur nous?
- Sur notre corps?
  - Sur notre cerveau?
  - Sur notre personnalité?
  - Pensez-vous que l'on puisse devenir dépendant des antidépresseurs? Pourquoi?
  - D'après vous, comment fonctionnent-ils?
  - Vous posez-vous des questions par rapport aux antidépresseurs?
  - Lesquelles par exemple?
  - Pensez-vous que les gens qui consomment des antidépresseurs respectent les indications médicales?
- 8- Que pensez-vous de la psychothérapie?
- Et pour traiter la dépression?
  - Si vous aviez le choix entre une thérapie purement médicamenteuse et une psychothérapie sans médicaments, laquelle choisiriez-vous? Pourquoi?
- 9- Comment percevez-vous l'industrie pharmaceutique?
- 10- Aimeriez-vous ajouter quelque chose à propos des antidépresseurs?

## APPENDICE E

## APPENDICE E

### LISTE DES PSYCHOTROPES SERVANT DE CRITÈRES DE SÉLECTION CHEZ LES PATIENTS

#### 1. Liste des médicaments acceptés pour que le sujet qui les consomme soit éligible à la recherche

##### 1.1 Les antidépresseurs

###### 1.1.1 Tricycliques (ATC):

Amitryptiline (Élavil®, Laroxy®)  
Amineptine (Survector®)  
Clomipramine (Anafranil®)  
Désipramine (Norpramine®, Pertrofrane®)  
Doxépine (Sinéquan®)  
Imipramine (Tofranil®)  
Nortryptiline (Aventyl®)  
Protryptiline (Triptil)  
Trimipramine (Surmontil®)  
Viloxazine (Vivalan®)

###### 1.1.2 Tétracycliques:

Maprotiline (Ludiomil®)

###### 1.1.3 Dibenzoxazépines:

Amoxapine (Defanyl®)

###### 1.1.4 Triazolopyridines:

Trazodone (Désyrel®)

###### 1.1.5 IMAO:

Phénelzine (Nardil®)  
Tranlycypromine (Parnate®)

###### 1.1.6 RIMA:

Moclobémide (Manérix®)

###### 1.1.7 ISRS:

Fluoxétine (Prozac®)  
Fluvoxamine (Luvox®)  
Paroxétine (Paxil®, Déroxat®)  
Citalopram (Séropram®)  
Sertraline (Zoloft®)

###### 1.1.8 ISRNS:

Venlafaxine (Effexor®)

###### 1.1.9 IRN:

Reboxétine (Edronax®)

###### 1.1.10 IRND:

Buprion (Wellebutrin®)

###### 1.1.12 ISNA:

Néfazodone (Serzone®)

- 1.1.13 Antidépresseur apparenté aux antidépresseurs imipraminiques:  
 Amineptine (Remeron®/Norset®)  
 Tianeptine (Stablon®)

## 2. Liste des médicaments refusés : le sujet qui les consomme n'est pas éligible à la recherche

### 2.1 Les neuroleptiques<sup>12</sup>

#### 2.1.1 Dérivés des phénothiazines:

Chlorpromazine (Largactil®)  
 Méthotriméprazine (Nozinan®)  
 Prométhazine (Phenergan®)<sup>13</sup>  
 Mésoridazine (Serentil®)  
 Péricyazine (Neuleptil®)  
 Pipothiazine (Piportil®)  
 Thioridazine (Mellaril®)  
 Fluphénazine (Moditen®, Modécate®)  
 Perphénazine (Trilafon®)  
 Prochlorpérazine (Stemetil®)  
 Thiopropérazine (Majeptil®)  
 Trifluopérazine (Stelazine®)

#### 2.1.2 Dérivés des butyrophénones:

Halopéridol (Haldol®)

#### 2.1.3 Dérivés des thioxanthènes:

Chlorprothixène (Tarasan®)  
 Flupenthixol (Fluanxol®)  
 Thiothixène (Navane®)  
 Zuclopenthixol (Clopixol®)

#### 2.1.4 Dérivés des diphénylbutypipéridines:

Fluspirilène (Imap®)  
 Pimozide (Orap®)

#### 2.1.5 Dérivés des dibexozépines:

Loxapine (Loxapac®)

#### 2.1.6 Dérivés des Benzisoxazoles:

Rispéridone (Risperdal®)

#### 2.1.7 Dérivés des dibenzodiazépines:

Clozapine (Clozaril®)

### 2.2 Les antiparkinsoniens

#### 2.2.1 Les Anticholinergiques:

Benztropine (Cogentin®)  
 Biperiden (Akineton®)  
 Ethopropazine (Parsitan®)  
 Procyclidine (Kémadrin®)  
 Trihexyphenidyl (Artane®)

<sup>12</sup> Ils sont aussi appelés antipsychotiques ou tranquillisants majeurs. Les neuroleptiques se classifient selon les dérivés des molécules auxquels ils sont reliés.

<sup>13</sup> Il n'est pas vraiment un neuroleptique comme tel, il est utilisé plutôt comme hypnosédatif, antiémétique ou antihistaminique.

2.2.2 Les antihistaminiques:  
Dyphenhydramine (Bénadryl®)

2.2.3 Les benzodiazépines:  
Diazépam (Valium®)  
Lorazépam (Ativan®)  
Clonazépam (Rivotril®)

2.2.4 Les bêta-bloqueurs:  
Propanolol (Indéral®)

2.2.5 Les agonistes de la dopamine:  
Amantadine (Symmetrel®)

## 2.3 Les anxiolytiques

### 2.3.1. Barbituriques

2.3.2. Benzodiazépines:  
Midazolam (Versed®)  
Triazolam (Halcion®)  
Alprazolam (Xanax®)  
Bromazepam (Lectopam®)  
Lorazepam (Ativan®)  
Oxazepam (Serax®)  
Temazepam (Restoril®)  
Chlordiazepoxide (Librium®)  
Clonazepam (Rivotril®)  
Clorazepate (Tranxene®)  
Diazepam (Valium®)  
Flurazepam (Dalmane®)  
Ketazolam (Loftran®)  
Nitrazepam (Mogadon®)

2.3.3. Azaspirodecanedione:  
Buspirone (Buspar®)

## 2.4 Les régulateurs de l'humeur

2.4.1 Lithium:  
Lithane®  
Carbolith®

2.4.2 Tryptophan:  
Tofran®  
L-tryptophane (Tryptan®)

2.4.3 Anti-convulsivants:  
Carbamazépine (Tégrétol®)  
Clonazepam (Rivotril®)  
Valproate (Dépakine®, Epival®)

NB: Nous soulignons que les médicaments présentés portent le nom commercial ayant cours en France, puisque nos sujets sont en France.

**APPENDICE F**

## APPENDICE F

### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Université du Québec à Montréal

#### Formulaire de consentement à la recherche

Titre de la recherche : *Croyances et antidépresseurs : analyse du discours de patients, de psychiatres, de psychologues, de médecins généralistes et de représentants pharmaceutiques d'un centre hospitalier*

Responsables de la recherche : Louis Freyd, Doctorant en psychologie

Département de psychologie  
Université du Québec à Montréal  
Case postale 8888, succursale Centre-Ville  
Montréal (Québec) Canada  
H3C 3P8  
Tél. : (514) 987-4184  
Courriel : [freyd.louis@courrier.uqam.ca](mailto:freyd.louis@courrier.uqam.ca)

Marie Hazan, PhD

Département de psychologie  
Université du Québec à Montréal  
Case postale 8888, succursale Centre-Ville  
Montréal (Québec) Canada  
H3C 3P8  
Tél. : (514) 987-4184  
Courriel : [hazan.marie@uqam.ca](mailto:hazan.marie@uqam.ca)

Marc-Alain Wolf, M.D.

Hôpital Douglas  
6875, Boulevard Lasalle  
(Québec), Canada  
H4H 1R8  
Tél. : (514) 761-6131  
Courriel : [wolmar@douglas.mcgill.ca](mailto:wolmar@douglas.mcgill.ca)

### Description de la recherche et consentement

La recherche a pour objectif de mieux comprendre les opinions des patients, psychologues, médecins et compagnies pharmaceutiques concernant les antidépresseurs. Par la signature de ce formulaire, vous vous engagez à vous faire interviewer pendant environ une heure sur vos opinions concernant les antidépresseurs et vous affirmez que vous avez une expérience concrète avec les antidépresseurs.

De plus, vous confirmez que votre participation est volontaire et sans pression d'une autre personne. Sachez que votre anonymat sera préservé et que toutes les informations susceptibles de vous faire reconnaître ne figureront pas dans la recherche. L'entrevue sera enregistrée pour faciliter la recherche, mais aucune autre personne, mise à part les trois responsables de la recherche, n'aura accès aux enregistrements. Ces enregistrements seront détruits six ans après votre entrevue.

Veillez tenir compte que vous pouvez cesser en tout temps l'entrevue sans que vous ayez à fournir d'explication et que nous respecterons votre choix. Nous vous remercions de participer à cette recherche et par votre acte, vous contribuez à l'avancement scientifique.

**Je déclare avoir pris connaissances des informations ci hautes mentionnées et je consens à participer à cette recherche.**

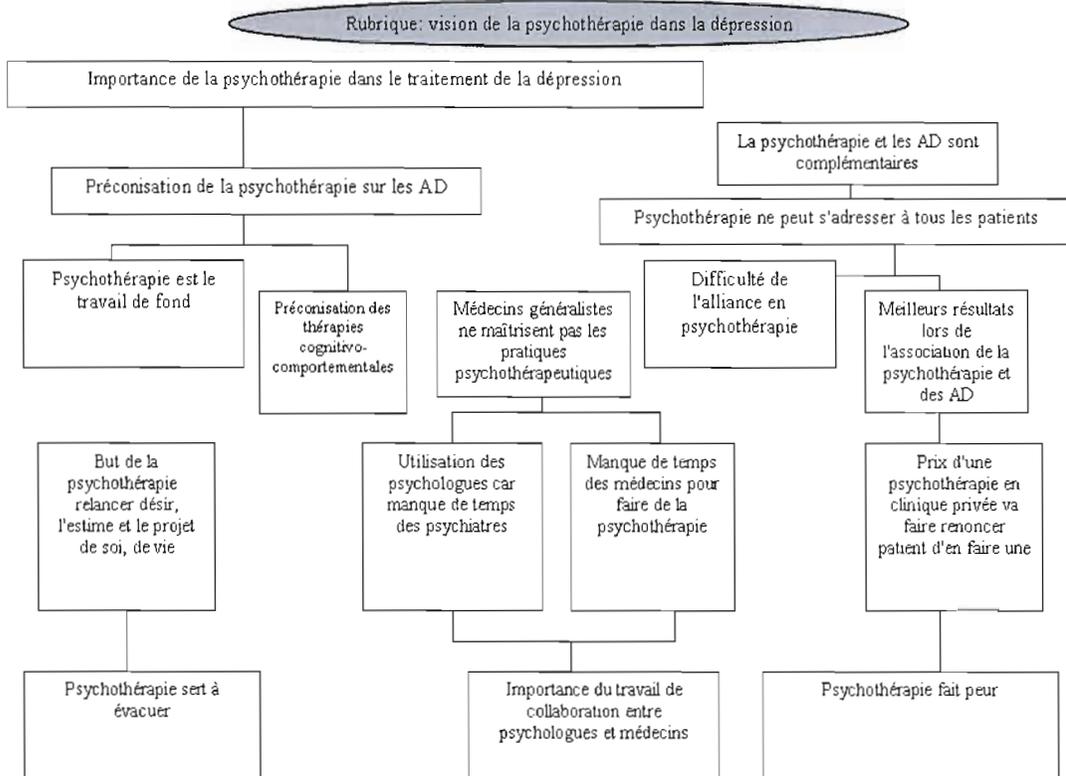
Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

## APPENDICE G

## APPENDICE G

### EXEMPLE D'UN ARBRE THÉMATIQUE



#### Notes :

- Pour être insérés dans l'arbre, les thèmes doivent être ressortis minimalement 3 fois chez l'ensemble des participants.
- L'arbre est décroissant en ayant, à son sommet, le thème le plus important suivi des autres thèmes. Cependant, il n'a pas d'échelle exacte pour comparer les répétitions des thèmes.
- Les thèmes parents faisant partie de la même branche sont reliés par une ligne continue. La ligne discontinue représente un thème en regroupant un autre.
- L'expression « AD » signifie antidépresseur.

## BIBLIOGRAPHIE

- Alexopoulos, G. S. (2001). New concepts for prevention and treatment of late-life depression. *American Journal of Psychiatry*, 158(6), 835-838.
- Allain, H, Masson, V., Bentue-Ferrer, D., Toulouse, P. et Lecoq, F. (1995). *L'Encéphale*, 2, 9S-15S.
- Alpert, J. E., Maddocks, A., Nierenberg, A. A., O' Sullivan, R. et Pava, J. A. (1996). Worthington III, and others. Attention deficit hyperactivity disorder in childhood among are with major depression. *Psychiatry Research*, 62, 213-219.
- Amado-Boccaro, I., Gougoulis, N., Poirier-Litré, M. F., Galinowski, A. et Lôo, H. (1994). Incidence des antidépresseurs sur les fonctions cognitives: revue de littérature. *L'Encéphale*, 20, 65-77.
- American Psychiatric Association (2000). Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157(4), 1S-45S.
- American Psychiatric Association (2003). *DSM-IV-TR: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, texte révisé (4e éd.)*. Paris: Masson.
- Anderson, I.M. (2000). Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic antidepressants: a meta-analysis of efficacy and tolerability. *Journal of Affective Disorders*, 58, 19-36.
- Armitage, R. (2000). The effects of antidepressants on sleep in patients with depression. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 803-809.
- Association des psychiatres du Canada et le Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments. (2001). *Guide de pratique clinique: lignes directrices cliniques du traitement des troubles dépressifs*. Ottawa: Revue canadienne de psychiatrie.
- Aulas, J.-J. et Rosner, I. (2003). Effets de la prescription d'un placebo «annoncé». *L'Encéphale*, 29, 68-71.
- Babjak, M. A., Blumenthal, J. A., Herman, S., Khatri, P., Doraiswamy, M., Moore, K. A. et al. (2000). Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefits at 10 months. *Psychosomatic Medicine*, 62, 633-638.

- Baker, C. B., Johnsrud, M. T., Crismon, M. L., Rosenheck, R. A. et Woods, S. W. (2003). Quantitative analysis of sponsorship bias in economic studies of antidepressants. *British Journal of Psychiatry*, 183, 498-506.
- Ballon, N., Siobud-Dorocant, E., Even, C., Slama, F. et Dardennes. (2001). Posologie des tricycliques au cours du traitement de la dépression chez le sujet âgé: une étude pharmaco-épidémiologique rétrospective. *L'Encéphale*, 27, 373-376.
- Bandura, A., Adams, N., E. et Beyer, J. (1977). Cognitive processes mediating behavioral change. *Journal of Personal and Social Psychology*, 35, 125-139.
- Batchelder, T. (2001). Depression: An Anthropological Perspective. *Townsend Letter for Doctors and Patients*, 213, 32-34.
- Bauer, M., Bschor, T., Kunz, D., Berghöfer, A., Ströhle, A. et Müller-Oerlinghausen, B. (2000). Double-blind, placebo-controlled trial of the use of lithium to augment antidepressant medication in continuation treatment of unipolar major depression. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1429-1435.
- Berle, J. Ø., Steen, V. M., Aamo, T. O., Breilid, H., Zahlsen, K. et Spigset, O. (2004). Breastfeeding during maternal antidepressant treatment with serotonin reuptake inhibitor: infant exposure, clinical symptoms, and cytochromes P450 genotypes. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(9), 1228-1234.
- Berndt, E. R., Finkelstein, S. N., Greenberg, P. E., Howland, R. H., Rush, A. J. et al. (1998). Workplace performance effects from chronic depression and its treatment. *Journal of Health Economics*, 17, 511-535.
- Bland, R. C., Orn, H. et Newman, S. C. (1988). Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 338, 24S-32S.
- Blatt, S. J. (1998). Contributions of psychoanalysis to the understanding and treatment of depression. *Journal of American Psychoanalysis Association*, 46, 722-752.
- Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Moore, K. A., Craighead, W. E., Herman, S., Khatri, P. et al. (1999). Effects of exercise training on older patients with major depression. *Archives of Internal Medicine*, 159, 2349-2356.
- Bodkin, J. A. et Amsterdam, J. D. (2002). Transdermal Selegiline in major depression: a double-blind, placebo-controlled, parallel-group study in outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1869-1875.

- Boisvert, W. (2004). Prescrire un antidépresseur. *Le médecin du Québec*, 39(5), 41-47.
- Bosch, X. (1998). Fish consumption and depression. *Lancet*, 352, 71-72.
- Bottero, A., Faruch, M., Gasquet, I., Gérard, A., Labarthe, T., Liard, F., Blin, P., Goni, S. et Marquet, T. (2003). *L'Encéphale*, 29, 40.
- Bourdin, D., Jacopin, P. et al. (2003). La croyance: concours 2004. Paris: Bréal éditions.
- Bourin, M. (2003). Les antidépresseurs. Paris : Flammarion Médecine Science.
- Bouvard, I. P. (1994). L'âge de début de l'usage des antidépresseurs. *L'Encéphale*, 20, 287-90.
- Boyer, P. (1999). Les preuves de l'efficacité. *L'Encéphale*, 2, 29S-31S.
- Bridges, P. K., Bartlett, J. R., Hale, A. S., Poyton, A. M., Malizia, A. L. et Hodgkiss, A. D. (1994). Psychosurgery: stereostatic subcaudate tractomy. An indispensable treatment. *British Journal of Psychiatry*, 165, 599-611.
- Broadhead, W. E., Blazer, D. G., George, L. K. et Tse, C. K. (1990). Depression, disability, days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2524-2528.
- Brown, T. A. et Barlow, D. H. (1992). Comorbidity among anxiety disorders: implications for treatment and DSM-IV. *Journal of Consultation and Clinical Psychology*, 60, 835-844.
- Carlson, G. A. (1998). Mania and ADHD: comorbidity or confusion. *Journal of Affective Disorders*, 51, 177-187.
- Carrière, P., Chabannes, J.-P., Larguier, J.-S., Spadone, C. et Tatu, P. (2004). OPUS 5: Les facteurs clés de la prise en charge par antidépresseurs en médecine générale. *Journal clinique et biologique*, 17(7), 3-13.
- Chebili, S., Abaoub, A., Mezouane, B. et Le Goff, J. F. (1998). Antidépresseurs et stimulation sexuelle: la part des choses. *L'Encéphale*, 24, 180-184.
- Cheeta, S., Schifano, F., Oyefeso, A., Webb, L. et Ghodse, H. (2004). Antidepressants-related deaths and antidepressants in England and Wales, 1998-2000. *British Journal of Psychiatry*, 184, 41-47.
- Clayton, A. H., Warnock, J. K., Kornstein, S. G., Pinkerton, R., Sheldon-Keller, A. et McGarvey, L. (2004). A placebo trial of bupropion SR as an antidote for selective serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(1), 62-67.

- Cohen, D. (1996). Les «nouveaux» médicaments de l'esprit, marche avant vers le passé? *Sociologie et sociétés*, 28(2), 17-33.
- Cohen, N. L., Ross, E. C., Bagby, R. M., Farvolden, P. et Kennedy, S. H. (2004). The 5-factor model of personality and antidepressant medication compliance. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(2), 106-112.
- Coignard, S. (2004, octobre). Antidépresseurs: le dossier noir des labos. *Le point*, 1674, 76.
- Collège des médecins du Québec (2008). *Code de déontologie des médecins*. (Internet). Disponible: <http://www.cmq.org/DocumentLibrary/UploadedContents/CmsDocuments/cmqcodeontofr.pdf>.
- Colin, A., Reggers, J., Castronovo, V. et Anseau, M. (2003). Lipides, dépressions et suicide. *L'Encéphale*, 29, 49-58.
- Collin, J. et al. (2006). *Le médicament au cœur de la socialité*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Colonna L. (2000). Évolution des idées sur la dépression et antidépresseurs. Dans (Éds.) *Séminaire de psychiatrie biologique: Hôpital Ste-Anne* (p.1-21). Paris: Hôpital Ste-Anne.
- Conti, D. J. et Burton, W. N. (1994). The economic impact of depression in workplace. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 36, 983-988.
- Conti, D. J. et Burton, W. N. (1995). The cost of depression in workplace. *Behavioral Healthcare Tomorrow Magazine*, 4, 25-27.
- Cook, I. (2003). *Vers un traitement mieux adapté de la dépression*. Paris : Centre international de recherche scientifique.
- Corruble, E. et Guelfi, J.-D. (1999). Existe-t-il une relation entre efficacité clinique et posologie d'antidépresseurs dans la dépression majeure? *L'Encéphale*, 2, 39S-43S.
- Cosgrove, G. R. et Rauch, S. L. (1995). Psychosurgery. *Neurosurgery Clinicals of North America*, 6, 167-176.
- Courtney, D. B. (2004). Selective serotonin reuptake inhibitor and venlafaxine use in children and adolescents with major depressive disorder: a systematic review of published randomized controlled trials. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(8), 557-562.
- Cribier, B. (2001) Faut-il prescrire des placebos? Ou encore, le placebo est-il efficace? *Réalités Thérapeutiques en Dermato-Vénérologie*, 110, 44-45.

- Culpepper, L., Davidson, J. R. T., Dietrich, A. J., Goodman, K., Kroenke, K. et Schewnk, T. L. (2004). Suicidality as a possible side effect of antidepressant treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(6), 742-749.
- Cummings, J.L. (1994). Vascular subcortical dementias: clinical aspects. *Dementia*, 5, 177-180.
- Cummings, J.L. et Benson, D. F. (1988). Psychological dysfunction accompanying subcortical dementias. *Annual Review of Medicine*, 39, 53-61.
- Dalery et Shechter (1994). Traitement prolongé par antidépresseur. *L'Encéphale*, 20, (n.d.).
- Danion, J. M. (1993). Antidépresseurs et mémoire. *L'Encéphale*, 19, 417-22
- Davidson, J. R. et Meltzer Brody, S. E. (1999). The underrecognition and undertreatment of depression; what is the breadth and depth of the problem? *Canadian Journal of Psychiatry*, 60(7), 4S-9S.
- Debreu, D. et Cateau, J. (2003). Approche comparative des populations de déprimés adressés en hospitalisation et des pratiques entre généralistes et psychiatres. *Synapse*, 199, 39-44.
- Deniker, P. (1987). *Psychopharmacologie: les médicaments et drogues psychotropes*. Paris: Elipses.
- Deniker, P., Ginestet, D. et Lôo, H. (1980). *Maniement des médicaments psychotropes*. Paris: Doins.
- Desjerlais, R. et al. (1995) *World Mental Health: Problems and Priorities in Low-Income Countries*. Oxford: Oxford University Press.
- Eastman, C. I., Young, M. A., Fogg, L. F., Liu, L. et Meaden, P. M. (1998). Bright light treatment of winter depression. *Archives of General Psychiatry*, 55, 883-889.
- Ehrenberg, A. (entrevue). (2001). Au carrefour du social et du médical. *Relations*, 669, 12-15.
- Eiber, R. et Escande, M. (1999). Associations et interactions: les antidépresseurs tricycliques et les inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine. *L'Encéphale*, 25, 584-589.
- Eli Lilly (8 mai 2006). *NOTICE PROZAC 20 mg, gélule*. (Internet). Disponible: [http://www.lilly.fr/docs/product/notices/PROZAC\\_20mg\\_gelules\\_Notice.pdf](http://www.lilly.fr/docs/product/notices/PROZAC_20mg_gelules_Notice.pdf)

- Enns, M. W., Swenson, J. R., McIntyre, R. S., Swinson, R. P., Kennedy, S. H. et le Groupe de travail sur la dépression du CANMAT (2001). Lignes directrices cliniques du traitement des troubles dépressifs VII. Comorbidité. *Revue canadienne de psychiatrie*, 46(1), 86S-101S.
- Escande, M., Gentil, V. et Frexinos, M. (1995). Délai d'action des antidépresseurs: données cliniques. *L'Encéphale*, 2, 3S-8S.
- Fédida, P. (2003). *Des bienfaits de la dépression : Éloge de la psychothérapie*. Paris: Odile Jacob.
- Fertser, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Journal of Psychology*, 28, 857-870.
- Flint, A. J. et Rifat, S. L. (2000). Maintenance treatment for recurrent depression in late life. A four-years outcome study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, 112-116.
- Fontaine, P. (2003). *La croyance*. Paris: Ellipses Édition marketing.
- Fossati, P., Ergis, A.-M. et Allilaire, J.-F. (2002). Neuropsychologie des troubles des fonctions exécutives dans la dépression: une revue de littérature. *L'Encéphale*, 28, 97-107.
- Frodl, T., Meisenzahl, E. M., Zetsche, T., Born, C., Groll, C., Jäger, M., Leinseiger, G., Bottlender, R., Hahn, K. et Möller, H.-J. (2002). Hippocampal changes in patients with a first episode of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 159(7), 1112-1118.
- Gasquet, I., Bloch, J., Cazeneuve, B., Perrin, E. et Bouhassira, M. (2001). Déterminants de l'observance thérapeutique des antidépresseurs. *L'Encéphale*, 27, 83-91.
- Gaulin, P. (2003). *Le culte technomédical*. Montréal: Les Éditions Tryptique.
- Gay, C. et Gérard, A. (2006). *Guide des médicaments "psy" : antidépresseurs, tranquillisants, somnifères, neuroleptiques*. France: Le livre de poche.
- George, M. S., Lisanby, S. H. et Sackeim, H. A. (1999). Transcranial magnetic stimulation: applications in neuropsychiatry. *Archives of General Psychiatry*, 56, 300-311.
- George, M. S., Sackeim, H. A., Rush, A. J., Marangell, L. B., Nahas, Z., Husain, M. M. et al. (2000). Vagus Nerve stimulation: a new tool for brain research and therapy. *Biological Psychiatry*, 47, 287-295.

- Glazer, W., Prusoff, B., John, K. et Williams, D. (1981). Depression and social adjustment and chronic schizophrenic outpatients. *Journal of Nervous Mental Disease*, 169, 712-717.
- Glozier, N. (1998). Workplace effects of the stigmatization of depression. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 40, 793-800.
- Gourion, D., Perrin, E. et Quintin, P. H. (2004). Épisode dépressif majeur: dix ans d'expérience thérapeutique avec la fluoxétine. *L'Encéphale*, 30, 392-399.
- Greenberg, P. E., Stiglin, L. E., Finkelstein, S. N. et Berndt, E. R. (1993). The economic burden of depression in 1990. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54, 405-418.
- Grunebaum, M. F., Ellis, S. P., Li, S., Oquendo, M. A. et Mann, J. J. (2004). Antidepressants and suicide risk in the United States, 1985-1999. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(11), 1456-1462.
- Guillem, E. et Lépine, J.-P. (2003). La toxicomanie aux antidépresseurs existe-t-elle? À propos d'un cas de dépendance à la tianeptine. *L'Encéphale*, 29, 456-459.
- Haddad, P. (1999). Do antidepressants have any potential to cause addiction? *Journal of Psychopharmacology*, 13(3), 300-307.
- Hantouche, E. G., Lancrenon, S. et Chignon, J.-M. (1995). Sensibilité du dyscontrôle aux effets des traitements antidépresseurs: données préliminaires. *L'Encéphale*, 21, 59-65.
- Haxaire C., Bodénez P., Richard E. (2006). De la légitimité de l'intervention de médecins généralistes en matière de consommation de psychotropes : nécessité d'une analyse pluri/interdisciplinaire. *Cahiers de l'ARS « Production de Santé »*, 3, 89-106.
- Healy, D. (2002). *Le temps des antidépresseurs*. Paris : Les Empêcheurs de penser en rond.
- Healy, D. (2004). Psychopharmacologie et histoire: un manifeste. *Psychiatrie Sciences Humaines Neurosciences*, 2(3), 3-7.
- Healy, H. (2004). *Let them eat Prozac: the unhealthy relationship between the pharmaceutical industry and depression*. New-York: New-York University Press.
- Helgason, T., Tómasson, H. et Zoëga, T. (2004). Antidepressant and public health in Iceland; Time series analysis of national data, *British Journal of Psychiatry*, 184, 157-162.
- Hellerstein, D. J., Kocsis, J. H., Chapman, D., Stewart, J. W. et Harrison, W. (2000). Double-blind comparaison of sertraline, imipramine, and placebo in the treatment of

- dythymia: effects on personality. *American Journal of Psychiatry*, 157(9), 1436-1444.
- Hibbeln, R. H. et Salem, N. (1995). Dietary polyunsaturated fatty acids and depression when cholesterol does not satisfy. *American Journal of Clinical Nutrition*, 62, 1-9.
- Hidebrandt, M. G., Steyerberg, E. W., Stage, K., B., Passchier, J., Kragh-Soerensen, P. et The Danish University Antidepressant Group (2003). Are gender differences important for the clinical effects of antidepressants? *American Journal of Psychiatry*, 160(9), 1643-1650.
- Hjalmarsson, L., Corcos, M., Jeammet, P. H. (2005). Indication des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine au cours d'un épisode dépressif majeur chez l'enfant et l'adolescent (bénéfices/risques). *L'Encéphale*, 32, 309-316.
- Jacquard, A. et Lacarrière, J. (1999). Science et croyances. Paris: Albin Michel.
- Jadhav, S. (1996). The cultural origins of western depression. *The International Journal of Social Psychiatry*, 42 (4), 269-286.
- Jean, F. P. (1995). L'usage des antidépresseurs chez le sujet âgé: justifications et critiques. *L'Encéphale*, 1, 55S-58S.
- Jonhson J, Weissman, M. M. et Klerman, G. L. (1992). Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. *Journal of the American Medical Association*, 267, 1478-1483.
- Judd, L. L., Kessler, R. C., Paulus, M. P., Zeller, P. V., Wittchen, H.U. et Kunovac, J. L. (1998). Comorbidity as a fundamental feature of generalized anxiety disorders: results from the National Comorbidity Study (NCS). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 393(1), 6S-11S.
- Kant, I. (2001). *Critique de la raison pure*. Paris: Presses universitaires de France.
- Kaufman, J. et Charney, D. (2000). Comorbidity of mood and anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 12(1), 69S-79S.
- Kelly, M., Dunbar, S., Gray, J. E. et O'Reilly, R. L. (2002). Treatment delays for involuntary psychiatric patients associated with reviews of treatment capacity. *Canadian Journal of psychiatry*, 47(2), 181-185.

- Kendall, P. C., Kortlander, E., Chansky, T. E. et Brady, E. U. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in youth: treatment implications. *Journal of Consultation and Clinical Psychology, 60*, 869-880.
- Kennedy, S. H., Evans, K. R., Krüger, S., Mayberg, H. S., Meyer, J. H., McCann, S., Arifuzzman, A. I., Houle, S. et Vaccario, F. J. (2001). Changes in regional brain glucose metabolism measured with positron emission tomography after paroxetine treatment of major depression. *American Journal of Psychiatry, 158*(6), 899-905.
- Kennedy, S. H., Kaplan, A. S., Garfinkel, P. E., Rockert, W., Toner, B. et Abbey, S. E. (1994). Depression in anorexia nervosa and bulimia nervosa: discriminating depressive symptoms and episodes. *Journal of Psychosomatic Research, 38*, 773-782.
- Kennedy, S. H., Lam, R. W., Cohen, N. L., Ravindran, A. V. et le Groupe de travail sur la dépression du CANMAT (2001). Lignes directrices cliniques du traitement des troubles dépressifs IV. Pharmacothérapie et autres traitements biologiques. *Revue canadienne de psychiatrie, 46*(1), 41S-64S.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Swartz, M., Blazer, D. G. et Nelson, C. B. (1993). Sex and depression in the National Comorbidity Survey. I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *Journal of Affective Disorders, 29*, 85-96.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S. et al. (1994). Lifetime and 12-months prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Result from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 51*, 8-19.
- Khan, A, Khan, S., Kolts, R. et Brown, W. A. (2003). Suicide rates in clinical trials of SSRIs, other antidepressants and placebo: analysis of FDA reports. *American Journal of Psychiatry, 160*(4), 790-792.
- Kimmel S. E., Sauer W. H. et Berlin J. A. (2001). Selective serotonin reuptake inhibitors and myocardial infarction. *Circulation, 104*(16), 1894-1898.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J. et Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New-York: Basic Books.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New-York: International Universities Press.

- Kornstein, S. G., Schatzberg, A. F., Thase, M. E., Yonkers, K. A., McCullough, J. P., Keitner, G. I., Davis, S. M., Harrison, W. M. et Keller, M. B. (2000). Gender differences in treatment response to sertraline versus imipramine in chronic depression. *American Journal of Psychiatry*, 157(9), 1445-1452.
- Kramer, B. A. (1999). Use of ECT in California, revisited: 1984-1994. *Journal of ECT*, 15, 245-251.
- Kumar, A., Thomas, A., Lavretsky, H., Yue, K., Huda, A., Curran, J., Venkatraman, T., Estanol, L., Mintz, J., Mega, M. et Toga, A. (2002). Frontal white matter biochemical abnormalities in late-life major depression detected with proton magnetic resonance spectroscopy. *American Journal of Psychiatry*, 159(4), 630-636.
- Künzel, E. E. (2005). Les antidépresseurs dans le traitement de la douleur. Dans (Éds.) *Dolor : Le traitement de la douleur au quotidien* (p. 4). Suisse: Swiss Pain Society.
- Kurdyak, P. A., Gnam, W. H. et Streiner, D. L. (2002). Antidepressants and the risk of breast cancer. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(10), 966-969.
- Lachaux, B. et Lemoine, P. (1988). *Placebo: un médicament qui cherche la vérité*. Paris: MEDSI/McGraw-Hill.
- Lam, R. W. et Kennedy, S. H. (2004). Evidence-based strategies for achieving and sustaining full remission in depression: focus on meta-analyses. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(1), 17S-26S.
- Lam, R. W. et Levitt, A. J. (1999). *Canadian consensus guidelines for the treatment of seasonal affective disorder*. Vancouver: (BC): Clinical & Academic Publishing.
- Lauth, B. (2004). L'utilisation des antidépresseurs aujourd'hui en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. *Perspectives psy*, 43(1), 34-45.
- Lebaron, F. (2000). *La croyance économique*. Paris: Seuil.
- Lee, T. M. et Chan, C. C. (1999). Dose-response relationship of phototherapy for seasonal affective disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99, 315-323.
- Leibenluft, E. et Wehr, T. A. (1992). Is sleep deprivation useful in the treatment of depression. *American Journal of Psychiatry*, 149, 159-168.
- Lejoyeux, M. (1995). Dépendance aux antidépresseurs: authentique addiction? *L'Encéphale*, 1, 63S-65S.

- Lenze, E. J., Dew, M. A., Mazumdar, S., Begley, A. E., Cornes, C., Miller, M. D., Imber, S. D., Frank, E., Kupfer, D. J. et Reynolds III, C. F. (2002). Combined pharmacotherapy and psychotherapy as maintenance treatment for late-life depression: effects on social adjustment. *American Journal of Psychiatry*, 159, 3, 466-468.
- Lesage, A. D., Stip, E. et Grunberg, F. (2001). «What's up, doc?» Le contexte, les limites et les enjeux de la médecine fondée sur des données probantes pour le clinicien (Evidence-Based Medicine). *Revue canadienne de psychiatrie*, 46, 396-402.
- Leuchter, A. F., Cook, I. A., Witte, E. A., Morgan, M. et Abrams, M. (2002). Changes in brain function of depressed subjects during treatment with placebo. *American Journal of Psychiatry*, 159(1), 122-129.
- Lin E. et Parikh, S. V., (1999). Sociodemographic, clinical, and attitudinal characteristics of the untreated depressed in Ontario. *Journal of Affective Disorders*, 53, 153-162.
- Lin, K. M., Anderson, D. et Poland, R. E. (1995). Ethnicity and psychopharmacology. Bridging the gap. *Psychiatric Clinics of North America*, 18, 635-647.
- Lindenmayer, J. P., Grochowski, S. et Kay, S. R. (1991). Schizophrenic patients with depressive psychopathological profiles and relationship with negative symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, 32, 528-523.
- Lisanby, S. H., Maddox, J. H., Prudic, J., Devanand, D. P. et Sackeim, H. A. (2000). The effects of electroconvulsive therapy on memory of autobiographical and public events. *Archives of General Psychiatry*, 57, 581-590.
- Lôo, H. (1999). Editorial. *L'Encéphale*, 2, 1S.
- Lôo, H. et Olié, J. P. (1984). Problèmes liés à l'arrêt des antidépresseurs et du lithium. *Thérapie*, 39, 403-410.
- Lyketsos, C. G., Steele, C., Baker, L., Galik, E., Kopunek, S., Steinberg, M. et al. (1997). Major and minor depression in Alzheimer's disease: prevalence and impact. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 9, 556-561.
- Marangell, L. B., Martinez, J. M., Zboyan, H. A., Kertz, B., Kim, H. F. S. et Puryear, L. J. (2003). A double-blind, placebo-controlled study of the omega-3 fatty acid docosahexaenoic acid in the treatment of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 160(5), 996-998.

- Martin, P. (1999). Spécificité d'une dualité d'action: vers de nouveaux antidépresseurs «plus efficaces»? *L'Encéphale*, 2, 5S-20S.
- McIntyre, R. S. et O'Donovan, C. (2004). The human cost of not achieving full remission in depression. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(1), 10S-16S.
- Meltzer, H. Y. (1999). Suicide and schizophrenia: clozapine and the InterSePT study. In national Clozaril/ Leponex Suicide Prevention Trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 12, 47S-50S.
- Meyor, C., Lamarre, A.-M., Thiboutot, C. (2005). L'approche phénoménologique en sciences humaines et sociales – Questions d'amplitude. *Recherches qualitatives*, 25(1), 1-8.
- Mischoulon, D. et Fava, M. (2000). Docosahexanoic acid and omega-3 fatty acids in depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 785-794.
- Moreau, A., Rémont, S. et Weinmann, N. (2002). *L'industrie pharmaceutique en mutation*. Paris: La Documentation française.
- Mourad, I., Lejoyeux, M. et Adès, J. (1998). Évaluation prospective du sevrage des antidépresseurs. *L'Encéphale*, 24, 215-222.
- Mucchielli, A. (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin/Masson.
- Müller-Oerlinghausen, B., Berghöfer et Ahrens, B. (2003). The antisuicidal and mortality-reducing effect of lithium prophylaxis: consequences for guidelines in clinical Psychiatry. *Canadian Journal of psychiatry*, 48(7), 433-439.
- Murphy Jr., G., M., Kremer, C., Rodrigues, H. E. et Schatzberg, A. F. (2003). Pharmacogenetics of antidepressant medication intolerance. *American Journal of Psychiatry*, 160(10), 1830-1835.
- Murphy, J. M., Laird, N. M., Monson, R. R., Sobol, A. M. et Leighton, A. H. (2000). A 40-year perspective on the prevalence of depression; the Stirling Sountry study. *Archives of General Psychiatry*, 57, 209-215.
- Murray, C. J. et Lopez, A. D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: global burden of disease study. *Lancet*, 349, 1498-1504.
- National Institute of Mental Health (1999). *Depression Research at the National Institute of Mental Health*. (Internet). Disponible: <http://www.nimh.nih.gov>.

- National Institute of Mental Health (2000). *Depression: a detailed booklet that describes symptoms, causes, and treatments, with information on getting help and coping.* (Internet). Disponible: <http://www.nimh.nih.gov>.
- National Institute of Mental Health (2001). *The Invisible disease: depression. A brief overview of the symptoms, treatments, and research findings.* (Internet). Disponible: <http://www.nimh.nih.gov>.
- National Institute of Mental Health (2003). *Depression: a treatable illness.* (Internet). Disponible: <http://menanddepression.nimh.nih.gov>.
- Nemets, B, Stahl, Z. et Belmaker, R. H. (2002). Addition of omega-3 fatty acid to maintenance medication treatment for recurrent unipolar depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1490-1500.
- NIH Consensus Conference (1992). Diagnosis and treatment of depression in late life. *Journal of American Medicine Association*, 268, 1018-124.
- Noyes, R. Jr., Woodman, C., Garvey, M. J., Cook, B. L., Suelzer, M., Clancy, J. et al. (1992). Generalized anxiety disorder vs. panic disorder. Distinguishing characteristics and patterns of comorbidity. *Journal of Nervous Mental Disease*, 180, 369-379.
- Oquendo, A. M., Kamali, M., Ellis, S. P., Grunebaum, M. F., Malone, K. M., Brodsky, B. S., Sackeim, H. A. et Mann, J. J. (2002). Adequacy of antidepressants treatment after discharge and the occurrence of suicidal acts in major depression: a prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 159(10), 1746-1751.
- Oren, D. A., Wisner, K. L., Spinelli, M., Epperson, C. N., Peindl, K. S., Terman, J. S. et Terman, M. (2002). An open trial of morning light therapy for treatment of antepartum depression. *American Journal of Psychiatry*, 159, 666-669.
- Ormel, J., Oldehinkel, A. et Brilman, E. I. (2001). The interplay and etiological continuity of neuroticism, difficulties, and life events in the etiology of major and subsyndromal, first and recurrent depressive episodes in later life. *American Journal of Psychiatry*, 158(6), 885-891.
- Ormel, J., VonKorff M., Oldehinkel, A. J., Simon, G., Tiemens, B. G. et Ustun, T. B. (1999). Onset of disability in depressed and non-depressed primary care patients. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 29, 847-853.

- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : A. Colin.
- Pampollona, S., Bollini, P., Tibaldi, G., Kupelnick, B. et Munizza, C. (2002). Patient adherence in the treatment of depression. *British Journal of Psychiatry*, 180, 104-109.
- Parikh, S. V., Lam, R. W. et le Groupe de travail sur la dépression du CANMAT (2001). Lignes directrices cliniques du traitement des troubles dépressifs I. Définitions, prévalence et répercussions sanitaire. *Revue canadienne de psychiatrie*, 46(1), 13S-21S.
- Parikh, S. V., Wasylenki, D., Goering, P. et Wong, J. (1996). Mood disorders: rural/urban differences in prevalence, health care utilization, and disability in Ontario. *Journal of Affective Disorders*, 38, 57-65.
- Patten, S. B. (2000). Incidence of major depression in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 163, 714-715.
- Peretti, C. S. (1999). Délai d'Action thérapeutique et résistance aux traitements. *L'Encéphale*, 2, 49S-54S.
- Peretti, C. S., Martin, P., Bayle, F. et Banzet, S. (2003). Définition et recommandation pour l'étude du délai d'action des antidépresseurs: 3 aspects méthodologiques. *L'Encéphale*, 29, 313-21.
- Perrin, D. et Weiss, I. (2003). *La croyance*. Paris: Ellipses Édition marketing.
- Pignarre, P. (2003). *Comment la dépression est devenue une épidémie*. Paris : Hachette littératures.
- Pignarre, P. (2004). *Le grand secret de l'industrie pharmaceutique*. Paris : La découverte/Poche.
- Pilote, H. et al. (1970). *La dépression nerveuse*. Montréal: Les Éditions de l'Homme.
- Pomerantz, J. M. et al. (2004). Prescriber intent, off-label usage, and early discontinuation of antidepressants: a retrospective physician survey and data analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(3), 395-404.
- Porter, R. J., Gallagher, P., Thompson, J. M. et Young, A. H. (2003). Neurocognitive impairment in drug-free patients with major depressive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 182, 214-220.

- Poupart, J. *et al.* (1993). Discours et débats autour de la scientificité des entretiens de recherche. *Sociologie et sociétés*, 25(2), 93-110.
- Poupart, J. *et al.* (1997). *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal : Gaëtan Morin éditeur
- Purper-Ouakil, D., Michel, G., Mouren-Siméoni, M.-C. (2002). La vulnérabilité dépressive chez l'enfant et l'adolescent: données actuelles et perspectives. *L'Encéphale*, 28, 234-240.
- Quitkin, F. M., Stewart, J. W., McGrath, P. J., Taylor, B. P., Tisminetzky, M. S., Petkova, E., Chen, Y., Ma, G et Klein, D. F. (2002). Are there differences between women's and men's antidepressant responses? *American Journal of Psychiatry*, 159(11), 1848-1854.
- Ramaekers, S. G., Swijgman, H. F. et O'Hanlon, J. F. (1992). Effects of moclobemides and mianserin on highway driving, psychometric performance and subjective parameters relative to placebo. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 106, 62S-67S.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L. et al. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518.
- Regier, D. A., Rae, D. S., Narrow, W. E., Kaelber, C. T. et Schatzberg, A. F. (1998). Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. *British Journal of Psychiatry, Suppl*, 24-28.
- Reynolds, C. F., Frank, E., Perel, J. M., Mazumdar, S., Dew, M. A., Begley, A. et al. (1996). High relapse rate after discontinuation of adjunctive medication for elderly patients with recurrent major depression. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1418-1422.
- Richard, D., Senon, J.-L. et Tournier, N. (2006). *Médicaments en psychiatrie*. Rueil-Malmaison : Lamarre.
- Ricoeur, P. (1976). Croyance. *Encyclopaedia Universalis*, 5, 172.
- Royal College of Psychiatrists (2001). Antidepressant treatment of depression in real-world settings, supplement 42. *British Journal of Psychiatry*, 179(42), 1S-18S.

- Rush, A. J., George, M. S., Sackeim, H. A., Marangell, L. B., Husain, M. M., Giller, C. et al. (2000). Vagus Nerve stimulation (VNS) for treatment-resistant depressions: a multicenter study. *Biological Psychiatry*, 47, 276-286.
- Schück, S. (1999). *Les antidépresseurs*. Rennes : Laboratoire de Pharmacologie Expérimentale et Clinique.
- Scotto, J. C. (1995). Introduction. *L'Encéphale*, 2, 1S.
- Sechter, D. (1995). Les effets cliniques à long terme des antidépresseurs. *L'Encéphale*, 2, 35S-38S.
- Segal, Z. V., Witney, D. K., Lam, R. W. et le Groupe de travail sur la dépression du CANMAT (2001). Lignes directrices cliniques du traitement des troubles dépressifs II. Psychothérapie. *Revue canadienne de psychiatrie*, 46(1), 31S-40S.
- Shneider, L. S., Nelson, C. J., Clary, C. M., Newhouse, P., Krishnan, K. R. R., Shiovitz, T., Weihs, K. et Sertraline Elderly Depression Study Group (2003). An 8-week multicenter, parallel-group, double-blind, placebo-controlled study of sertraline in elderly outpatients with major depression. *American Journal of Psychiatry*, 160(7), 1277-1285.
- Siris, S. G. (2000). Depression in schizophrenia: perspective in the era of atypical antipsychotic agents. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1379-1389.
- Spadone, C. (2002). Observance thérapeutique dans les troubles dépressifs récurrents. *L'Encéphale*, 28(1), 255-259.
- Stoll, A. L., Severus, W. E., Freeman, M. P. et al. (1999). Omega-3 fatty acids and bipolar disorder: a preliminary double-blind, placebo-controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 56, 407-412.
- St-Onge, J.-C. (2004). *L'envers de la pilule: les dessous de l'industrie pharmaceutique*. Montréal : Écosociété.
- Tamminga, C. A., Gold, P. W., Dennis, S. C. (2002). Depression: a disease of the mind, brain, body. *American Journal of Psychiatry*, 159(11), 1826.
- Terman, M., Terman, J. S. et Ross, D. C. (1998). A controlled trial of timed bright light and negative air ionization for treatment of winter depression. *Archives of General Psychiatry*, 55, 875-882.

- Thompson, Ostler, Peveler, Baker et Kinmonth (2001). Dimensional perspective on the recognition of depressive symptoms in primary care. *British Journal of Psychiatry*, 179, 317-323.
- Thorpe, L., Withney, D. K., Kutcher, S. P., Kennedy, S. H. et le Groupe de travail sur la dépression du CANMAT (2001). Lignes directrices cliniques du traitement des troubles dépressifs VI. Populations particulière. *Revue canadienne de psychiatrie*, 46(1), 70S-85S.
- Tiemeier, H., van Tuijl, H. R., Hofman, A., Meijer, J., Kiliaan, A. J. et Breteler, M. M. B. (2002). Vitamin B12, Folate, and Homocysteine in depression: The Rotterdam Study. *American Journal of Psychiatry*, 159, 2099-2101.
- Trémine, T. (1995). Co-prescription avec un antidépresseur donné: empirique ou rationnelle? *L'Encéphale*, 1, 19S-21S.
- Trojak, B., Barra, J.-D. et Milleret, G. (2004). Les médecins généralistes regardent la psychiatrie: résultats d'une enquête. *Nervure*, 17(2), 9.
- Turner, E. H. et al. (2008). Selective Publication of Antidepressant Trials and Its Influence on Apparent Efficacy. *The New England Journal of Medicine*, 358 (3), 252-260.
- Tyrer, P. (1984). Clinical effects of abrupt withdrawal from tricyclic antidepressants and monoamine oxidase inhibitors after long-term treatment. *Journal of Affective Disorders*, 6, 1-7.
- U.S. Food and Drug Administration (2004). *Antidepressant Use in Children, Adolescents, and Adults*. (Internet). Disponible: <http://www.fda.gov>.
- Valenstein, M., Taylor, K. K., Austin, K., Kales, H. C., McCarthy, J. F. et Blow, F. C. (2004). Benzodiazepine use among depressed patients treated in mental health settings. *American Journal of Psychiatry*, 161(4), 654-661.
- Vanderkooy, J. D., Kennedy, S. H. et Bagby, R. M. (2002). Antidepressants side effects in depression patients treated in a naturalistic setting: a study of bupropion, moclobemide, paroxetine, sertraline, and venlafaxine. *Canadian Journal of psychiatry*, 47(2), 174-178.
- Von Korff, M., Ormel, J., Katon, W. et Lin, E. H. (1992). Disability and depression among high utizers of health care. A longitudinal analysis. *Archives of General Psychiatry*, 49, 91-100.

- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H. G. et al. (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Journal of the American Medical Association*, 276, 293-309.
- Wijeratne, C., Halliday, G. S. et Ryndon, R. W. (1999). The present status of electroconvulsive therapy; a systemic review. *Medical Journal of Australia*, 171, 250-254.
- Wirz-Justice, A et van den Hoofdakker, R. H. (1999). Sleep deprivation in depression: what do we know, where do we go? *Biological Psychiatry*, 46, 445-453.
- Workman, E. A., Short, D. D. (1993). Atypical antidepressants versus imipramine in the treatment of major depression: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54, 5-12.
- Yerevanian, B. I., Koek, R. J., Feusner, J. D., Hwang, S. et Mintz, J. (2004). Antidepressants and suicidal behaviour in unipolar depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 452-458.
- Young, H. A., Gallagher, P. et Porter, R. J. (2002). Elevation of the cortisol-dehydroepiandrosterone ratio in drug-free depressed patients. *American Journal of Psychiatry*, 159(7), 1237-1239.
- Zhang, M., Rost, K. M., et Fortney, J. C. (1999). Earnings changes for depressed individuals treated by mental health specialists. *American Journal of Psychiatry*, 156, 108-114.
- Zimmerman, M. Chelminski, I. et Posternak, A. (2004). Exclusion criteria used in antidepressant efficacy trials: consistency across studies and representativeness of samples included. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(2), 87-94.
- Zimmerman, M. Mattia, J. A. et Posternak, A. (2002). Are subjects in Pharmacological treatment trials of depression representative of patients in routine clinical practice? *American Journal of Psychiatry*, 159(3), 469-473.