UNIVERSITE ROBERT SCHUMAN

INSTITUT D'ETUDES POLITIQUES DE STRASBOURG

Faut-il limiter la consommation d'antidépresseurs ?
Les effets de la surconsommation sur l'économie

Magaly ROHE

Mémoire de 4ème année d'I.E.P.
Filière Economie et Entreprise

Directeur de mémoire : Michel DIETSCH

Second membre du jury : Elise VERPILLOT

Année Universitaire 2006/2007

Remerciements

Je tiens en premier lieu à remercier Michel Dietsch, mon directeur de mémoire pour l'implication qu'il a pu avoir tout au long de ce projet. Son suivi, ses conseils, ses directions et éclaircissements m'ont permis de réaliser ce travail dans les meilleures conditions.

Je témoigne également toute ma reconnaissance à Amnon Levy, pour m'avoir encouragée à m'inspirer de son cours et de sa recherche passionnants.

Je remercie également Elise Verpillot pour sa disponibilité et son aide.

Enfin, j'adresse mes plus sincères remerciements à tous mes proches et amis pour leurs encouragements et relectures.

Sommaire

REMERCIEMENTS **2**

SOMMAIRE **3**

SIGLES **4**

INTRODUCTION **5**

I. PEUT-ON PARLER DE SURCONSOMMATION FRANÇAISE D'ANTIDEEPRESSEURS ? **9**

A. UN EXEMPLE PARMI LA CONSOMMATION DE PSYCHOTROPES ET DE MEDICAMENTS EN GENERAL EN FRANCE 9

1. La consommation de psychotropes *9*

2. Les dépenses françaises en médicaments *10*

B. ETAT DES LIEUX DE LA CONSOMMATION FRANÇAISE D'ANTIDEPRESSEURS 11

1. Les ventes d'antidépresseurs *11*

2. Les remboursements d'antidépresseurs *12*

3. Caractéristiques du marché *13*

C. LES RAISONS AVANCEES DE LA CONSOMMATION FRANÇAISE D'ANTIDEPRESSEURS 14

1. L'effet-prix *14*

2. L'effet-volume *20*

II. FAUT-IL LIMITER LES DEPENSES EN ANTIDEPRESSEURS? **29**

A. LES ARGUMENTS CONVENTIONNELS DE REGLEMENTATION DES MARCHES 29

1. Les défaillances de marché observées dans le secteur pharmaceutique *29*

2. L'économie de la réglementation au service de l'économie du bien-être *35*

B. LA BAISSE DE PRODUCTIVITE ENGENDREE PAR LES ANTIDEPRESSEURS 36

1. Une hypothèse a priori contre-intuitive *37*

2. La vérification de l'hypothèse de la baisse de la productivité *38*

3. Application du modèle de Levy et al. *47*

4. Conclusions et implications du modèle *55*

5. Les limites de la réglementation *58*

CONCLUSION **62**

TABLE DES MATIERES **64**

SOURCES **67**

ANNEXES **72**

Sigles

AFSSAPS – Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

AMM – Autorisation de Mise sur le Marché

ANAES - Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ASMR – Augmentation de Service Médical Rendu

CANAM – Caisse Nationale d'Assurance Maladie

DREES - Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

FDA – Food and Drug Administration

IMAO - Inhibiteurs de la Monoamine Oxydase

INSERM – Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

ISRS - Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine

ISRSN - Inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline

OFDT - Observatoire français des drogues et des toxicomanies

OPEPS - Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé

RMO – Références Médicales Opposables

SOFRES - Société française d'études par sondages

Introduction

A l'heure où la consommation d'antidépresseurs est fortement décriée en France, peut-on envisager la limitation, voire la progressive disparition sur le marché des "pilules du bonheur" ? L'importante consommation française d'antidépresseurs n'est-elle que le simple reflet d'une augmentation des cas de dépression, ou est-elle en réalité abusive ?

Les antidépresseurs appartiennent à la catégorie des médicaments psychotropes, dont l'objet est de proposer une réponse chimique à un trouble psychiatrique identifié. On distingue quatre grandes catégories de psychotropes, les antidépresseurs étant des psychoanaleptiques. Un grand nombre de molécules récentes appartenant à cette classe visent à l'heure actuelle le traitement des troubles anxieux et des troubles des conduites alimentaires (Annexe 1 et 2), mais la cible thérapeutique initiale des antidépresseurs est le traitement des épisodes dépressifs.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la dépression devrait en 2020 devenir la première cause de morbidité chez la femme et la seconde chez l'homme (après les maladies cardio-vasculaires). Symbole du développement de cette maladie régulièrement qualifiée dans la presse de "mal du siècle", la consommation d'antidépresseurs évolue en conséquence, le marché mondial des antidépresseurs ayant été multiplié par vingt-cinq en moins de vingt ans. D'après la revue *Le Point,* l'industrie pharmaceutique génère ainsi 15 milliards de dollars de chiffre d'affaires annuel mondial grâce à la seule commercialisation d'antidépresseurs.

Mais si la maladie existe réellement et que les antidépresseurs se définissent comme son remède, nombreuses sont les critiques adressées au développement de la commercialisation de ces médicaments. Le rapport scientifique établi par les membres de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (OPEPS) en juin 2006 témoigne de la préoccupation croissante du gouvernement et des citoyens face au succès du secteur pharmaceutique, et en particulier de la forte consommation d'antidépresseurs des Français. La consommation française d'antidépresseurs est régulièrement qualifiée dans les médias d'alarmante, et l'industrie pharmaceutique critiquée. Cité par Ehrenberg, A. (1999, p. 255) inquiet devant le montée de la consommation de psychotropes, le Docteur Bensoussan parlait déjà en 1974 "de civilisation ou de décivilisation chimique".

Pourquoi donc de telles critiques ? La consommation est-elle excessive au point de justifier l'intervention de l'Etat afin de la limiter, et sur quels fondements ? Si l'argument du

contrôle des dépenses est souvent avancé, le système de santé français étant très coûteux, et que l'économie du bien-être préconise l'intervention de l'Etat afin de remédier aux défaillances de marché, il existe une autre forme d'externalité qui mérite attention, agissant cette fois sur l'offre, et plus particulièrement sur la productivité de la force de travail. Cet effet négatif agit principalement lorsque la consommation est dite abusive, c'est-à-dire surabondante et inadaptée aux besoins réels des patients.

Dès lors, il s'agit de se demander quelle est la situation réelle de la France, et si les critiques adressées au marché des antidépresseurs et plus généralement au secteur pharmaceutique sont justifiées. Il s'agit d'une part d'observer si la consommation française semble élevée dans l'absolu, ainsi que d'étudier si ce triste constat est dû à une consommation relativement excessive et/ou inadaptée par rapport à d'autres pays, aux effets recherchés et au coût engendré par les traitements. Ceci implique notamment d'examiner en quoi les antidépresseurs constituent des biens de consommation de nature très particulière en analysant le circuit par lequel ces biens transitent, circuit comprenant les laboratoires-fabricants, les grossistes-répartiteurs, les pharmaciens d'officine et les pharmaciens hospitaliers. Très concrètement, nombreux sont ceux qui considèrent que les antidépresseurs doivent être davantage comparés à des substances telles que l'alcool, le tabac, le café ou même la cocaïne qu'à des médicaments comme le sirop pour la toux ou la pommade cicatrisante.

D'autre part, il s'agira de voir pourquoi l'éventuelle surconsommation et/ou mauvaise consommation française peut poser problème, et quelles sont les implications d'une telle analyse. Si une solution à cette question peut s'envisager sous la forme d'une réglementation du marché des antidépresseurs, il est nécessaire de s'interroger sur les conditions dans lesquelles cette réglementation peut se justifier. Il sera davantage question des justifications de la réglementation de la surconsommation d'antidépresseurs qu'aux modes de réglementation envisageables.

Le travail présenté propose d'envisager cette question d'actualité sous une perspective essentiellement économique, même si des études médicales et même sociales ont pu servir de support à la réflexion. Il ne sera donc pas tant jugé ici de la pertinence de l'usage des antidépresseurs dans la lutte contre la dépression, mais davantage des conditions encadrant la consommation et la prescription des antidépresseurs menant à des éventuelles distorsions entre besoins réels, bienfaits recherchés et effets concrets du produit consommé induisant une surconsommation qui sera étudiée dans une perspective économique, notamment d'amélioration de la productivité individuelle et sociétale. Le sujet évoqué étant extrêmement

complexe et les enjeux à la fois économiques, sociaux, juridiques ou encore politiques, l'objet de cette recherche est davantage de proposer des éléments de réflexion et d'apporter un regard critique et ciblé sur la question.

Cette approche économique a semblé intéressante pour plusieurs raisons. D'une part du fait de l'importance du chiffre d'affaires généré par les antidépresseurs et donc du poids macro-économique de ce marché dans l'économie française. Cet argument est d'ailleurs souvent avancé pour refuser de réglementer encore davantage l'industrie pharmaceutique en France.

Une autre raison avancée peut provenir de l'économie du droit, discipline utilisant les outils et les critères de jugement des économistes pour expliquer et évaluer les règles juridiques (Kopp, P. 1997). Or les antidépresseurs font déjà l'objet de réglementations bien spécifiques. L'analyse économique peut donc être utilisée pour évaluer l'efficacité de ces règles, notamment de délivrance d'autorisations de mise sur le marché.

Par ailleurs, l'économie du bien-être qui cherche à décrire non pas ce qui est, mais ce qui devrait être, au regard du critère d'efficacité économique peut être très intéressante lorsque le niveau optimal que cette théorie préconise est comparé à celui proposé par le milieu médical ou encore celui réclamé par les individus dans la société. Les questions éthiques et économiques ne peuvent donc jamais être traitées entièrement séparément.

Enfin, l'argument d'effet des antidépresseurs sur la productivité des individus qui sera envisagé est rarement considéré par la littérature. Or cet argument soulève lui-même une autre question, celle du lien entre travail, dépression et prise d'antidépresseurs. Si l'entreprise et plus particulièrement le stress lié au travail sont en effet parfois accusés d'agir négativement sur l'état psychique des individus, il est intéressant de voir si la prise d'antidépresseurs permet systématiquement de remédier aux baisses de la productivité engendrées par cette perte d'enthousiasme, et sous quelles conditions un effet négatif peut avoir lieu. Avec l'Etat, le secteur privé peut donc également avoir un rôle à jouer au regard de cette question.

En premier lieu sera examinée la consommation française d'antidépresseurs. Une comparaison de la consommation des antidépresseurs avec celle en psychotropes et en médicaments place la situation française dans son contexte. L'état des lieux de la consommation d'antidépresseurs dressé, les raisons avancées de l' "exception française" seront envisagées, en adoptant une perspective dynamique et en comparant la situation française à celle des autres pays européens.

Ce constat établi, plusieurs justifications seront mises en avant, ayant comme implication un encadrement minimal de la consommation d'antidépresseurs. Outre les théories conventionnelles, une autre forme d'externalité sera envisagée prenant en compte notamment l'absence d'effets ou les effets négatifs sur la santé des antidépresseurs qui en cas de surconsommation sont susceptibles d'entraîner une baisse de la productivité des individus.

Ainsi, l'argument original de la baisse de la productivité appliqué à la situation de surconsommation française au préalable étudiée et vérifiée justifie la limitation de la consommation abusive d'antidépresseurs en France. Si la mise en œuvre concrète de ce contrôle ne sera pas développée dans ce travail, une intervention étatique ou au niveau de l'Union Européenne, voire également par le secteur privé au sein des entreprises, semble nécessaire pour remédier à cette situation effectivement "alarmante".

I. Peut-on parler de surconsommation française d'antidépresseurs?

Pour affirmer qu'il y a effectivement surconsommation, la consommation française d'antidépresseurs doit s'apprécier par rapport à d'autres pays, ainsi que par rapport aux effets recherchés et attendus de la consommation

Afin d'en mesurer l'ampleur, il peut être tout d'abord être utile d'apprécier la consommation française d'antidépresseurs au regard de la consommation française de psychotropes et de médicaments, puis d'en observer les principales caractéristiques et tendances et enfin les raisons couramment avancées légitimant cette consommation élevée et souvent inadaptée.

L'expression de "surconsommation française", régulièrement employée par les médias, semble justifiée compte-tenu de l'écart existant entre la France et ses voisins européens ainsi qu'entre les effets recherchés et ceux offerts par les produits, ce décalage entre besoins apparents des consommateurs et offre réelle des producteurs étant entretenu par de nombreuses incitations à la dépense des différents acteurs, notamment des prescripteurs.

A. Un exemple parmi la consommation de psychotropes et de médicaments en général en France

La consommation élevée d'antidépresseurs en France est représentative d'une tendance plus générale à la forte consommation française de psychotropes et de médicaments.

1. La consommation de psychotropes

La France est régulièrement qualifiée de "championne" de la consommation de psychotropes en Europe. Un rapport de l'office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (OPEPS) publié en juin 2006 sur la consommation de ces médicaments en France indique notamment que les Français recourent deux fois plus fréquemment aux psychotropes que la moyenne des pays européens, beaucoup plus souvent qu'en Allemagne, au Royaume-Uni ou aux Pays-Bas.

Au sein de la population française, un adulte sur quatre a fait usage d'au moins un psychotrope au cours de l'année 2005 et la propension à y recourir augmente avec l'âge, particulièrement chez les femmes, bien que le rapport de l'OPEPS de juin 2006 précité souligne que toutes les tranches d'âges sont touchées par la consommation de psychotropes.

En revanche, la France se situe dans la moyenne des autres pays européens pour la consommation de psychotropes par les enfants et les adolescents, voire parfois en deçà pour certains traitements.

Avec la Belgique et l'Espagne, la France se place ainsi en tête en termes de taux de consommation et surtout de taux de consommation chronique (prise quasi quotidienne pendant au moins douze mois) (Ehrenberg A., 1991, p.273).

Le recours aux psychotropes déjà relevé dans les années 1980 n'a donc fait qu'empirer: le montant des remboursements de l'assurance-maladie pour ces produits est estimé en 2004 à un milliard d'euros, alors qu'en 1980 il était de 317 millions d'euros. Cette croissance est liée à la fois à une augmentation des volumes prescrits et au coût accru des nouvelles molécules. Le rapport de l'OPEPS indique par ailleurs que les consommateurs réguliers de psychotropes bénéficiant d'au moins quatre remboursements sur une année pour une même classe thérapeutique représentent 11,2% des ayants droits du régime général de sécurité sociale.

2. Les dépenses françaises en médicaments

Estimé à plus de 30 milliards d'euros, le chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique place les Français, après les Américains, au rang de plus grands consommateurs de médicaments au monde (Perez, M., 2006).

Ehrenberg, A. (1999, p.254) relève à ce sujet l'expression courante de "toxicomanie du médicament" française.

Concernant les dépenses de santé en général, et les dépenses en produits pharmaceutiques en particulier, la France se situe en tête des pays européens, qui connaissent déjà une croissance des dépenses de médicament d'environ 8% par an (Hermange, M.-T. et Payet, A.-M., 2006). Premiers consommateurs de médicaments par habitant, la dépense de médicament par habitant en parité de pouvoir d'achat représente en France 2,2 fois celle du Danemark, 1,8 fois celle du Pays-Bas ou de la Suède et est de 40% à 80% supérieure à celle de l'Allemagne ou du Royaume-Uni comme l'indique la note d'étape sur le médicament

présentée le 27 octobre 2005 devant le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie à laquelle se réfèrent Hermange, M.-T et Payet A.-M. (2006).

Par ailleurs, le même rapport souligne qu'en France, 90% des consultations se concluent par ordonnance, alors qu'elles ne sont que 83% en Espagne, 72% en Allemagne et 43% aux Pays-Bas.

Ces données doivent être gardées à l'esprit pour interpréter celles concernant les volumes de ventes des médicaments psychotropes et a fortiori des antidépresseurs, les comportements de prescription et d'usage de ces médicaments s'intégrant dans des phénomènes plus généraux concernant la prescription et le recours au médicament. Cela permet à Ehrenberg, A. (1991, p.273) d'affirmer que la "pole position" française sur les tranquillisants provient directement des "capacités nationales d'achat, sinon d'absorption, de médicaments toute catégorie confondues". De ce point de vue, il n'y a en effet pas de spécificité des médicaments psychotropes.

Toutefois, comme le souligne Zarifian, E. (1996, p. 10), le fait que la suprématie française en termes de consommation de médicaments ne soit pas uniquement avérée dans le secteur des psychotropes et plus particulièrement des antidépresseurs ne change en rien la nécessité d'étudier les causes de ce phénomène.

B. Etat des lieux de la consommation française d'antidépresseurs

L'importante consommation d'antidépresseurs de la France se conçoit en termes de ventes et de remboursements d'antidépresseurs, bien supérieures en France par rapport au marché européen et en forte augmentation ces dernières années. Etudier la surconsommation nécessite également d'analyser les caractéristiques du marché en question.

1. Les ventes d'antidépresseurs

Le marché des antidépresseurs européen est également en peine croissance, les revenus dégagés par la vente d'antidépresseurs étant estimés à 4,70 milliards de dollars en 2005, bien qu'il soit envisagé que ce montant se réduise à 4,50 milliards de dollars en 2012 (Newsrx.com, 2006). Au sein de ce marché, les ventes d'antidépresseurs françaises correspondent à la fois à un chiffre d'affaires élevé et reflètent une très forte progression.

Si les dernières statistiques de la Sécurité sociale (rapport de juillet 2006) révèlent une baisse de la vente d'antidépresseurs de 6% sur les premiers mois de l'année 2006, cette donnée ne suffit pas à masquer la tendance générale de ces dernières années. Selon une analyse de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (Afssaps) sur les ventes de médicaments aux officines et aux hôpitaux en France sur la période 1988-1999, l'évolution des ventes depuis 1990 montre qu'en 10 ans, la plus forte progression du volume des ventes concerne les antidépresseurs (+ 67 %).

Ainsi, selon une étude de janvier 2004 de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), les ventes d'antidépresseurs ont été multipliées par 6,7 entre 1980 et 2001 alors que les ventes globales de médicaments étaient multipliées par 2,7 pendant la même période. Le chiffre d'affaires correspondant aux ventes d'antidépresseurs a augmenté entre 1980 et 2001 de 84 millions d'euros à 543 millions d'euros (en euros constants 2001). Selon cette même étude, le nombre annuel de journées de traitement par antidépresseurs a plus que sextuplé (multiplié par 6,2).

Par ailleurs, un fait est particulièrement notable : parmi les psychotropes, les antidépresseurs représentent aujourd'hui plus de 50% des ventes, contre 25% en 1980, alors que celles des anxiolytiques et des hypnotiques sont restées stables.

Au sein de ces ventes, on constate le développement progressif de nombreuses molécules, notamment les Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), avec comme médicament phare le Prozac®, commercialisé par les laboratoires Lilly, connaissant un fort succès. Citant une étude établie par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), les deux antidépresseurs Deroxat® et Prozac® figuraient en 2001 parmi les dix médicaments les plus vendus en France.

2. Les remboursements d'antidépresseurs

La consommation d'antidépresseurs française peut également s'apprécier aux vues des dépenses de remboursement effectuées par le régime général d'assurance maladie (Sécurité Sociale, Chiffres et repères 2005). Selon le rapport "Chiffres et repères" publié en 2005 par l'Assurance Maladie, parmi les médicaments soignant le système nerveux central représentant 17,8% des remboursements, 508 millions d'euros ont été consacrés aux antidépresseurs. Si ce montant est en baisse de 4.3% par rapport à 2004, il est toutefois très élevé et supérieur au

montant de 474 millions d'euros de l'année 2002. Ce montant représente par ailleurs 53 millions de boîtes remboursées, contre 46,7 millions de boîtes en 2002.

Toutefois, le rapport de l'Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé du 15 juin 2006 énonce que 83% des remboursements sont pour le moment inaccessibles aux investigations statistiques, seules les données gérées par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs indépendants permettant à l'heure actuelle aux chercheurs de présenter des statistiques de remboursement dans chaque spécialité pharmaceutique.

3. Caractéristiques du marché

Le marché des antidépresseurs est tout d'abord un marché particulièrement attractif, comme en a démontré son succès. Wechsler (2004, p.19) souligne par ailleurs que cette attractivité est renforcée en Europe, où les menaces de procès et autres obstacles à l'encontre de l'industrie sont moins importantes que dans d'autres pays tels qu'aux Etats-Unis.

Le rapport de la DREES souligne que la période 1980-2001 a observé une complète transformation de la structure du marché des antidépresseurs, avec en particulier le développement des Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et des Inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (ISRSN) détenant 76% du marché en 2001.

Les études concernant la consommation d'antidépresseurs selon certaines caractéristiques de la population françaises ne sont pas des plus récentes. Deux études portant sur l'usage des antidépresseurs ont été réalisées en 1994-1995 et 1996 sur un échantillon constitué à partir du panel SOFRES qui inclut 20 000 foyers français, représentatifs de la population française pour 5 variables socio-démographiques ou quotas (âge, catégorie socio-professionnelle de la personne de référence du foyer, région, taille de l'agglomération, et nombre de personnes présentes au foyer). Les conclusions de ces observations indiquent que les usagers d'antidépresseurs étaient plus souvent des femmes, des sujets âgés de plus de 35 ans, vivant dans le Sud plutôt que dans le Nord ou l'Est de la France.

Une autre caractéristique du marché permet d'affirmer en la spécificité des antidépresseurs d'un point de vue économique. En effet comme le suggère Sermet (1995), les dimensions socio-professionnelles de l'usage décrivent des particularités qui s'opposent, au moins à première vue, aux caractéristiques ordinaires de la consommation pharmaceutique. Alors qu'en général le recours médicinal croît avec le niveau scolaire, le revenu et la position

occupée dans la hiérarchie sociale, en France comme à l'étranger l'absence de diplôme implique une consommation de psychotropes de 10 points plus élevée que la moyenne. De plus, la probabilité d'usage des employés et des ouvriers est de 7 à 13% supérieure à celle des autres actifs et les bas revenus concentrent également les plus forts indices de recours (Eve, Friedsam, 1981; Gabe, Lipshitz-Philipps, 1984).

Ces données présentées, il est indispensable de s'interroger sur les causes de cette consommation française élevée et particulière d'antidépresseurs.

C. Les raisons avancées de la consommation française d'antidépresseurs

Si les montants évoqués quant à la consommation française d'antidépresseurs paraissent élevés en valeur absolue et en évolution, il est essentiel de décomposer ces données entre ce qui est imputable aux prix pratiqués et ce qui relève davantage aux volumes des ventes et remboursements. Ces deux aspects révèlent la spécificité de la consommation française d'antidépresseurs.

1. L'effet-prix

Le niveau élevé et l'évolution à la hausse des ventes et remboursements d'antidépresseurs ces vingt dernières années, particulièrement importante en France, ont pour première cause un "effet-prix" provenant principalement de l'augmentation du coût des traitements et de la particularité du système de santé français.

a) Le coût élevé des traitements

Le coût des traitements n'a non seulement pas bénéficié en France de l'apparition sur le marché de médicaments génériques, il a également connu une augmentation, les produits existants étant coûteux et de nouveaux médicaments à prix plus élevés étant mis sur le marché.

(1) Une France réticente vis-à-vis des médicaments génériques

La France présente tout d'abord la particularité de connaître une croissance du marché des médicaments génériques moins élevée que celle des autres pays européens.

Lorsqu'un brevet tombe dans le domaine public, tout fabriquant peut copier le médicament dont ce brevet faisait l'objet sans droits de licence à payer. Les médicaments génériques sont le fruit de cette copie. L'article L.601-6 du Code de la santé publique définit la spécialité générique comme "une spécialité qui a la même composition qualitative et quantitative en principe actif, la même forme pharmaceutique, et dont la bioéquivalence avec l'autre spécialité a été démontrée par des études appropriées de biodisponibilité. La notion de mêmes formes pharmaceutiques orales s'applique aux différentes formes pharmaceutiques orales à libération immédiate".

Selon Verpillot, E. (2007), le "décollage" difficile des génériques en France serait dû essentiellement à la faiblesse du prix public des médicaments français par rapport au reste de l'Europe, à la perception des médicaments de référence (princeps), mais également à l'habitude de prescription du médecin qui, entre deux médicaments similaires, choisira de prescrire celui pour lequel il a acquis la plus grande expérience. Cette invariabilité dans les choix des prescriptions peut notamment être source d'inerties de marché fortes et durables au niveau agrégé, comme l'indique Coscelli, A. (2000), avantageant ainsi le princeps introduit en premier sur le marché.

Or la pénétration des médicaments génériques est toujours avantageuse car source de concurrence sur les prix. Les médicaments génériques peuvent en effet être vendus 15 à 30% moins cher que les princeps, tout en ayant les mêmes vertus thérapeutiques (Juès, J-P., 1998, p.23).

Ce constat permet d'affirmer que la France a incontestablement moins bénéficié que d'autres pays de la diminution du coût des traitements entraînée par l'introduction des médicaments génériques sur le marché des antidépresseurs.

(2) Le coût des produits existants

Selon une étude de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des professions Indépendantes (CANAM) réalisée en 1996 citée par le rapport de l'OPEPS de juin 2006 (p.123), le coût moyen des psychotropes est plus que triplé en cas de prescription

d'antidépresseur (25,1 euros) par rapport à une prescription sans antidépresseur (6,9 euros), cette différence s'expliquant par le coût des ISRS et la polythérapie psychotrope dans les prescriptions incluant un antidépresseur. En cas de prescription d'antidépresseur, la part des psychotropes représente une moyenne de 38,5% du coût total de l'ordonnance alors qu'elle n'est que de 12% pour les prescriptions sans antidépresseur. Par exemple, la part des psychotropes dans le montant total de l'ordonnance est respectivement de 45,9% en cas de prescription de Prozac® et 49,8% en cas de prescription de Deroxat®. Plus spécifiquement les ventes en valeur concernant les antidépresseurs ont progressé en moyenne de 9,0% entre 1993 et 2003.

Toutefois, il est nécessaire de constater une baisse générale du prix des médicaments depuis quelques années. En 2005, cette baisse se poursuit au même rythme que l'année précédente (-1,2%) en raison de la part croissante des médicaments génériques dans le marché pharmaceutique (France, Portrait social, INSEE–Références Edition 2006), même s'il a été constaté précédemment que la France ne bénéficiait pas pleinement de la mise sur le marché de tels médicaments.

(3) La mise sur le marché de nouveaux médicaments à prix plus élevés

Selon le rapport de l'OPEPS de juin 2006, le constat de l'augmentation du chiffre d'affaires généré par le marché des antidépresseurs provient également de la mise sur le marché de nouveaux produits ou de modifications de conditionnements, pouvant influencer le volume des ventes. Par exemple, l'augmentation du montant de remboursement des antidépresseurs est liée à la mise sur le marché des ISRS, plus chers que les antidépresseurs tricycliques.

L'étude de la DREES sur l'évolution des ventes d'antidépresseurs entre 1980 et 2001, qui présente l'avantage de distinguer l'évolution des prix et celle des volumes, constate que le prix moyen d'une journée de traitement par psychotropes a augmenté d'environ 50% (de 0,43 euros en 1980 à 0,60 euros en 2001) sur l'horizon cité. Cette même étude souligne que l'on observe une corrélation entre l'écart important de prix constaté et l'ancienneté des médicaments utilisés. Par exemple, une journée de traitement par ISRS coûte en 2001 deux fois plus cher que par imipraminique.

b) Le coût élevé de la couverture des dépenses de santé

Ehrenberg, A. (1991, p.274) résume le système de santé français comme issu d'une combinaison d'une médecine libérale, avec paiement à l'acte, et d'une couverture sociale totale comprenant l'assurance publique et mutuelle. Cette spécificité du marché français pourrait influencer la consommation d'antidépresseurs.

(1) Le paiement à l'acte

En premier lieu, le paiement à l'acte induit une dépendance des revenus du médecin vis-à-vis des actes délivrés. Selon Ehrenberg, A. (1991, p.274) ce principe est donc inflationniste dans son essence. Les médecins vont en effet exercer une pression sur les patients afin de mener à une consommation plus élevée de médicaments.

Les patients ne vont pas chercher à opposer de résistance à cette pression du fait d'une spécificité du système français. En effet, contrairement aux systèmes nationaux de santé d'autres pays tels que le Royaume-Uni ou les Etats-Unis, la France associe la médecine libérale et l'assurance obligatoire. Les patients, largement couverts par un système de socialisation des dépenses, sont moins sensibles à un volume d'actes médicaux élevé.

(2) Les effets du remboursement sur la perception du prix d'achat

Comme en Belgique, en Allemagne ou aux Pays-Bas, la couverture médicale en France est assurée par l'assurance sociale. Afin d'être remboursable, un médicament doit être inscrit sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux. Alors que dans d'autres pays les remboursements sont faibles ou absents, les Français bénéficient ainsi d'un large accès à un système de soins où les psychotropes sont remboursés à 65% (Zarifian, E., p.48).

Le taux de remboursement, qui dépend de l'Augmentation du Service Médical Rendu (ASMR) et du type de pathologie traité, est proposé par la commission de transparence. Le prix des antidépresseurs remboursables, comme de tout médicament, est quant à lui fixé par

un arrêté conjoint des ministres chargés de l'économie de la santé et de la Sécurité Sociale (Juès, J-P., 1998, p.75).

Ainsi, ni le consommateur final ni le prescripteur ne financent l'intégralité de leurs dépenses en antidépresseurs. Le prix d'achat de ces médicaments est donc inférieur à leur coût réel, et le consommateur n'est pas incité à la recherche du prix le plus bas, conséquences qui ont incité les responsables de politiques publiques à envisager des solutions afin de remédier à cet effet pervers du remboursement.

Mougeot, M. (1999, p.171) confirme cette idée que le comportement des médecins, des patients et des pharmaciens est modifié du fait des incitations économiques qui leur sont donnés par le contexte institutionnel. Ainsi pour les patients privilégiés par une dépense socialisée, le prix des médicaments est une variable peu pertinente. Les médecins ne sont pas non plus vigilants quant aux prix des médicaments qu'ils prescrivent, le coût de la prescription ne modifiant pas leurs revenus. Quant aux pharmaciens, bien que des progrès aient été faits en matière de délivrance de médicaments génériques ces dernières années, le mode de calcul de leur marge est une réelle incitation à vendre les produits les plus chers, ou du moins à ne pas chercher à vendre ceux au prix le plus bas.

En ce qui concerne les consommateurs, Hellerstein, J. (1998, p.112) explique ce phénomène en se référant au concept de hasard moral défini par Pauly en 1968 : le fait que les patients puissent demander (et recevoir) trop de soins par rapport à l'optimal social du fait de l'existence d'une assurance (la sécurité sociale) implique en effet qu'ils ne supportent pas directement le coût marginal total du traitement dont ils bénéficient.

Selon Arrow (1963) puis Pauly (1968), même lorsque les patients sont entièrement adverses au risque, l'existence d'une telle assurance est susceptible de mener à la surconsommation du système de santé du fait que le coût marginal du traitement ne soit pas supporté par le patient.

Ces deux effets pourraient ainsi expliquer les dépenses de santé bien plus importantes de la France par rapport aux autres pays développés, en admettant comme l'affirme Mougeot, M. (1999, p.10) qu'elles ne sont en aucun cas justifiées par des différences significatives en termes d'état de santé de la population. Citant le rapport Béraud établi en 1992, ce que l'auteur désigne par un "gaspillage des ressources" s'élèverait à 20% des dépenses.

(3) Solutions proposées

Le prix élevé des médicaments combiné aux effets pervers du remboursement n'ont pas laissé indifférents les autorités étatiques et les professionnels, cherchant et instaurant des solutions à ce phénomène.

(a) Le ticket modérateur

L'Etat a cherché à lutter contre l'effet pervers du remboursement, en particulier à travers l'instauration d'un ticket modérateur représentant la part du prix du médicament remboursable non pris en charge par la Sécurité sociale, symbolisant le co-paiement. Mais compte-tenu du fait que près de 85% des Français sont couverts par une assurance maladie complémentaire qui prend en général en charge ce même ticket modérateur (Mougeot, 1999, p. 172), l'effectivité de cette mesure est à relativiser. Il a donc été nécessaire d'envisager d'autres solutions.

(b) La fixation d'un prix de référence ou forfait de prise en charge du médicament

Une autre proposition a été envisagée par Le Pape, A et al. (2000). S'inspirant des modèles néerlandais et allemands de politiques de remboursements forfaitaires par classe thérapeutique, l'étude envisagée teste la possibilité d'appliquer un tel système en France où le remboursement des médicaments est fondé sur leur prix de vente.

Deux scénarios sont alors présentés. Dans le premier, les assurances complémentaires ne rembourseraient pas au-delà du tarif de responsabilité fixé par l'Assurance maladie, ce qui conduirait les industriels à baisser les prix des médicaments au niveau de ce tarif, craignant le report de prescription vers des produits moins chers (cf Annexe 3).

Le second scénario, quant à lui, part du principe que les assurances complémentaires vont prendre en charge l'intégralité du différentiel entre prix et tarif de responsabilité. Les industriels ne vont donc pas modifier leurs prix, le coût de la prescription reste alors inchangé.

Si dans les deux situations l'Assurance maladie réalise des économies (estimées de 6 à 39% sur les antidépresseurs selon la méthode envisagée), le premier scénario présente l'avantage de remédier partiellement aux effets pervers du remboursement, la prescription s'orientant davantage vers des produits à coût moindre. Cela ne se vérifie pas dans le second

scénario. De plus, le montant restant à charge des ménages se fait au détriment des personnes ne bénéficiant pas de couverture complémentaire.

(c) Autres actions sur le niveau des prix : l'exemple des références médicales opposables

Une autre action des pouvoirs publics a été développée avec les références médicales opposables (RMO) visant à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. S'appliquant uniquement au secteur libéral, ce dispositif a été mis en place en octobre 1993, par les signataires de la Convention Nationale. Les premières références sont entrées en vigueur en mars 1994 ; la liste des références a été mise à jour deux fois, en 1995 et en 1997. A partir de thèmes médicaux retenus par les partenaires conventionnels, l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) et l'Agence du médicament pour les références pharmaceutiques, élaborent des recommandations de bonnes pratiques et des références médicales. Ces références, au nombre de 243, concernent l'ensemble de la pratique médicale : prescriptions pharmaceutiques, prescriptions de biologie et actes diagnostiques. 77 références concernent les seules prescriptions pharmaceutiques. Une des particularités du dispositif est son caractère opposable, le non respect de certaines règles pouvant entraîner des sanctions financières pour les prescripteurs.

Cette solution envisagée, il convient d'évaluer l'efficacité de cette mesure. Or dans un article de 1998, Cavalié (1998) conclue que l'effet des RMO sur la consommation de médicaments n'est pas durable.

2. L'effet-volume

Selon le rapport de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) de janvier 2004, la croissance des ventes en valeur est davantage imputable à l'augmentation des volumes qu'à celui des prix.

La France se distinguant des autres pays européens par une forte consommation d'antidépresseurs, il s'agit de voir si cette consommation est véritablement pertinente et justifiée sur le plan médical, en particulier si elle correspond à une véritable augmentation des cas de dépression en France ou si elle est davantage due à une surmédicalisation française.

a) L'augmentation du nombre de patients

L'augmentation du nombre de patients traités de dépression en France peut être imputée à un malaise social ou à une meilleure prise en charge des pathologies.

(1) Une France plus dépressive ?

Une explication simple à la consommation élevée d'antidépresseurs peut se trouver dans le nombre et l'évolution du nombre de Français dépressifs. Si l'on part du principe que l'on consomme plus d'antidépresseurs en France parce que les troubles psychiatriques y sont plus nombreux que dans les autres pays, le problème ne se situerait pas dans la consommation d'antidépresseurs mais en amont, au niveau de ce que d'aucuns ont nommé la "crise sociale française".

Les chiffres de la dépression varient selon les sources.

Selon Perez, A. (2007), 3 millions de personnes aujourd'hui en France sont atteintes de dépression, dont 300 000 de forme chronique.

L'enquête OMS, l'étude "Depression Research in European Society ", l'Enquête Santé et Protection sociale, l'étude santé des franciliens et l'étude de Savigny, réalisées en France entre 1987 et 1996-1997 parviennent selon le rapport de la DREES toutes à la même conclusion de la prévalence de la dépression au cours des vingt dernières années. Le pourcentage de sujets ayant eu au moins un épisode de dépression caractérisé au cours des 6 derniers mois aurait, selon les données du Credes, augmenté sur cette même période de 3,1% à 5.2%.

Selon la Haute Autorité de Santé, entre 7% et 15% des Français souffriraient aujourd'hui de dépression, alors que la maladie toucherait 100 millions de femmes, d'hommes et d'enfants dans le monde (Destination Santé, 2006).

En bref, comme le résume Ehrenberg, A. (1991, p.273), la consommation française de psychotropes est forte car "la souffrance psychologique est largement répandue".

(2) Une meilleure prise en charge des pathologies ?

La consommation actuelle élevée d'antidépresseurs ne peut toutefois pas être exclusivement attribuée à une meilleure prise en charge des pathologies. Pour Ehrenberg, A.

(1991, p.274) il est évident que "la rationalité médicale ne saurait justifier à elle seule un volume de consommation par tête allant jusqu'au triple de celui qu'on observe dans des pays comparables".

Roudinesco, E. (1999, p. 33) confirme que les antidépresseurs sont les psychotropes les plus prescrits, sans qu'on puisse affirmer que les états dépressifs soient en augmentation. La consommation élevée d'antidépresseurs provient donc davantage du fait que les souffrances psychiques sont trop souvent assimilées à une dépression.

b) Les incitations à l'augmentation du volume des ventes

D'aucuns soulignent qu'il faut prendre en compte des facteurs pouvant influencer le volume des ventes des antidépresseurs (Rapport de l'OPEPS, juin 2006, p.124). Ainsi, la hausse des ventes des hypnotiques au début des années 90 serait au moins partiellement liée à la mise sur le marché de nouveaux conditionnements comprenant moins de comprimés (boîte de sept au lieu de vingt). Cet argument semble toutefois peu pertinent pour justifier l'état des lieux de la consommation française de psychotropes.

En France, les représentations et la surmédicalisation sociales, la présence d'une industrie pharmaceutique encourageant la prescription, une prescription excessive, des pressions s'exerçant sur le consommateur et le déficit des soins en psychothérapie permettent de mieux comprendre pourquoi la situation française est qualifiée de surconsommation.

(1) Représentations et surmédicalisation sociales

Selon Zarifian, E. (1996), les représentations sociales particulières à la France mèneraient à une consommation excessive de médicaments, et de psychotropes en particulier.

Tout d'abord, selon ce professeur de psychiatrie et de psychologie médicale à qui il fut demandé par le ministère de la santé un rapport remis en 1996, la France perçoit la nécessité d'avoir une industrie pharmaceutique forte et compétitive. De plus, le médicament en France est considéré comme une substance noble qui sauve et garantie la santé des Français, et le droit à la santé gratuite pour tous comme un droit imprescriptible.

Le malade français semble ainsi attacher beaucoup d'importance à ce que lui soient prescrits des médicaments. Pour Ehrenberg, A. (1991, p.274), il permet de conférer au patient

un statut de "vrai malade", alors que d'autres traitements ne reflètent pas à ses yeux cet état pathologique.

(2) L'industrie pharmaceutique encourageant la prescription

Zarifian, E. (1996, p.32) note que les groupes d'influence véhiculent et entretiennent bien souvent des idées fausses visant à augmenter la prescription d'antidépresseurs par les médecins. En les persuadant que la dépression est une véritable maladie dont on ne guérit que grâce à la prise d'antidépresseurs et que l'essentiel des suicides actuels provient de l'absence de traitement de victimes de la dépression, ces groupes d'influence entraînent une banalisation de la prescription par le corps médical inquiet et parfois mal informé sur ces molécules souvent récentes.

Les études sur le rendement des investissements marketing aboutissent souvent à des résultats contradictoires. Un rapport d'une table ronde organisée le 25 septembre 2003 par l'Association des Marketing Managers est particulièrement sceptique et, se référant à une étude de Scott Levin, indique que la rentabilité de chaque dollar investi dans la promotion pharmaceutique aurait baissé de 45% sur la période 1998-2001. Il ajoute que les médecins considèrent de plus en plus les messages véhiculés par la visite médicale et l'industrie pharmaceutique comme peu crédibles, dû principalement à un manque de ciblage de certaines opérations marketing.

Il semble toutefois que les médecins subissent l'influence des divers efforts des industries pharmaceutiques qui nuisent à la lisibilité du prix en réduisant les risques possibles et conduisent à une banalisation de la prescription d'antidépresseurs.

(3) L'excès de prescription

Le prescripteur d'antidépresseurs est le docteur en médecine qui va rédiger une ordonnance pour un médicament ne pouvant être délivré autrement par le pharmacien en officine. Concrètement, il va s'agir d'un médecin généraliste, d'un psychiatre ou d'un neuropsychiatre.

Or la prescription des médecins est souvent considérée comme excessive, ces derniers, souvent des généralistes, ne subissant pas le coût d'achat de l'antidépresseur et étant en partie dépendants des industries pharmaceutiques.

(a) Un coût d'achat des antidépresseurs non supporté

Comme les consommateurs, le système de remboursement français permet aux prescripteurs d'antidépresseurs de ne pas supporter le coût des molécules qu'ils prescrivent. Ils ne sont ainsi pas de ce point de vue vigilants, quantitativement ou qualitativement.

Kolassa (1995) affirme qu'en conséquence, on observe que les prescripteurs ont une connaissance très limitée du prix des médicaments qu'ils prescrivent.

Comme l'ajoute Hellerstein (1998, p.111), le fait que les médecins ne connaissent pas le coût des médicaments qu'ils prescrivent permet d'affirmer qu'ils ne peuvent être entièrement sensibles aux prix de ces médicaments. Citant l'exemple des génériques, l'auteur estime que les médecins ne peuvent donc réaliser l'économie de coûts que ces molécules représentent.

(b) Le problème d'indépendance vis-à-vis des industries pharmaceutiques

La prescription est également excessive du fait du problème d'indépendance vis-à-vis d'industries pharmaceutiques présentant une offre de produits importante.

En effet, selon le rapport de la mission d'information de la commission des affaires sociales de juin 2006, la formation des professionnels libéraux est financée à 98% par les industries pharmaceutiques. Les liens financiers existant entre les médecins et professeurs en médecine et les industriels sont également évoqués par Washburn, J. (2006).

Le rapport de l'OPEPS (2006, p.23), évoquant les risques de dépendance et de sevrage, indique que face à de tels symptômes, le manque global d'information d'une partie des médecins non spécialistes présente le risque de conduire à l'installation de traitement chroniques, et donc d'une consommation excessive d'antidépresseurs.

Par ailleurs, les laboratoires pharmaceutiques représentent aujourd'hui 80% du budget de l'Afssaps (Perez, 2006). Or les responsabilités de cette agence en matière de délivrance des autorisations de mise sur le marché laissent à penser que le manque d'indépendance de l'Afssaps peut conduire à autoriser la mise sur le marché de certains médicaments ne présentant pas particulièrement d'amélioration du service rendu à un prix trop élevé.

(c) L'importante prescription des généralistes

Toutes les observations soulignent la particularité d'une prescription qui est plus souvent le fait de médecins généralistes que de spécialistes.

Selon Zarifian, E. (1996, p.47) les spécialistes (psychiatres et neuropsychiatres) représentent 25 à 30% des prescripteurs d'antidépresseurs, alors que les généralistes sont responsables de 70 à 75% de la prescription de ces médicaments. De plus, les généralistes adressent en moyenne cette thérapeutique à 20% environ de leur clientèle (Hemminki, 1988; Zarifian, 1996).

Le rapport de l'OPEPS de 2006 indique à ce sujet que les généralistes, lors de leurs consultations, sont régulièrement amenés à répondre aux troubles de leurs patients liés aux événements de la vie quotidienne, aux problèmes familiaux, professionnels, etc. en même temps qu'ils traitent de vraies pathologies et légers troubles. Ces pathologies peuvent donc être mises au même plan.

Par ailleurs, pour Le Moigne, P. (2002), c'est de manière paradoxale "la prévention contre l'usage du médicament qui bâtit sa diffusion dans le corps social". En effet, les effets secondaires ou la menace de dépendance attribués aux antidépresseurs agissent comme une contrainte "naturelle" au renouvellement des consommations. Il s'agit là d'une attitude partagée aussi bien par le patient que par le généraliste (Cohen, Karsenty, 1997; Haxaire, 2002). Dans la mesure où l'un et l'autre s'entendent le plus souvent pour limiter la durée de l'usage, il est rare que la consommation soulève un problème de légitimité, morale ou sanitaire. Le respect de cette règle autorise à prescrire en probabilité tout client qui en ferait la demande, d'où la diffusion massive des produits.

Ainsi, l'on observe que les médecins prescrivent souvent des antidépresseurs à des personnes simplement tristes et désabusées, victimes de troubles du sommeil (Zarifian, E., 1994, p.32). Ce type de prescription est incontestablement excessif.

(4) Les pressions s'exerçant sur le consommateur

De multiples pressions s'exercent sur le consommateur pour l'inciter à acheter des antidépresseurs, en particulier par l'intermédiaire du marketing direct et de l'existence de nouvelles possibilités d'achat.

(a) Des consommateurs sujets au marketing direct

La publicité commerciale a été définie par un arrêt de la Cour de Cassation du 13 janvier 1971 comme "toute information dans la presse grand public de nature à inciter à acheter un produit nommément désigné dont le journal vante l'efficacité alors qu'il est remboursé par la Sécurité sociale" (Zarifian, E., 1996, p. 42).

En France, la publicité à destination du grand public pour les médicaments soumis à prescription obligatoire et/ou remboursables est autorisée sous condition de l'obtention d'un visa administratif délivré par l'Afssaps. Pour les autres médicaments la publicité est réservée aux professionnels et fait l'objet d'un contrôle a posteriori par l'Afssaps après avis de la Commission publicité.

L'article L 551 du Code de la santé publique réglemente la publicité pour les médicaments : celle-ci ne doit pas être trompeuse, ni porter atteinte à la protection de la santé publique. Elle doit présenter le médicament ou produit de façon objective et favoriser son bon usage. Elle doit respecter les dispositions de mise sur le marché.

Si elle est interdite pour les médicaments soumis à prescription obligatoire et/ou remboursables, le marketing direct, qui s'appuie sur des messages transmis directement aux clients ou prospects (en anglais DTC, Direct-to-consumer advertising) connaît un essor important en France pour certains des médicaments restants.

Wechsler, J. (2004), attire l'attention sur les problèmes liés au marketing direct. Du fait de l'absence de préoccupations éthiques de certaines industries pharmaceutiques, le développement du marketing direct serait susceptible d'entraîner la surmédicalisation de la société. Une étude de Rosenthal et al. de 2003 citée par Donohue, J. M. et Berndt, E. R. (2004) indique que 12% de l'augmentation de la prescription de médicaments entre 1999 et 2000 peut être imputée à l'utilisation du marketing direct.

Néanmoins, ces mêmes auteurs affirment que les effets du marketing direct sur la prescription d'antidépresseurs sont à l'heure actuelle mal ou méconnus.

(b) De nouvelles possibilités d'achat

Dans un article, Blanchard S. (2007), se référant aux déclarations du directeur général de l'Afssaps Jean Marimbert, évoque la récente tendance à la vente de médicaments sur

Internet, dont les antidépresseurs font partie. Ces pratiques inquiètent grandement l'Afssaps qui souligne les risques d'acheter un médicament faux ou inadapté, pouvant entraîner des effets secondaires, ainsi que le risque d'une mauvaise utilisation du médicament par le consommateur.

Ce phénomène d'automédication contribue sans aucun doute à la mauvaise et excessive consommation d'antidépresseurs en France.

(5) Le déficit de soins en psychothérapie

Les antidépresseurs sont souvent perçus comme l'unique solution à la dépression. Or il existe incontestablement d'autres alternatives de traitement de cette maladie disponibles en France.

Si l'on en croit Michel Hamon, spécialiste de ces pathologies à l'hôpital de la Pitié-Salpétrière à Paris, traiter des problèmes de société par des médicaments est d'ailleurs "absurde" (*Le Monde*, 13 février 2007).

Par ailleurs, le rapport sur les médicaments de 1989 cité dans *Le Monde* le 14 novembre de la même année déclare que "la prescription massive de tranquillisants est une solution inadaptée aux problèmes de l'anxiété et des difficultés à vivre qui associent de multiples contraintes à un affaiblissement des rapports affectifs et de la solidarité "non financière" entre individus. Accepter cette dépendance serait admettre que le traitement d'une maladie de société consiste à prendre un produit qui pourrait aider à la supporter" (Ehrenberg, A., 1999, p.257).

L'aide psychologique est même pour certains considérée comme préférable à l'usage des médicaments. Pignarre, P. (1999, p.103) mentionne à cet effet une étude britannique publiée en 1996 par le *British Medical Journal* ayant interrogé plus de 2 000 personnes. 91% d'entre eux considéraient que les déprimés devaient suivre du "counselling", c'est-à-dire une aide psychologique, alors que 16% seulement de l'opinion publique considérait qu'on devrait proposer des antidépresseurs aux patients déprimés.

Toutefois, Roudinesco, E. (1999) constate tout au long de son ouvrage que la France a été et est toujours très hostile à la psychanalyse, qui souffre de discrédit et de régulières attaques, jugée comme une "pseudo-science".

Intérêts respectifs des patients, médecins et industriels, système de soins français en matière de remboursement ou encore faibles recours à la psychologie, nombreux sont donc les facteurs incitant à une surconsommation des antidépresseurs, consommation excessive vérifiée par les statistiques comparant notamment les dépenses de la France et des autres pays européens. Tirer la sonnette d'alarme sur cette question semble ainsi d'ores et déjà davantage compréhensible.

II. Faut-il limiter les dépenses en antidépresseurs?

Le raisonnement suivi a permis de vérifier qu'il y avait bien surconsommation des antidépresseurs en France.

Selon certaines théories conventionnelles, cet excès de consommation française proviendrait des imperfections de marché observées. Ces défaillances de marché justifieraient un encadrement de la consommation d'antidépresseurs, bien que la réglementation soit parfois délicate.

Une autre approche envisage les effets de cet excès de consommation sur la productivité. Plus original mais non moins cohérent, cet argument de la baisse de productivité engendrée par la consommation abusive au niveau individuel et global des antidépresseurs implique également la prise en compte de la nécessité d'un contrôle de la consommation antidépresseurs. Ces justifications à la réglementation et les formes de réglementation proposées connaissent néanmoins leurs limites.

A. Les arguments conventionnels de réglementation des marchés

Les thèses néoclassiques traditionnelles, se fondant sur l'hypothèse de concurrence pure et parfaite, préconisent une intervention étatique lorsque cette même hypothèse est violée. Les défaillances de marché nécessitent donc une réglementation du secteur afin de s'approcher au mieux de l'optimum théorique assurant le bien-être économique.

1. Les défaillances de marché observées dans le secteur pharmaceutique

L'analyse de l'équilibre général et de l'efficience proposée par les néoclassiques démontre la propriété du marché à satisfaire l'intérêt général, défini par l'optimum économique de Pareto. Lorsque cet optimum est atteint, le bien-être d'un individu ne peut plus augmenter sans diminuer le bien-être d'un autre individu. Or les résultats de cette économie du bien-être ne peuvent être obtenus que lorsque les marchés sont parfaitement concurrentiels, c'est-à-dire lorsque les hypothèses d'atomicité des agents, d'homogénéité des

produits, de libre entrée et sortie, et enfin d'information circulant parfaitement et librement sont respectées (Lévêque, F. 2004, p.7). Si l'une de ces hypothèses n'est pas vérifiée, des défaillances de marché apparaissent. Selon Pindyck, R. et al. (2003, p.689), ces défaillances se manifestent principalement par le pouvoir de marché, l'information imparfaite, les externalités et les biens publics. Le caractère oligopolistique du marché et les asymétries d'information qui y sont observées permettent d'affirmer que le marché des antidépresseurs est un marché défaillant au sens de l'économie néoclassique.

a) Le caractère oligopolistique du marché

La nécessité d'une régulation du marché des antidépresseurs s'explique traditionnellement par les thèses néoclassiques de distorsions au schéma traditionnel de concurrence pure et parfaite, et particulièrement par la nature oligopolistique, voire monopolistique de l'offre.

Un marché oligopolistique est ainsi un marché sur lequel un petit nombre d'entreprises fournissent la plus grande part ou la totalité de la production (Pindyck, R. et al. 2003, p.500). Les entreprises peuvent réaliser des profits importants sur le long terme sur un tel marché grâce à l'existence de barrières qui empêchent l'entrée d'autres entreprises sur le marché.

Ces barrières à l'entrée, dans le secteur de l'industrie pharmaceutique, proviennent notamment des efforts d'investissements colossaux et sur le long terme requis par le secteur en recherche et développement (Juès, J.P., 1998, p.3). Comme le souligne Mougeot, M. (1999, p.170.), les laboratoires pharmaceutiques, composantes de l'industrie, bénéficient régulièrement de rente de monopoles lorsqu'ils disposent d'un produit innovant. Détenir un brevet facilite également l'exclusion d'un concurrent potentiel. Ajoutés à cela les plans gouvernementaux de réduction drastique des dépenses santé, la constitution de groupes de dimension planétaire était inévitable (Juès, J.-P., 1998). Depuis le début des années 1990, on assiste ainsi à une succession de concentrations spectaculaires.

Aujourd'hui, Medawar, C. (2005) parle de la domination de l'industrie pharmaceutique et du commerce international des médicaments en général par une "poignée de géants" dont la capacité d'innovation détermine à la fois l'existence et le maintien sur le marché. Concrètement, ces puissants laboratoires commercialisant leurs produits partout dans le monde sont principalement basés aux Etats-Unis, les plus rentables étant Merck, Eli Lilly ou encore Pfizer. En France, le numéro deux français de la pharmacie, le laboratoire Servier,

déclare par exemple consacrer un quart à la recherche et au développement de nouvelles molécules (Collen, V., 2007) et espère de son futur produit, l'antidépresseur Valdoxan, un chiffre d'affaires annuel de 1,5 milliards de dollars.

Dès lors, l'hypothèse d'atomicité sur laquelle repose la théorie de la concurrence pure et parfaite n'est absolument pas validée. Alors que sur un marché parfaitement concurrentiel, les prix sont donnés, sur un marché en concurrence oligopolistique chaque entreprise doit prendre en compte les interactions stratégiques liées aux comportements de ses concurrents pour fixer son prix ou sa quantité produite (Pindyck, R. et al. 2003, p.501).

Si le constat actuel confirme incontestablement l'hypothèse d'un oligopole constitué des grands laboratoires pharmaceutiques, Medawar, C. (2005) évoque toutefois la "crise de gigantisme" de l'industrie qui peine de plus en plus à mettre sur le marché des médicaments nouveaux et utiles. Dans un de ses articles, *Viva*, un magazine mensuel principalement diffusé auprès d'adhérents à des mutuelles de santé, décrit la panne d'innovation dont semble souffrir l'industrie pharmaceutique en citant deux sources, le palmarès des nouveaux médicaments publié chaque année par la revue indépendant Prescrire, destinée aux professionnels de la santé, et les données de la Food and Drug Administration (FDA), le bureau américain de contrôle des produits pharmaceutiques et alimentaires. Selon le rédacteur en chef de la revue *Prescrire*, sur les 225 nouvelles spécialités du marché français testées, seules 6 apportent un progrès thérapeutique en 2004. Quant à la FDA, elle n'a accordé le statut de "progrès médical significatif" qu'à 153 nouveaux médicaments sur les 1 035 autorisés ces dix dernières années.

Ainsi, ces grands groupes dépendant de leur capacité d'innovation seraient voués à la disparition. Une intervention de l'Etat ne serait donc pas nécessaire pour rendre le secteur concurrentiel.

Toutefois, il est impossible d'affirmer quand ladite disparition de ces géants pharmaceutiques aura lieu. Depuis quelques années, ils ont d'ailleurs redoublé d'efforts permettant leur maintien sur le marché, multipliant les dépenses marketing, dissimulant l'information sur l'efficacité ou la dangerosité des nouveaux produits lancés, lançant des blockbusters (médicament au chiffre d'affaires annuel mondial supérieur à 1 milliard de dollars, aussi appelés "méga-médicaments"), ou lançant des produits imitateurs en apparence différenciés mais ne procurant pas une réelle avancée thérapeutique.

Aux vues des risques que présentent ces pratiques pour le consommateur final et pour l'Etat contraint de rembourser des médicaments surévalués, une réglementation du secteur peut donc s'avérer nécessaire. Des interventions s'observent d'ailleurs déjà à l'heure actuelle, essentiellement au niveau européen afin de rendre le marché plus concurrentiel. Preuve en est

l'investigation lancée par la Commission Européenne en octobre 2005 lorsqu'elle suspectait plusieurs laboratoires d'Italie, du Danemark et de Hongrie de former un cartel sur le marché des antidépresseurs.

b) Les asymétries d'information

Un marché ne fonctionne pas de manière efficiente lorsque les consommateurs n'ont pas accès à toute l'information sur les prix du marché ou sur la qualité des produits (Pindyck, R et al. 2003, p.689). De telles asymétries d'information observées proviennent des producteurs, incités à offrir plus de certains produits et moins d'autres, des prescripteurs à prescrire certains antidépresseurs plutôt que certains autres, à certains types de patients et pour une certaine durée, et enfin des consommateurs, influençant cette prescription.

Cette situation est très délicate compte-tenu des désaccords existant sur les antidépresseurs. Pignarre, P. (1999, p.136), dressant un tableau résumant ce qu'il nomme "la guerre contre tous", affirme que les experts préconisent d'administrer des doses fortes sur une période assez longue tout en affirmant qu'il n'existe pas de risque de dépendance, alors que les prescriptions effectuées par les médecins sont de doses faibles sur des périodes courtes, et que les consommateurs éprouvent une crainte des effets secondaires et une peur du risque de toxicomanie. Etudions les différents acteurs du marché des antidépresseurs et le pouvoir qu'ils détiennent.

(1) La puissance de l'industrie

Selon Zarifian, E. (1996, p. 24), le devoir de l'industrie pharmaceutique est un devoir d'information thérapeutique fournissant au médecin un libre accès à l'information relative aux caractéristiques mêmes du produit et de son utilisation. Or du fait des objectifs de rentabilité de l'industrie pharmaceutique, cette information thérapeutique se traduit bien souvent par une action promotionnelle (visites médicales, colloques, congrès, encarts publiés dans les revues médicales, bandeaux en bas de page, envoi postal de documents …). Mais les buts poursuivis par une campagne d'information et une action promotionnelle peuvent parfois diverger, conduisant à des asymétries d'information entre industriels et prescripteurs.

(2) Le rôle central du prescripteur

Le rôle du prescripteur dans le bon fonctionnement du marché des antidépresseurs est déterminant. En effet, c'est lui qui assure une adéquation entre l'offre d'antidépresseurs proposée par les industries pharmaceutiques et la demande d'antidépresseurs des consommateurs finaux, ses patients (en partant de l'hypothèse que les besoins de ces derniers sont d'être guéris de leurs symptômes dépressifs). Prenant l'exemple des médicaments génériques, Hellerstein, J. (1998) met ainsi en évidence la marge de manœuvre des médecins lorsqu'ils déterminent le type de médicaments qui sera consommé par leurs patients. Pignarre, P. (1999, p.107) attire également l'attention sur le pouvoir détenu par le thérapeute, qu'il explique en considérant que les psychotropes constituent la seule famille de médicaments où "le désaccord du patient sur la prescription peut être considéré comme faisant partie de sa pathologie".

Dès lors, une mauvaise adéquation entre l'offre et la demande, et en particulier la surconsommation d'antidépresseurs, proviendra en grande partie du médecin responsable de la prescription de ce médicament.

Des distorsions dans l'information véhiculée sur les antidépresseurs aux médecins et par ces derniers conduisent à des pratiques de prescription souvent inadaptées en France. Ainsi, l'on observe que les médecins prescripteurs bénéficient d'une formation souvent jugée insuffisante, que les durées de prescription ne sont pas respectées ou que les prescriptions ne sont pas adaptées aux troubles. Il existe donc une inadéquation entre les besoins du consommateur final et les biens dont il dispose.

(a) Des médecins jugés insuffisamment formés

Selon le rapport de l'OPEPS précité, les médecins suivent une formation insuffisante et incomplète. Le nombre d'heures de formation initiale consacrées à la prescription des médicaments en France serait en effet de 5 à 6 fois inférieur à ce qu'il est dans les pays de l'Europe du Nord. Un rapport de 2005 de la Cour des Comptes sur les comptes de la Sécurité Sociale indique également que bien que la formation médicale continue soit obligatoire depuis la loi du 4 mars 2002, elle ne concerne que 9% des professionnels libéraux et reste massivement financée par l'industrie pharmaceutique, ce qui conduit aux problèmes d'asymétries d'information déjà évoqués.

(b) Des durées de prescription non respectées

Le rapport de l'Afssaps d'avril 2005 indique que le traitement comporte deux phases : une phase aiguë dont l'objectif est la rémission des symptômes, et une phase de consolidation, dont l'objectif est de prévenir les rechutes. La première phase dure en moyenne 2 mois, la seconde 4 à 12 mois en fonction des symptômes. Le traitement d'un épisode dépressif a donc une durée totale de 6 mois à un an.

Or l'on constate que pour de nombreux patients, les prescriptions d'antidépresseurs sont inférieures à un mois pour au moins une personne sur quatre suivant un traitement. Pour d'autres, on observe un fréquent dépassement des limites de durée de prescription. Bref, les recommandations de l'Afssaps sur le bon usage des antidépresseurs au cours des troubles dépressifs chez l'adulte sont rarement respectées par le prescripteur. Le consommateur ne connaissant pas ces recommandations, il est là encore victime de la mauvaise circulation de l'information du fait de l'existence du prescripteur comme intermédiaire.

(c) Des prescriptions inadaptées aux troubles

Le rapport de l'OPEPS souligne encore les défauts du marché des antidépresseurs car "la moitié des personnes consommant des antidépresseurs ne présentent pas de troubles psychiatriques relevant d'une telle indication", alors que "moins d'une personne sur trois souffrante de dépression bénéficie d'un traitement approprié".

Ce défaut d'adéquation entre l'offre et le besoin réel (la guérison de la dépression) semble donc provenir des prescripteurs d'antidépresseurs qui, le plus souvent à leur insu, déforment l'information ou utilisent une information déjà déformée pour établir une prescription. Mais ce manque d'adaptation des prescriptions aux troubles peut également être le fruit d'une rétention ou d'un oubli d'information de la part des patients-consommateurs.

(3) L'influence exercée par le consommateur

Le consommateur exerce lui aussi une influence considérable sur le prescripteur. Coscelli, A. (2000, p.367) met ainsi en évidence le fait qu'il existe une forte dépendance des patients vis-à-vis d'un certain type de médicaments ou d'une certaine marque. Cette dépendance est d'autant plus forte que le délai entre deux achats d'un médicament est court et que le patient a suivi un traitement à base de ce médicament depuis longtemps.

Pignarre P. (1999), quant à lui, souligne que le consommateur est un témoin auquel le médecin peut difficilement se fier. Alors qu'en médecine il est d'usage de pratiquer la "déliaison" entre pathologie et patient grâce à la biologie, Pignarre suggère que cela est impossible dans des domaines tels que la psychiatrie, conférant au patient une importance considérable.

Du fait de l'existence d'un intermédiaire entre le consommateur final (le patient) et le producteur (l'industrie pharmaceutique) en la personne du médecin, l'information véhiculée sur le marché des antidépresseurs ne peut donc être parfaite, ce qui conduit à une distorsion entre l'offre et la demande réelle d'antidépresseurs.

Déjà en 1963, l'économiste Arrow avait formalisé ce constat d'information imparfaite en démontrant en quoi les médicaments constituaient des biens particuliers, insistant en particulier sur le risque véhiculé par la consommation de tels médicaments.

Pour Arrow (1963), ces échecs de marché entraînent habituellement l'intervention du gouvernement, même si dans certains cas, d'autres institutions sociales vont s'immiscer dans le "fossé d'optimalité créé". L'industrie médicale, c'est-à-dire l'ensemble des services centrés sur le thérapeute, les pratiques privées et de groupes, les hôpitaux et la santé publique, remplit selon lui cette fonction.

2. L'économie de la réglementation au service de l'économie du bien-être

Selon les théories néoclassiques traditionnelles, une intervention de l'Etat est envisageable lorsque la poursuite des intérêts privés des consommateurs et des producteurs n'aboutit pas à la satisfaction de l'intérêt général. Pigou (1932) est en général considéré comme fondateur de l'économie publique, la plus ancienne des écoles de la réglementation. Adhérer à ces théories revient donc à recommander la réglementation du marché des antidépresseurs.

Réglementer en vue de corriger les défaillances de marché envisagées peut cependant ne pas être la solution optimale, comme le souligne en particulier l'école de la nouvelle économie publique de la réglementation, mentionnée par Lévêque, F. (2004, p.15).

Il peut être intéressant de relever l'argument d'Hellerstein (1998, p.112) qui affirme que même si le médecin bénéficiait d'une information parfaite, l'existence d'un hasard moral

pouvait conduire à ce que le patient ne requiert pas le niveau correspondant à l'optimum social de traitement de médicaments, en recevant au contraire trop en quantité, et à un prix trop élevé. La réglementation des asymétries d'information serait donc inefficace tant que les problèmes de hasard moral ne seraient pas maîtrisés. Il faudrait donc en priorité changer le système de santé, en particulier le système de remboursement.

Si l'on considère à présent les arguments présentés par Lévêque, il peut exister des asymétries d'information entre le réglementeur et le réglementé, l'entreprise réglementée détenant des informations nécessaires au réglementeur qu'il ne serait pas avantageux pour elle de diffuser. Ainsi, l'industrie pharmaceutique peut être conduite à dissimuler les études relatives aux risques des produits qu'elle met en circulation. Cette attitude est d'ailleurs observée dans la pratique, comme il a été vu dans la partie précédente.

Par ailleurs, l'autorité de réglementation peut ne pas être entièrement désintéressée dans sa tâche et agir de manière opportuniste afin de servir ses propres intérêts. Ici encore, ce type de critique peut être appliqué au marché des antidépresseurs. En effet, il paraît raisonnable d'envisager la réticence de certains gouvernements à réglementer davantage une industrie pharmaceutique en France si elle s'avère compétitive et innovante.

Lévêque, F. (2004), en évoquant les limites des thèses traditionnelles justifiant l'intervention de l'Etat, suggère également certains moyens pour remédier à ces défauts de réglementation qui ne seront pas abordées dans cette étude afin de privilégier l'examen d'une autre justification à la réglementation des antidépresseurs.

B. La baisse de productivité engendrée par les antidépresseurs

Les thèses néoclassiques fournissent certes une justification pertinente au besoin de réglementation des antidépresseurs, mais un autre argument semble à considérer dans ce débat : la baisse de productivité engendrée par la consommation française excessive d'antidépresseurs. S'il apparaît comme moins intuitif, il n'en est pas moins original et tout autant pertinent. En effet, la validation de cette hypothèse d'effet négatif sur la productivité engendrée permettrait de justifier l'application d'un modèle de contrôle optimal proposé par Levy, A. et al (2006) concluant en la nécessité d'une intervention de l'Etat pour réglementer ledit marché.

1. Une hypothèse a priori contre-intuitive

Postuler que la consommation française d'antidépresseurs est synonyme de baisse de la productivité de l'économie peut être considérée comme une hérésie par d'aucuns, économistes comme docteurs en médecine. En effet, l'intuition, voire la raison, tenteraient de dire que les antidépresseurs, en guérissant leurs consommateurs des maladies dont ils souffrent, les rend plus productifs.

Selon les recommandations de l'Afssaps (2006, p.1), la prescription des antidépresseurs étant justifiée comme traitement des troubles anxieux et dépressifs, ces médicaments permettraient ainsi de remédier aux symptômes constituant l'échelle d'évaluation de l'état dépressif d'Hamilton, M. (1960, p.2). Concernant plus particulièrement les travailleurs, ces symptômes nuisant à leur productivité seraient la baisse de motivation, les troubles de l'humeur et du sommeil, l'agitation ou le ralentissement psychomoteur, la fatigue ou la perte d'énergie, qui peuvent conduire jusqu'à une hospitalisation du patient, et donc des arrêts maladies.

Birnbaum, H.G. et al. (1999) distinguent ainsi les coûts directs de la dépression (l'hospitalisation, le traitement, les visites chez le médecin et la prescription de médicaments) des coûts indirects liés aux conséquences de la maladie sur le comportement du malade sur son lieu de travail (les arrêts maladie, le manque de productivité au travail et les dépenses de l'employeur en recrutement et formation de nouveaux employés lorsque ceux-ci ne travaillent pas ou plus).

Cette idée est confortée par Berndt E.R. et al. (1998), utilisant des données cliniques, qui affirment que des individus victimes de dépression chronique présentent les caractéristiques d'une performance professionnelle perçue négativement corrélée à la gravité de leur dépression, et qu'une réduction de la sévérité de la dépression permettait une augmentation de la productivité individuelle professionnelle perçue. La taille de l'échantillon sur lequel ces auteurs ont travaillé n'est malheureusement pas connue.

De nombreux chercheurs ont tenté de mesurer ces coûts indirects. Kessler Ronald C et al. (1999), par exemple, ont analysé deux études conduites aux Etats-Unis, la National Comorbidity Survey conduite en 1990-1992 et la Midlife Development in the United States Survey conduite en 1996, utilisant des échantillons de respectivement 8 098 personnes de 15 à 54 ans et de 3 032 personnes âgées de 25 à 74 ans. Leur objectif était d'évaluer l'incapacité de court terme liée à une dépression grave de 30 jours sur le lieu de travail. Ils en ont conclu que

les travailleurs victimes de dépression connaissaient entre 1.5 et 3.2 jours d'arrêts de travail de plus que les autres travailleurs, avec une perte de productivité en termes de salaires allant de 182 à 395 dollars.

Ainsi, sous réserve d'une prescription et donc a fortiori d'une consommation adaptée tant quantitativement que qualitativement, les antidépresseurs permettraient de remédier aux risques inhérents aux états dépressifs non traités évoqués, dont les troubles du fonctionnement socio-professionnel (Corruble, E. et Guelfi, D., 1995).

2. La vérification de l'hypothèse de la baisse de la productivité

Mais si la logique voudrait nous laisser croire que les psychotropes entraînent une modification positive du comportement et permettent donc d'augmenter la productivité du travailleur, de nombreuses justifications nous permettent d'émettre l'hypothèse inverse.

En premier lieu, l'absence d'influence des psychotropes sur le comportement et l'efficacité d'un travailleur est inconcevable de par la définition même d'un psychotrope proposée par Jean Delay en 1957 comme "substance qui modifie les sensations, l'humeur, la conscience et d'autres fonctions psychologiques et comportementales".

Deux techniques de calcul des pertes de productivité sont proposées par la littérature (Kopp P., 2001, p.19). La première dite "human capital" évalue les pertes de productivité engendrées par la morbidité durant l'année considérée et la mortalité durant les années suivantes d'une personne considérée. La deuxième estime le montant monétaire que le consommateur de drogues et son entourage sont prêts à payer pour ne pas subir les conséquences en termes de maladies ou de décès.

De nombreux arguments confirment l'hypothèse de la baisse de la productivité : l'efficacité des antidépresseurs est souvent mise en doute, ces produits sont de plus en plus perçus comme dangereux et les antidépresseurs seraient liés à des arrêts de travail ainsi qu'à des fautes et accidents hors et sur le lieu de travail. Affirmer que ces arguments ne compensent en aucun cas les bienfaits des antidépresseurs lorsqu'ils permettent de lutter contre la dépression n'est pas recevable dans le cas présent étudié du fait de la spécificité de la consommation française d'antidépresseurs.

La population française peut, au regard de cette question, être décomposée en quatre

groupes. Le premier rassemblerait les personnes non dépressives et non traitées, le second les personnes atteintes de dépression bénéficiant d'un traitement qualitativement et quantitativement adapté. Les troisième et quatrième groupes comprendraient les personnes victimes de la "mauvaise consommation française", respectivement celles atteintes mais non traitées et celles non atteintes mais traitées par antidépresseurs.

a) Les Français non atteints de la dépression, non consommateurs d'antidépresseurs

Ces personnes ne sont certes pas directement et individuellement concernées par la consommation d'antidépresseurs, mais elles sont susceptibles d'être victimes de la contagion de l'état dépressif de la France. Ce phénomène est régulièrement étudié par des professeurs de psychologie dont notamment Joiner, TE (1994) et Katz, J. (1999) analysant respectivement 36 études et un échantillon de 96 paires d'individus.

Dès lors, ces personnes seraient progressivement touchées par la dépression ou par quelques uns de ces symptômes, ce qui va entraîner une baisse individuelle puis globale de la productivité. Néanmoins, il convient d'être prudent quant à l'utilisation de cet argument, le phénomène de contagion de l'état dépressif n'étant pas unanimement reconnu par les spécialistes.

b) Les Français atteints de la dépression suivant un traitement à base d'antidépresseurs

Le second groupe comprend les personnes atteintes de dépression bénéficiant d'un traitement qualitativement et quantitativement adapté. A ce stade du raisonnement, il peut paraître envisageable de réfuter entièrement les arguments proposés en affirmant que les effets négatifs étudiés (la baisse de productivité) ne font que diminuer l'effet positif global de la consommation d'antidépresseurs. Une telle critique n'est pas recevable, le solde des effets positifs et négatifs des antidépresseurs étant très délicat à mesurer et ne conduisant en tout cas absolument pas à la conclusion que les effets bénéfiques surpassent les risques liés à la consommation d'antidépresseurs.

Certes les malades sont selon de nombreux spécialistes susceptibles de bénéficier des effets bénéfiques du traitement des antidépresseurs mentionnés précédemment surpassant les

coûts provenant du traitement de la dépression. Birnbaum H.G. et al. (2000), après avoir mené une étude sur 1 260 employés comportant au moins un symptôme de dépression grave listé dans la classification internationale des maladies, évoquent l'importance et l'intérêt de ces changements sur le lieu de travail.

Cependant, de nombreux auteurs soulignent qu'il est également probable que le traitement, bien qu'adapté, soit inefficace (cf i) et révèle des effets inverses à ceux envisagés (cf ii et iii). Si toutefois la dépression est guérie, il n'en reste pas moins des risques d'effets secondaires sur le patient-consommateur d'antidépresseurs (iv).

(1) Les thèses sur l'inefficacité des antidépresseurs

Emettre l'idée que la consommation d'antidépresseurs ne parvient pas à améliorer la productivité globale de l'économie invite en premier lieu à écarter l'hypothèse inverse, c'est-à-dire celle de l'éventuelle amélioration de la productivité permise grâce à la consommation, et donc en amont à la prescription d'antidépresseurs.

De nombreux auteurs ont ainsi souligné soit l'absence de certitude quant à l'efficacité des antidépresseurs, soit le caractère aléatoire de la réussite des traitements. Des études ont par exemple montré que le traitement par antidépresseurs ne parvient qu'à réduire de 50% les symptômes de dépression (Han, D., Wang, E. 2005). D'autres soulignent qu'entre 10% et 20% des individus présentant des troubles dépressifs ne répondent pas aux thérapies consistant en la prescription d'antidépresseurs (Greenberg P. et al, 2004). La revue *La Recherche*, en 2004, a publié dans un numéro hors série la synthèse d'une enquête menée sur cinq ISRS concluant à une efficacité de ces antidépresseurs supérieure au placebo (substance inactive) dans 18 à 25% des cas. Mais si l'on se réfère à l'ensemble des essais effectués, et non seulement à ceux qui ont donné lieu à publication, la revue cite une supériorité de 5 à 20% selon le médicament. De manière plus générale, Corruble E. et Guelfi J.D. (1995) affirment que l'arrivée de nombreux antidépresseurs de deuxième génération n'a pas été source de réel progrès en matière d'efficacité dans le traitement des épisodes dépressifs majeurs, bien qu'ils fournissent des gains en matière de tolérance.

Même si ce traitement s'avère efficace, certains auteurs comme Kessler, Ronald C. et al. (1999) évoqués précédemment, après avoir comparé les coûts en termes de baisse de productivité de la dépression et ceux induits par le traitement de cette maladie, conseillent aux employeurs, lorsqu'ils observent qu'un travailleur est déprimé, de ne pas l'encourager à

obtenir un traitement qui serait tout autant sinon davantage coûteux pour le manager en termes de productivité. Qu'il suive ou non un traitement, le travailleur victime de dépression sera de toute manière moins productif qu'un travailleur en bonne santé.

Par ailleurs, si pour Adler, D.A et al. (2006) rémission de la dépression et performance au travail sont indiscutablement positivement corrélées, les améliorations cliniques ne permettent jamais à un individu de recouvrir pleinement sa productivité. Ces chercheurs en psychiatrie sont parvenus à ce résultat après avoir étudié de 2001 à 2004 un groupe de 286 patients atteints de dépression, dont 44% consommaient des antidépresseurs. Ainsi même après un traitement à base d'antidépresseurs, la productivité antérieure du consommateur dépressif n'est jamais retrouvée.

Ainsi, on peut avancer que les antidépresseurs ne remédient pas sinon partiellement à la baisse de productivité liée à la dépression.

(2) Consommation d'antidépresseurs et arrêts de travail

D'autres arguments portent même à croire que la consommation d'antidépresseurs serait source de ce que Levy, A. (2006) a nommé dans son modèle "incapacitation", en d'autres termes nuisible à la productivité individuelle de chaque travailleur. Très concrètement, cet effet pourrait se justifier par la corrélation entre consommation d'antidépresseurs et les arrêts de travail.

Un exemple en est donné par le projet "Gazel" désigné par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) en coopération avec EDF-GDF. En 1994-95, 1005 agents de la Cohorte Gazel ont répondu à une enquête constituée d'un questionnaire et d'un entretien téléphonique sur les troubles psychologiques, en particulier dépressifs. Cette enquête a révélé, classant les participants en différents groupes selon leur état dépressif, qu'environ un quart des agents non dépressifs et des agents présentant une dépression isolée inaugurale en 1994 ont eu au moins un arrêt de travail en 1997. Ce taux atteint 39% chez les agents qui présentaient une dépression chronique en 1994, avec ou sans signe de gravité. Les arrêts de travail pour dépression en 1997 concernent moins de 2% des "témoins" (agents non dépressifs) et des agents qui présentaient une dépression isolée en 1994, mais 7% des agents qui présentaient une dépression chronique avec signe de gravité. Cette étude montre que les agents dépressifs les plus "graves" en 1994 restent les plus gros consommateurs de soins

médicaux (traitements et consultations de spécialistes) et d'arrêts de travail trois ans après.

Ainsi, les arrêts de travail augmentent proportionnellement à la consommation d'antidépresseurs. L'étude n'a cependant pas déterminé si cette corrélation est un "marqueur de la gravité de la pathologie" ou si les antidépresseurs ont des effets propres impliquant une incapacité temporaire à exercer sa profession.

D'autres observations témoignent qu'à la suite d'un arrêt de travail, les chances de reprise du travail sont de plus de 80% pour les non consommateurs d'antidépresseurs, alors qu'elles sont inférieures à 40% pour ceux en consommant. (Dewa C. et al. 2001, p.21). Ce pourcentage est d'ailleurs d'autant plus faible que la consommation d'antidépresseurs est grande, complexe et étalée sur une longue période.

L'augmentation des arrêts de travail est bien entendu au niveau macroéconomique synonyme de perte de la productivité et la consommation d'antidépresseurs étant liée à l'augmentation des arrêts de travail, la consommation des antidépresseurs est synonyme de baisse de productivité.

(3) Consommation d'antidépresseurs et fautes ou accidents

Plusieurs études convergent également pour affirmer que, de manière similaire à ce qui a été observé vis-à-vis des antibiotiques, la consommation d'antidépresseurs peut entraîner une baisse de vigilance de l'individu et être source d'accidents, aussi bien sur le lieu de travail qu'en dehors de ce dernier.

Wadsworth, E. J. et al. (2003), ont observé un échantillon de 3111 personnes choisies au préalable d'après leur participation à d'autres études de santé. Ils ont relevé une corrélation indéniable entre l'utilisation d'antidépresseurs et les accidents cognitifs au travail et dans la vie privée de ces personnes. En rectifiant ces résultats en fonction de facteurs de santé, démographiques et professionnels pouvant éventuellement justifier cette corrélation, ils ont démontré l'évidence de la relation de cause à effet entre utilisation d'antidépresseurs et troubles moteurs.

Ainsi, une étude de Curie, D. et al. (1995) a cherché à déterminer si les responsables d'accidents étaient sujets à une plus grande concentration de psychotropes dans leur sang que les personnes n'ayant jamais été impliquées dans un accident. 229 échantillons sanguins ont

donc été prélevés dans les départements d'accidents et d'urgence de deux hôpitaux universitaires pendant cinq mois puis analysé afin de connaître la présence d'alcool, d'antidépresseurs tricycliques et de benzodiazépines (une classe de médicaments aux propriétés hypnotiques, anxiolytiques, antiépileptiques, amnésiantes et myorelaxantes). Les sujets ont été divisés en deux groupes, un groupe "test" et un groupe "contrôle" selon la nature de l'accident. Ainsi, les drogues étudiées ne pouvaient avoir eu une influence que sur les patients appartenant au groupe test. Au total, 63 échantillons contenaient la trace d'au moins une drogue. Parmi les accidents étudiés, 48 auraient pu être causés par la présence d'une drogue alors que 15 ont été classés dans le groupe "contrôle". L'étude a conclu que le groupe test présentait une part bien plus importante d'antidépresseurs tricycliques et de benzodiazépines que le groupe contrôle (où la probabilité était inférieure à 0.0045), affirmant ainsi que les consommateurs d'antidépresseurs seraient davantage impliqués dans les accidents que les autres (à la fois responsables et victimes).

Selon McKenzie (1994), la prise d'antidépresseurs devrait être interdite au même titre que celle de l'alcool ou d'autres drogues lorsque l'on est amené à prendre le volant. Se référant à un documentaire "Death by Prescription", il déclare que 16% des conducteurs impliqués dans un accident de la route mortel prennent des drogues agissant sur le système nerveux, dont la moitié était des antidépresseurs.

Dans cette optique, dans un délai d'un an à compter du 2 août 2005, de nouveaux pictogrammes devront apparaître sur les médicaments (Arrêté du 18 juillet 2005 pris pour l'application de l'article R.5121-139 du Code de la santé publique et relatif à l'apposition d'un pictogramme sur le conditionnement extérieur de certains médicaments). En raison de la somnolence, des troubles visuels, et troubles du comportement (anxiété, agitation, hallucinations, confusion, accès maniaques, risque suicidaire) qu'ils peuvent provoquer surtout en début de traitement, tous les antidépresseurs ont été placés dans le niveau 2 correspondant à une recommandation de prudence et incitant à ne pas conduire sans l'avis d'un professionnel de la santé.

La question de la relation entre prise d'antidépresseurs et accidents de la voie publique a été examinée dans le rapport d'A. Cadet pour l'OFDT. Ce rapport présente en premier lieu des données expérimentales issues de tests de laboratoire explorant le maintien ou l'altération des fonctions de base nécessaires à la conduite d'un véhicule parmi d'autres véhicules en circulation, en cas de prise ponctuelle ou chronique de médicaments. Ces études, effectuées sur simulateurs de conduite ou en conduite réelle, ont notamment contribué à l'établissement

d’un classement par des experts belges et néerlandais des différents psychotropes en fonction de leur dangerosité probable. Les études épidémiologiques évaluant la responsabilité des médicaments psychotropes dans les accidents de la voie publique fournissent des résultats difficiles à interpréter. Elles indiquent que l’usage de psychotropes augmente le risque d’accident, bien qu'aucune donnée ne soit disponible sur le nombre de décès attribuables en France aux médicaments psychotropes. Lorsqu'ils se produisent, ces accidents de la route peuvent entraîner une paralysie du système des transports menant indirectement à un ralentissement économique.

Ces études tendent donc à affirmer que la prise d'antidépresseurs serait liée à des accidents. Qu'ils impliquent directement l'individu en diminuant sa productivité ou bien qu'ils entraînent des accidents de la route et de la voie publique, les antidépresseurs peuvent ralentir l'activité économique.

(4) Des produits de plus en plus perçus comme dangereux

Si l’efficacité des antidépresseurs dans le traitement de la dépression est remise en cause, le débat va encore plus loin, d’aucuns déclarant les antidépresseurs comme particulièrement nocifs pour leurs consommateurs.

Il faut savoir qu’entre la découverte d’une nouvelle molécule et sa mise sur le marché sous forme de médicaments, il faut compter entre dix et quinze ans, les procédures de découverte d’un principe actif étant suivies d’essais biologiques, le passage de l’expérimentation animale à l’essai clinique (études toxicologiques, et essais pharmacologiques) et l’étude clinique des médicaments (Juès, J.-P., 1998, P.31-60). Mais cette longue succession peut ne pas être jugée suffisante pour évaluer des médicaments comme les antidépresseurs.

Un exemple de cette méfiance croissante vis-à-vis des effets indésirables des antidépresseurs, dits "effets iatrogènes" est l’alerte en mars 2004 de la Food & Drug Administration (FDA), aux Etats-Unis, sur la nécessité d’une surveillance lors de l’usage d’antidépresseurs aussi bien chez les adultes que chez les enfants, par rapport au risque d’aggravation de la dépression ou d’émergence d’une "suicidalité", quelle qu’en soit la cause.

Très récemment, la FDA a imposé aux fabricants d'antidépresseurs l'indication sur les étiquettes des boîtes de médicament de "risque accru chez les jeunes adultes entre 18 et 24 ans

de pensées et comportements suicidaires", généralement en début de traitement (*Le Monde*, 2007).

Mais force est de constater les défauts de la pharmacovigilance, c'est-à-dire la surveillance du risque d'effet indésirable résultant de l'utilisation des médicaments et produits à usage humain. Parmi de nombreux autres, Zarifian E. (1996, p. 85-94) souligne en particulier l'absence de pharmacovigilance spécifique aux effets psychiques des psychotropes. Or ces effets psychiques pourraient par exemple inclure les effets concrets sur la motivation ou les relations humaines sur le lieu de travail.

Ainsi, le laboratoire Beecham, en 1989, a réalisé une étude sur les "effets pervers survenus durant le traitement qui peuvent être possiblement, probablement, assurément attribués au Deroxat" (un antidépresseur proche du Prozac). Une étude menée par Gillet, C. (2001) a établi des liens de causalité ou d'imputabilité entre la consommation d'une substance psychoactive et notamment d'antidépresseurs chez l'homme sain et l'apparition conjointe d'un trouble majeur du comportement (violences et conduites suicidaires). Les résultats de cette enquête connaissent néanmoins une limite importante, les comportements violents et les conduites suicidaires pouvant tout autant provenir de l'effet pharmacologique de l'antidépresseur que de facteurs individuels, sociaux et psychiatriques.

Malheureusement, comme il a été évoqué dans la partie précédente, le manque d'indépendance des personnes impliquées dans la commercialisation et la prescription des antidépresseurs conduit à un manque d'études et de diffusion de l'information quant aux risques réels encourus par les consommateurs d'antidépresseurs. Il est donc légitime de penser que ces risques sont du moins équivalents sinon bien supérieurs à ceux connus à l'heure actuelle.

c) Les "mauvais consommateurs Français"

La partie précédente analysant les causes de la consommation élevée d'antidépresseurs en France a révélé que cette consommation était excessive et dans bien des cas inappropriée. La consommation excessive va principalement toucher le troisième groupe déterminé précédemment : les personnes consommant des antidépresseurs non atteintes de dépression. Quant au dernier groupe, il s'agit des personnes atteintes mais non traitées ou suivant un traitement inapproprié, victimes des mauvaises pratiques de prescription analysées dans la partie précédente.

(1) Les Français consommateurs d'antidépresseurs non atteints de dépression

En témoignent par exemple les conclusions du rapport de l'OPEPS précité qui observe que la moitié des personnes consommant des antidépresseurs ne présente pas de troubles psychiatriques relevant d'une indication de prescription retenue (2006, p.24). Si les antidépresseurs ne sont donc pas prescrits aux personnes en ayant a priori besoin afin de les guérir et donc d'améliorer leur productivité, leur utilité en est grandement compromise. Lorsqu'ils ne sont pas prescrits à des personnes réellement victimes de dépression, les bienfaits éventuels des antidépresseurs comme remède contre à la dépression ne peuvent pas avoir lieu, seuls peuvent donc se produire les effets négatifs sur la productivité considérés. Les effets négatifs qui ont été abordés jouent donc partiellement dans le cas d'une consommation justifiée d'antidépresseurs et à plein lorsque la consommation en est abusive.

(2) Les Français victimes de dépression et d'un traitement inadapté

Comme il a été étudié en première partie, les consommateurs d'antidépresseurs sont souvent victimes de mauvaises pratiques de prescription provenant de différents facteurs, notamment d'asymétries d'information entre les industriels, les médecins et les patients, du hasard moral rendant incertaines les conditions d'une prescription adéquate, ou encore du non respect des durées ou des prescripteurs établies par les normes en vigueur.

Le rapport de l'Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé (OPEPS) sur le bon usage des médicaments psychotropes publié en juin 2006 relève que la moitié des sujets français présentant un trouble psychiatrique n'a reçu aucun traitement psychotrope au cours de l'année écoulée (2006, p.23). En particulier au sein des 15-54 ans (tranche d'âge qui correspond à celle de la population dite active), les désordres de l'humeur ne susciteraient une consultation que dans 50% des cas et ne donneraient lieu qu'une fois sur deux à un traitement. Si le traitement, comme on l'a vu précédemment, ne nécessite pas forcément d'être à base d'antidépresseurs mais peut également consister en des aides psychologiques, le fait que 50% des cas n'entraînent pas de consultation et que certaines consultations n'aboutissent à aucun

traitement, médicamenteux ou non, est relativement alarmant.

Lorsqu'une personne souffre de dépression et que le traitement est inexistant ou que les antidépresseurs sont mal prescrits (non nécessaires ou inadaptés), soit il ne se produit aucun effet sur le patient affaibli sur le plan socioprofessionnel car victime des symptômes de la dépression, soit il se produit les dangers et autres effets négatifs des antidépresseurs potentiels évoqués.

La baisse de la productivité engendrée par la consommation d'antidépresseurs semble donc être susceptible de concerner tous les groupes envisagés. On peut donc concevoir de faire appel à un modèle de contrôle optimal afin de voir si et comment l'intervention étatique est nécessaire pour remédier à cette baisse de productivité.

3. Application du modèle de Levy et al.

Le modèle utilisé est un modèle d'optimisation appliqué à la consommation de substances illicites par Levy, A. (2006) (cf annexe 5). Ses paramètres principaux sont la production agrégée, la croissance économique et les effets d'affaiblissement entraînés par la consommation de drogues illicites sur leurs consommateurs. Plus précisément, le modèle démontre qu'il existe une relation entre le revenu global disponible, la répartition de la force de travail entre utilisateurs et non utilisateurs de substance illicites et les efforts de contrôle du gouvernement. Grâce à la construction d'équations dynamiques, il permet de décrire l'effort d'investissement public nécessaire pour contrôler la diffusion de drogues illicites et leurs effets négatifs sur la force de travail et la croissance économique.

Le raisonnement suivi commence par diviser la population active en deux catégories. Le niveau de contrôle à établir par le gouvernement est déterminé afin de maximiser la somme des revenus globaux marginaux disponibles en présence de travailleurs complètement productifs car non utilisateurs de drogues (un nombre d'entre eux est d'ailleurs employé par le gouvernement dans des activités de contrôle), ou partiellement productifs car consommateurs de substances illicites. L'utilisation de drogues, considérée comme contagieuse, est modélisée comme un processus de diffusion reflétant un coût de contrôle du gouvernement diminuant à mesure de l'augmentation du nombre d'utilisateurs au sein de la population existante. Les coûts de la consommation de drogues illicites sont non seulement privés mais également

publics, résidant en un effort de contrôle financé par le gouvernement et la société en générale, incitée par la peur d'une diffusion inter et intra générationnelle du phénomène.

Après avoir présenté les hypothèses du modèle d'optimisation macro dynamique, le modèle présente et interprète les conditions d'une réglementation maximisant la valeur actuelle du revenu disponible dans un pays. Le modèle distingue ensuite deux grands équilibres permettant d'affirmer qu'une gestion efficace du portfolio de la nation et des travailleurs implique d'éradiquer l'utilisation de drogues quand un nombre initial d'utilisateurs est inférieur à un nombre critique, mais de laisser faire quand ce nombre est supérieur à un niveau critique.

Une extension du modèle distingue deux types de contrôle : la prévention et la réhabilitation.

Le modèle macroéconomique d'Amnon Levy sur la consommation de substances illicites semble plus particulièrement pouvoir être appliqué aux antidépresseurs lorsque ces derniers sont consommés de manière abusive (en qualité comme en quantité).

Il présenterait dès lors la relation entre la consommation excessive d'antidépresseurs, la productivité du travail, le revenu agrégé de la population et les efforts de traitement du gouvernement. Néanmoins, la vérification de la pertinence de l'application du modèle d'A. Levy implique l'étude de la possibilité de transposer ce modèle.

La vraisemblance de l'hypothèse de baisse de productivité engendrée par la consommation de substance, que Levy postule dans son modèle, a été étudiée précédemment, permettant ainsi d'envisager très sérieusement l'application du modèle.

Cette démarche appelle néanmoins à quelques remarques préliminaires. Certes, du fait de l'effet de "contagion" de la dépression évoqué et des doutes quant à la nécessité du traitement à base d'antidépresseurs dans le traitement de la dépression, les deux premiers groupes étudiés (non atteints non consommateurs et atteints consommateurs) sont très probablement moins productifs sur le lieu de travail. Néanmoins, cette assertion semble dangereuse car elle pourrait conduire à des discriminations des victimes de dépression sur le lieu de travail et d'une exclusion sociale progressive de ces derniers. De plus, les spécialistes sont divisés quant à l'existence de ces effets négatifs de contagion et d'inefficacité des antidépresseurs. L'efficacité des antidépresseurs dans le traitement de la dépression n'est d'ailleurs pas le cœur de cette étude, qui vise davantage à mettre en garde contre certains des effets secondaires que peuvent présenter les antidépresseurs ainsi qu'à inviter à la vigilance quant à la prescription et consommation abusive (au sens d'excessive et d'inappropriée) des antidépresseurs.

L'analyse menée va donc exclusivement s'intéresser aux deux derniers groupes sujets (victimes de dépression mais non consommateurs, consommateurs mais non victimes de dépression), pour qui les effets sur la productivité sont incontestables. Il ne faut donc pas perdre de vue la situation dans laquelle se trouve la France, de surconsommation ou tout du moins d'une mauvaise consommation d'antidépresseurs. La baisse de la productivité évoquée est donc évaluée ici sous l'angle de cette consommation abusive d'antidépresseurs. La consommation illicite de drogues du modèle d'A. Levy est donc remplacée par la consommation abusive d'antidépresseurs, c'est-à-dire lorsqu'elle porte sur des individus non atteints de dépression ou lorsqu'elle est inexistante alors que les individus sont atteints de dépression.

La possibilité de considérer les antidépresseurs comme une drogue est un autre argument qui nous conforte dans la volonté de transposition du modèle. Il sera également nécessaire de démontrer que chacune des autres hypothèses du modèle est applicable au cas antidépresseurs.

a) La surconsommation d'antidépresseurs, une addiction ?

L'objet d'étude du modèle d'A. Levy est l'abus de substances toxiques. L'auteur utilise en particulier l'exemple des drogues illégales. Si les antidépresseurs ne sont en aucun cas une substance illégale en France, leur considération en tant que drogue serait incontestablement un premier pas vers une transposition justifiée du modèle.

Déjà en 1989, Lempereur, J. D. (p.38), assimilait les psychotropes à des drogues licites prescrites par les médecins généralistes qualifiés de "nouveaux dealers". En prescrivant des substances agissant sur les seuls symptômes, les molécules risquent d'engendrer un bien-être artificiel et provisoire au lieu de guérir la personne de sa pathologie. Selon Ehrenberg, A. (1999, p. 59), on "droguerait les gens au lieu de les soigner ".

De nombreuses définitions permettent de confirmer cette intuition, considérant les drogues comme des produits psychoactifs d'origine naturelle ou synthétique qui, lorsqu'elles sont absorbées, modifient une ou plusieurs fonctions de l'organisme humain, particulièrement l'activité mentale, les sensations et le comportement.

Ainsi, les médicaments psychotropes auxquels appartiennent les antidépresseurs sont souvent considérés comme des "drogues" (ou "produits psychoactifs") au même titre que les substances illicites, l'alcool et le tabac. Telle est par exemple la position adoptée par

l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanie (OFDT) qui publie régulièrement des rapports proposant un état des lieux sur les drogues et dépendances. Cet organisme propose la définition suivante pour le terme "drogues" :

> **DROGUES** : "produit psychoactif naturel ou synthétique, utilisé par une personne en vue de modifier son état de conscience ou d'améliorer ses performances, ayant un potentiel d'usage nocif, d'abus ou de dépendance et dont l'usage peut être légal ou non ".

Par ailleurs, la réglementation française classe les "substances vénéneuses", selon l'article L.5132-1 du Code de la Santé Publique, ainsi que les règles du classement international fixées par les trois conventions internationales de 1961, 1971 et 1988 sur le contrôle des drogues, listent toutes deux les psychotropes, et a fortiori les antidépresseurs, en tant que drogues.

Il faut également noter que la consommation de psychotropes est, selon une étude de l'INSERM de 1986, considérée comme l'une des voies d'accès aux stupéfiants illicites (Ehrenberg, A. 1991, p.256). Toutefois, le même auteur souligne que la réalité du risque toxicomaniaque est loin d'être connue.

Le simple constat de normes de définition et de classification ne suffit pas à utiliser l'argument d'une possible assimilation entre antidépresseurs et drogue, d'autant plus que le modèle spécifiquement étudié concerne les drogues illégales. Il s'avère donc nécessaire de considérer le cas des antidépresseurs comme une application particulière du modèle.

Cependant, une autre approche justifie l'assimilation d'antidépresseurs à des drogues. Ainsi, Ehrenberg, A. (1991, p.254) résume la consommation de médicaments française, se référant plus particulièrement aux antidépresseurs, grâce à une expression entendue dans les médias : la "toxicomanie aux médicaments". Evoquant la pression concurrentielle croissante incitant à la consommation de sédatifs, stimulants ou euphorisants, il s'interroge sur la possibilité de considérer les médicaments psychotropes comme des drogues permettant à l'individu de dépasser ses limites dans une société lui demandant d'être sans cesse plus compétitif. Aboutissant à l'objectif inverse, l'usage abusif, la dépendance et les problèmes liés au sevrage que de tels médicaments-drogues peuvent entraîner, présentent selon l'auteur de réels dangers. En établissant cet amalgame entre psychotropes et drogues, l'auteur note cependant qu'alors que les drogues traditionnelles permettent à l'individu de s'évader dans

l'irréalité, les médicaments psychotropes existent pour faire face à la réalité. Dès lors, essayer de se doper n'est pas comparable à se droguer. Néanmoins, l'usage abusif et donc la surconsommation peuvent être assimilés à une addiction.

Il est donc délicat d'affirmer que les antidépresseurs sont des drogues. Néanmoins, surconsommer des antidépresseurs, c'est incontestablement se droguer. Cette assertion permet de justifier davantage la transposition du modèle d'A. Levy, en considérant que les antidépresseurs peuvent sous certains conditions se comporter comme des drogues illégales. Il est toutefois nécessaire de considérer chaque hypothèse à la base du développement suivi pour s'assurer du bien-fondé de notre raisonnement. L'hypothèse centrale de la baisse de productivité ayant déjà été envisagée, il s'agit à présent de passer en revue les autres hypothèses du modèle.

b) L'hypothèse centrale : la baisse de la productivité

Les arguments développés ont permis d'apporter une justification à l'hypothèse centrale du modèle d'A. Levy sur le lien entre drogue et productivité. En reprenant les deux approches de valorisation des pertes de productivité évoquées, le modèle semble avoir opté pour la technique "human capital" qui assigne une valeur monétaire à la production qui est perdue du fait des maladies, un dysfonctionnement dans le travail ou encore un décès prématuré. Ce choix concorde avec les remarques de Kopp, P. (2001, p.19) quant aux préférences pour cette technique au détriment de l'approche "willingness to pay", s'avérant plus simple et opportune.

La consommation d'antidépresseurs réduit la productivité. Dès lors, si l'apport de chaque individu du secteur privé non consommateur d'antidépresseur est représentée par y, alors la contribution instantanée de chaque utilisateur abusif d'antidépresseurs est $y_n=\varepsilon y$, $0\leq \varepsilon<1$, où y est une constante et ε la productivité relative d'un consommateur d'antidépresseurs, avec $\varepsilon=0$ indiquant une incapacité totale à travailler et $0<\varepsilon<1$ une incapacité partielle. ε mesure donc la valeur monétaire de la perte de productivité. Cette valeur peut s'obtenir grâce à des statistiques descriptives des revenus actuels des consommateurs de drogue comparés aux populations qui ne consomment pas de drogue comme le propose Kopp, P. (2001, p.19).

c) Les autres hypothèses

Avant de procéder à sa démonstration, Levy, A. et al (2006) émettent certaines hypothèses sur la taille de la population active, les autorités, les coûts ainsi que les fonctions de diffusion et de contrôle qu'il convient d'examiner et de tenter d'appliquer au cas des antidépresseurs.

(1) La taille de la population active

Dans le modèle, la taille de la population active est constante et vaut L, où $0 \leq N(t) \leq (1-\beta)L$ personnes consomment des antidépresseurs, où $0 \leq \beta \leq 1$ représente la part de la population insusceptible de consommer, un jour, des drogues illicites.

Cette hypothèse peut s'appliquer au cas des antidépresseurs, la part de la population non susceptible de consommer dans sa vie des antidépresseurs pouvant être surnommée "les éternels optimistes".

(2) Les autorités de contrôle

Dans l'étude, Lg membres de la force de travail sont des brigades des stupéfiants, contrôleurs employés par le gouvernement et offrant des services alternatifs de prévention et répression. Les L-Lg restant sont employés dans le secteur privé. Les "contrôleurs" sont identiques et ne peuvent pas être des utilisateurs, c'est-à-dire des consommateurs de drogues. Cette hypothèse peut également s'appliquer dans le cadre des antidépresseurs.

Comme le souligne le rapport de l'OPEPS, l'encadrement de la fabrication, de l'importation, de l'exportation et plus généralement du commerce de substance ou médicaments psychotropes dans le but d'empêcher leur détournement à des fins illicites se fait au niveau de l'Union Européenne, dont le droit dérivé s'impose aux Etats membres. La réglementation commune des médicaments a pour objectif de parvenir à une évaluation unique au plus haut niveau scientifique et à l'harmonisation effective des décisions administratives des Etats membres.

En matière de prescription et de dispensation, ce sont les autorités sanitaires de chaque Etat membre qui établissent la liste des médicaments dont la délivrance est soumise sur leur

territoire à l'obligation de prescription médicale, l'actualisent et, le cas échéant, la modifient annuellement et la communiquent à la Commission et aux autres Etats membres. Le rapport d'information sur les conditions de mise sur le marché et de suivi des médicaments de la séance du 8 juin 2006 du Sénat confirme cette nécessité de contrôle de tout type de médicament. Il précise que dans tous les pays développés, chaque médicament est soumis à une procédure d'autorisation de mise sur le marché (AMM). A l'heure actuelle, trois types de procédures d'octroi d'AMM coexistent (Juès, J-P., 1998, p.73) : une procédure nationale, une procédure communautaire centralisée et une procédure communautaire décentralisée (dont le principe est celui de la reconnaissance mutuelle).

Une fois qu'un médicament a obtenu son autorisation de mise sur le marché, il est soumis à la Commission de transparence, composée d'experts et de représentants des caisses d'assurance maladie chargés de déterminer l'augmentation du service médical rendu (ASMR) par le nouveau médicament. Ensuite, le médicament fait l'objet d'un contrôle continu, dit de pharmacovigilance (cf Annexe 4 sur la procédure de mise sur le marché).

En France, l'acteur déterminant est l'Afssaps, dont le directeur général autorise ou non la mise sur le marché des antidépresseurs, sur proposition de la commission d'AMM de l'agence fondée sur l'évaluation du rapport bénéfice/risque du produit, c'est-à-dire l'équilibre entre son efficacité, son innocuité et sa qualité. Par ailleurs, la mise en place de la Haute autorité de santé (HAS) vise, entre autres, à assurer et améliorer la diffusion des recommandations de bonnes pratiques.

Mais le contrôle le plus important est incontestablement assuré par les médecins (généralistes et psychiatres) du secteur public et privé, à qui il incombe d'assurer la juste consommation et prescription des antidépresseurs, même si l'efficacité de ce contrôle a été maintes fois remise en cause.

(3) Les fonctions de diffusion et de contrôle

Le passage des non consommateurs d'antidépresseurs ou consommateurs "raisonnables" ou contrôleurs à des consommateurs abusifs d'antidépresseurs est donné par la différence entre une fonction concave de diffusion et une fonction linéaire de contrôle :

$$N(t)=F(N(t) ;(1-\beta)L-\delta Lg(t),$$

où δ est une constante positive représentant la productivité moyenne et marginale de chaque "contrôleur" en termes de nombre de personnes détournées de consommer des antidépresseurs de manière abusive.

La spécificité de la fonction de diffusion est fondée sur le postulat que la consommation abusive d'antidépresseurs est un phénomène socialement contagieux : quand le nombre de personnes consommant abusivement des antidépresseurs augmente, la surconsommation d'antidépresseurs se répand au sein de la population. Ce phénomène de "banalisation" de la prescription des antidépresseurs et a fortiori de leur consommation a été mis en évidence précédemment lors de l'analyse du cas français.

A cause de différences innées et acquises, les personnes auront des degrés variables de résistance à la consommation abusive d'antidépresseurs. La consommation marginale d'antidépresseurs diminue, les personnes non utilisatrices d'antidépresseurs restantes dans la population étant de moins en moins susceptibles de consommer des antidépresseurs.

(4) Les coûts instantanés du contrôle

Le coût instantané de contrôle est une fonction Lg(t) convexe et croissante, comprenant une part linéaire de production privée renoncée (y de chaque contrôleur) et une part quadratique incluant les coûts privés et sociaux du contrôle émanant du gouvernement. Conformément à Tragler et al. (2001) et Kennelly (2001), on suppose que ces coûts privés et sociaux augmentent à mesure que les contrôleurs, en particulier les médecins du secteur public, sont de plus en plus incités par les industries pharmaceutiques fortes de leur succès, et que les utilisateurs sont de plus en plus en danger face à l'augmentation de l'offre d'antidépresseurs et la qualité parfois incertaine des nombreux nouveaux produits sur le marché. Ce phénomène se traduit ci-après par un coefficient positif c.

Mathématiquement, les coûts instantanés du contrôle sont representés comme suit :

$$C(t)=yLg(t) + cLg(t)^2.$$

(5) Budget en équilibre et neutralité de l'impôt

A chaque instant, le gouvernement finance entièrement l'effort de contrôle en récoltant un versement forfaitaire. Dans notre cas, il s'agit de la contribution à la Sécurité Sociale et à l'impôt servant à financer les autorités telles que l'Afssaps délivrant les autorisations de mise sur le marché. D'après le modèle, sachant que les revenus de chaque non-consommateur sont identiques et que les revenus des consommateurs sont identiques mais proportionnellement plus faibles du fait de leurs achats (partiellement remboursés) d'antidépresseurs, un système

fiscal dégressif tel que celui appliqué en France subventionnerait les consommateurs aux dépens des non-consommateurs et affecterait l'offre de travail. Au contraire, une contribution fiscale forfaitaire traite les consommateurs et les non consommateurs de manière égale, ce qui n'affecte pas l'offre de travail. De toutes manières, la considération de la propagation intra et intergénérationnelle de la consommation et des ses effets néfastes sur la production personnelle et agrégée incite le non-consommateur à supporter une partie des coûts de l'effort de contrôle du gouvernement.

d) La maximisation de l'effort de limitation

Les développements du modèle, utilisant des équations dynamiques d'équilibre macroéconomiques, parviennent à la conclusion qu'une gestion efficace des ressources humaines de la population doit correspondre à un effort de contrôle de la consommation des antidépresseurs maximisant la valeur actuelle du produit intérieur brut disponible.

Le raisonnement d'optimisation suivi impose que cette maximisation respecte la condition d'égalité entre les coûts financiers, privés et sociaux marginaux de l'effort de contrôle et de l'apport sociétal de ce contrôle, c'est-à-dire de la valeur apportée par des utilisateurs ayant subi un effort de prévention et de répression.

Selon la théorie de l'arbitrage, à l'équilibre le niveau de contrôle (et donc le nombre d'agents embauchés) varie au cours de l'horizon étudié en fonction de la différence entre le coût et la rentabilité sur le revenu national futur provenant d'une très faible augmentation de l'effort investi dans le contrôle. Si la perte de revenu national induite par l'embauche d'un agent supplémentaire est supérieure à la rentabilité de ce même contrôleur, l'investissement en effort de contrôle et donc les finances publiques dédiées à cet effet doivent être reportées. Au cours du temps, la variation du nombre d'agents dépend du coefficient associé aux coûts privés et sociaux marginaux. Le revenu national futur dépend donc à la fois du résultat du coût d'embauche des agents de contrôle et des coûts financiers et sociaux marginaux de cet effort de contrôle.

4. Conclusions et implications du modèle

Il peut être déduit du modèle des conclusions et implications quant aux conditions et également aux modalités de contrôle.

a) Les conditions du contrôle

Ainsi, le modèle stipule qu'en dessous d'un nombre critique d'utilisateurs, il est optimal dans un objectif de croissance économique d'éradiquer la consommation d'antidépresseurs en instaurant un effort initial concerté de contrôle qui sera progressivement diminué. Si le nombre de consommateurs d'antidépresseurs se situe au-dessus de ce niveau critique, alors le gouvernement devrait instaurer un effort de contrôle initial bien moindre et le réduire progressivement de sorte que l'économie converge vers un équilibre de faible contrôle et de nombre d'utilisateurs élevé.

Réglementer un marché, c'est recourir à l'intervention publique sur ce marché. Comme il a été vu que la consommation abusive d'antidépresseurs se définissait comme une consommation excessive ainsi que comme une consommation inadaptée, la réglementation du marché doit s'envisager à la fois comme une limitation et comme un encadrement de la consommation. Dans le modèle, il est envisagé deux modalités de contrôle distinctes.

b) Les modalités de contrôle

Le modèle étudié, en mettant en relief le phénomène de consommation abusive des antidépresseurs, suggère d'emblée d'écarter certaines proposition de mesures extrêmes visant à réduire la surconsommation d'antidépresseurs, telle celle proposée par Dubois, Claude Got, François Grémy, Albert Hirsch et Maurice Tubiana en octobre 1989 dans un rapport remis au ministre de la Santé. Ces professeurs de médecine préconisaient de mettre fin au remboursement par la Sécurité sociale des médicaments psychotropes (Ehrenberg, A., 1991, p.271). Or comme le contrôle proposé dans nos conclusions ne doit concerner que les personnes sujettes à une consommation abusive, cette solution ne paraît pas envisageable.

C'est d'ailleurs ce que suggère Ehrenberg, A. (1991, p.280) lorsqu'il déclare qu'une "politique publique visant, par exemple, à en [au sujet des psychotropes] refuser la prise en charge collective, ne peut légitimement invoquer des dysfonctionnements de prescription, qui peuvent être corrigés, sans pour autant laisser sans alternative réelle les nombreux patients qui ont réellement besoin de ces produits".

L'extension du modèle permet de décomposer la nature du contrôle. Deux types de contrôle sont proposés, présentant tous deux des coûts et des bénéfices. Nommées

"*prevention"* et "*rehabilitation*" dans le texte, la traduction la plus appropriée de ces deux termes semble être "prévention" et "réhabilitation". Levy et al. les définissent respectivement comme un renforcement législatif et des activités de traitement dissuadant l'initiation, et un procédé dans lequel des consommateurs de long terme redeviennent des non-utilisateurs. Tant que les disparités entre les deux méthodes ne sont pas trop grandes, il est conseillé d'associer les deux types de contrôle. Si l'objectif de notre recherche est de prouver la nécessité d'une limitation de la surconsommation d'antidépresseurs et non d'étudier les modalités de cette limitation, des exemples de mesures de prévention et de réhabilitation sont donnés ci-après.

(1) Les mesures de prévention

En termes de prévention, priorité semble devoir être donnée à l'éducation. A ce sujet, Pignarre (1999, p.107) décline ce devoir sous deux aspects, invitant à "éduquer les patients à réclamer un traitement médical et éduquer les médecins à reconnaître la dépression et à la traiter selon les critères définis par les experts". D'autres modalités de prévention peuvent consister en l'instauration d'un remboursement sous conditions ou encore d'une limitation de la publicité aux revues professionnelles.

(2) Les mesures de réhabilitation

La réhabilitation semble devoir comprendre des mesures permettant de parvenir à une consommation actuelle plus juste d'antidépresseurs. A ce titre, il a été proposé de mieux définir la durée de consommation et d'imposer des sanctions en cas de non application des recommandations d'autorités telles que l'Afssaps, ou de ne pas autoriser le renouvellement de certaines ordonnances.

A l'heure actuelle, l'Afssaps dispose de nombreuses prérogatives (Ankri, J. 1999). Elle peut tout d'abord suspendre les essais, la fabrication, la préparation, l'importation, l'exploitation, l'exportation, la distribution en gros, le conditionnement, la conservation, la mise sur le marché à titre gracieux ou onéreux, la détention en vue de la vente ou de la distribution à titre gratuit, la publicité, la mise en service, l'utilisation, la prescription, la délivrance ou l'administration d'un produit rentrant dans son champ d'action ou d'un produit non soumis à une autorisation ou à un enregistrement préalable à sa mise sur le marché, sa

mise en service ou son utilisation, lorsque ce produit, soit présente (ou est soupçonné de présenter), dans les conditions normales d'emploi ou dans des conditions raisonnablement prévisibles, un danger pour la santé humaine, soit est mis sur le marché, mis en service ou utilisé en infraction aux dispositions législatives ou réglementaires qui lui sont applicables.

L'Afssaps peut également enjoindre la personne physique ou morale responsable de la mise sur le marché, de la mise en service ou de l'utilisation, de procéder au retrait du produit en tout lieu où il se trouve, à sa destruction lorsque celle-ci constitue le seul moyen de faire cesser le danger, et d'ordonner la diffusion de mises en garde ou de précautions d'emploi.

Enfin, la poursuite d'activités ayant fait l'objet d'une des mesures de suspension ou d'interdiction peut être notamment pénalisée par deux ans d'emprisonnement et d'une amende. Il en va de même en cas de non-respect des conditions particulières ou restrictions pour l'utilisation de produits ou en cas de non-exécution des mesures de retrait, de destruction du produit ou de diffusion de mises en garde ou de précautions d'emploi.

Ainsi, selon le niveau de consommation abusive dans lequel se situerait la France (au-dessus ou en dessous du "nombre critique" évoqué), il peut être envisagé de diminuer ou de renforcer les mesures de contrôle existantes, et donc par exemple de rendre plus ou moins coercitives et efficaces les prérogatives dont dispose l'Afssaps.

Il semble également nécessaire de réfléchir à comment mieux encadrer le traitement quand il apparaît nécessaire, et comment empêcher la prescription d'antidépresseurs lorsque cette dernière s'avère inutile. La psychologie, et notamment des traitements de psychothérapies, peuvent également être davantage développés, à condition que leur efficacité soit équivalente voire surpasse celle des antidépresseurs.

5. Les limites de la réglementation

Après avoir transposé le modèle proposé au cas des antidépresseurs, force est de constater *a posteriori* certaines limites aussi bien inhérentes aux modèles que relatives au cas des antidépresseurs.

a) Les limites inhérentes au modèle

De manière générale, une critique qui peut être adressée au modèle est qu'il est très technique dans ses développements mathématiques, mais très abstrait dans la définition des grands concepts et dans les conclusions qu'il retire de ses développements.

Une autre limite inhérente au modèle tient aux problèmes d'estimation des pertes de productivité. En effet, il est très difficile de mesurer la part de la productivité qui ne peut être imputée qu'à la consommation abusive d'antidépresseurs. Si les intuitions sont nombreuses et que le lien entre consommation d'antidépresseurs et productivité est incontestable, rares sont les études qui peuvent démontrer une claire relation de cause à effet entre consommation d'antidépresseurs et baisse de productivité, encore moins mesurer cette relation. Comme le souligne Kopp, P. (2001, p.20), les données statistiques sur le sujet sont à la fois peu nombreuses et incomplètes.

Par ailleurs, après avoir donné les conditions d'une réglementation de la consommation de substances, il a été mentionné qu'une extension du modèle proposait la distinction entre deux formes de réglementation : la prévention et la réhabilitation. Il est néanmoins regrettable que le modèle n'approfondisse pas davantage ces concepts en donnant des exemples de leur mise en pratique.

Enfin, alors que le modèle évoque une réglementation, c'est-à-dire une intervention étatique, il peut très bien être envisagé que la limitation de la surconsommation d'antidépresseurs provienne du secteur privé, les entreprises étant directement concernées par la baisse de productivité de leurs salariés. Les efforts croissant de grandes entreprises pour développer des atmosphères de travail harmonieuses et des espaces de détente au sein de leurs locaux en sont de bons exemples.

b) Une application des résultats parfois délicate par rapport aux drogues

Alors que la réglementation des drogues bénéficie d'un bon accueil de l'opinion publique et des spécialistes, celle des antidépresseurs et plus généralement des médicaments peut être sujette à controverse.

En effet, si le modèle en question n'est pas remis en cause, la conclusion quant à la limitation de la consommation des antidépresseurs conduit à accepter certains risques de la limitation tels que les suicides, ou encore la substitution d'autres produits comme les drogues illicites ou l'alcool (Ehrenberg, A., 1991, p.257). Or ces risques sont difficilement évaluables

et l'arbitrage entre coût du contrôle et bénéfice retiré par le contrôle, privés et sociaux, n'est pas aisément mesurable.

De plus, contrairement aux drogues dont la consommation est relativement perçue dans notre société de manière négative, symbole de la folie et de la psychologisation des problèmes sociaux, la dépression est à l'heure actuelle considérée comme une véritable maladie qu'il s'agit de guérir à tout prix. Avec la dépression, la souffrance psychique semble se détacher du socle de la folie et de la psychologisation des problèmes sociaux. Considérer l'abandon d'une partie de la population du fait de coûts du contrôle des antidépresseurs trop élevés serait donc incontestablement moins bien accepté dans notre société au sujet des antidépresseurs par rapport aux drogues illicites, particulièrement en France compte-tenu des représentations sociales existant déjà mentionnées.

Ehrenberg, A. (1991, p.108) appuie cette idée en soutenant que contrairement aux drogues illicites, les psychotropes "touchent des populations statistiquement sans commune mesure avec celles concernées par les usages des stupéfiants et des hallucinogènes" et "rompent avec l'imaginaire de la déviance et de l'insécurité qui organise la perception sociale des autres drogues".

Par ailleurs, Pignarre, P. (1999, p.108) souligne que la réhabilitation en matière de psychotropes pose un véritable problème vis-à-vis du patient auprès duquel il crée de la culpabilité. Si l'on se place dans l'hypothèse d'une consommation abusive, en admettant que des mesures de prévention soient également instaurées, cette culpabilité peut être bénéfique car permettrait une responsabilisation du consommateur grâce aux mesures de réhabilitation. Mais si ces mesures touchent des patients nécessitant véritablement un traitement à base d'antidépresseurs, elles peuvent avoir des conséquences terribles, empirant la situation d'une personne déjà malade.

Comme il a été vu, un exemple de réhabilitation consisterait en le passage d'un traitement à base de médicaments à une psychothérapie. Or Roudinesco, E. (1999, p.39) souligne l'impossibilité de prouver statistiquement la supériorité ou l'infériorité de la psychanalyse sur les autres traitements (notamment à base d'antidépresseurs). Ce constat pose un réel problème pour la mise en place de modalités concrètes de contrôle de la bonne utilisation des antidépresseurs.

D'autre part, plusieurs causes de la consommation abusive ont été attribuées au prescripteur, que la prescription soit délibérément inadaptée ou non, comme dans la grande majorité des cas. Une solution envisagée pourrait être donc de favoriser l'automédication et la publicité pour les médicaments déremboursés, ce que propose Alain Coulomb, expert

indépendant et ancien directeur de la Haute Autorité de Santé (cité dans Le Figaro, 2006). L'automédication représente en effet une manne pour les industriels, le "marché" de l'automédication n'est que de 1,6 milliards alors qu'il pourrait atteindre 6 milliards. Or dans notre raisonnement, le prescripteur n'est en aucun cas jugé individuellement responsable, encore moins inutile. Il est uniquement souligné que du fait de son existence, des distorsions entre l'offre et la demande sur le marché des antidépresseurs sont induites. Certes le remboursement est évoqué comme conduisant à une surconsommation, mais en préconisant un accès direct aux médicaments sans ordonnance sur les étagères des officines, les interactions médicamenteuses et les accidents pourraient être légion. Et les causes de la consommation abusive ont été également attribuées aux industries et aux consommateurs du fait de leur mauvaise évaluation respective des risques liés aux antidépresseurs. Une libéralisation totale du marché, permettant l'interaction directe entre l'offre des industriels et la demande des patients ne semble donc pas envisageable, même si elle semble comporter des avantages vis-à-vis des causes de la consommation abusive envisagées.

Il est donc primordial de définir précisément ce qu'est la consommation abusive. Dans cet exposé, il en a été abordé les causes. Mais fort est de constater l'insuffisance de critères permettant d'affirmer avec certitude qu'une personne consomme des antidépresseurs de manière abusive, et quelles sont les causes plus déterminantes que les autres. La littérature et les efforts de recherche à ce sujet sont encore pauvres et manquent de consensus, il semble donc important d'intensifier les études au sujet de la consommation et de la prescription d'antidépresseurs.

Conclusion

Le travail présenté a tenté d'analyser la consommation française d'antidépresseurs et d'en retirer certaines implications. Partant du simple constat que les Français consomment davantage d'antidépresseurs que leurs voisins, différents facteurs ont été identifiés qui ont permis d'affirmer que la consommation d'antidépresseurs en France est abusive car excessive et souvent inadaptée. La preuve de cet excès est dans la baisse de productivité engendrée par la surconsommation d'antidépresseurs, alors que ces "médicaments-drogues" sont supposées améliorer les facultés productives des travailleurs.

Cette situation alarmante confirmée, il a semblé utile de s'interroger sur la nécessité d'une réglementation du marché des antidépresseurs, c'est-à-dire d'une intervention étatique. Cette réflexion se devait de prendre en compte la spécificité des antidépresseurs.

Il s'agit en tout premier lieu de médicaments agissant sur l'esprit davantage que sur le corps. De plus, les antidépresseurs sont par de nombreux spécialistes comparés voir assimilés à des drogues, notamment lorsqu'ils sont consommés de manière abusive. Une réglementation minimale de leur prescription et donc a fortiori de leur consommation paraît ainsi justifiée.

La science économique nous offre diverses thèses soutenant ce point de vue. Les arguments conventionnels soulignant le caractère oligopolistique du marché et les asymétries d'information qui y règnent sont des défaillances permettant de justifier la limitation de la consommation d'antidépresseurs. Ces arguments présentent toutefois certaines limites au regard de la particularité du secteur pharmaceutique, et en particulier des antidépresseurs. Une autre approche a été retenue, celle de la baisse de la productivité engendrée par la surconsommation d'antidépresseurs. Dès lors que cette hypothèse est vérifiée, un modèle présenté par A. Levy en 2006 a pu être appliqué. Ainsi, le modèle stipule qu'en dessous d' un nombre critique d'utilisateurs, il est optimal dans un objectif de croissance économique d'éradiquer la consommation d'antidépresseurs en instaurant un effort initial concerté de contrôle qui sera progressivement diminué. Si le nombre de consommateurs d'antidépresseurs se situe au-dessus de ce niveau critique, alors le gouvernement devrait instaurer un effort de contrôle initial bien moindre et le réduire progressivement de sorte que l'économie converge vers un équilibre de faible contrôle et de nombre d'utilisateurs élevé. De telles mesures de contrôle sont possibles.

Qu'elles soient préventives ou de réhabilitation, des exemples de mesures de contrôle ont été données. Si l'objectif du travail exposé était principalement de répondre à la question de la pertinence de la limitation de la consommation d'antidépresseurs, il n'a toutefois été que très brièvement envisagé quel type de réglementation serait capable de faire baisser la consommation, et donc d'augmenter la productivité de la force de travail. L'étude présentée nécessite donc d'être complétée dans cette voie.

Néanmoins, le statut de médicaments leur conférant une acceptation sociale ancrée ainsi que les bénéfices qu'une grande partie du corps médical et que leurs utilisateurs leur attribuent ne permettent pas d'envisager raisonnablement à une possible interdiction de la commercialisation des antidépresseurs instaurée par l'Etat, quand bien même cette éradication serait obtenue au terme d'un contrôle graduel.

Cette remarque nous invite à constater les limites de la perspective choisie. En effet, la gestion d'un pays implique de considérer non seulement des questions d'efficacité économiques, mais également de prendre en compte des questions sociales et éthiques. Force est en effet de constater que parfois, le bien-être économique ne mène pas au bien-être social. La recherche proposée propose donc un point de vue volontairement restrictif et doit donc être nécessairement mise en relation avec d'autres perspectives de la question.

Mais les très récentes requêtes de Bruxelles qui exige que la France libéralise son circuit de distribution des médicaments rappellent que l'enjeu est véritable. En effet, si l'on considère que la France, surconsommatrice d'antidépresseurs, a dépassé le seuil critique évoqué précédemment, il a été vu qu'après avoir établi un contrôle, il s'agit de diminuer progressivement l'effort de contrôle instauré. Or le marché des antidépresseurs français étant déjà soumis à une réglementation, la volonté de le libéraliser et donc de diminuer ce contrôle correspond tout à fait aux conclusions proposées par le modèle.

Force est également de constater que si la situation est propre à la France, une éventuelle intervention se fera de moins en moins par les autorités nationales et de plus en plus par l'Union Européenne, même si les Etats membres ont gardé d'importantes prérogatives dans le domaine de la santé. Un effet positif de ces interventions au niveau communautaire pourrait ainsi être de se rapprocher de la situation des autres Etats européens qui, selon notre étude, semble globalement plus saine que la situation française.

Table des matières

REMERCIEMENTS **2**

SOMMAIRE **3**

SIGLES **4**

INTRODUCTION **5**

I. PEUT-ON PARLER DE SURCONSOMMATION FRANÇAISE D'ANTIDEPRESSEURS? **9**

A. UN EXEMPLE PARMI LA CONSOMMATION DE PSYCHOTROPES ET DE MEDICAMENTS EN GENERAL EN FRANCE 9

1. La consommation de psychotropes *9*

2. Les dépenses françaises en médicaments *10*

B. ETAT DES LIEUX DE LA CONSOMMATION FRANÇAISE D'ANTIDEPRESSEURS 11

1. Les ventes d'antidépresseurs *11*

2. Les remboursements d'antidépresseurs *12*

3. Caractéristiques du marché *13*

C. LES RAISONS AVANCEES DE LA CONSOMMATION FRANÇAISE D'ANTIDEPRESSEURS 14

1. L'effet-prix *14*

a) Le coût élevé des traitements 14

(1) Une France réticente vis-à-vis des médicaments génériques 15

(2) Le coût des produits existants 15

(3) La mise sur le marché de nouveaux médicaments à prix plus élevés 16

b) Le coût élevé de la couverture des dépenses de santé 17

(1) Le paiement à l'acte 17

(2) Les effets du remboursement sur la perception du prix d'achat 17

(3) Solutions proposées 19

2. L'effet-volume *20*

a) L'augmentation du nombre de patients 21

(1) Une France plus dépressive ? 21

(2) Une meilleure prise en charge des pathologies ? 21

b) Les incitations à l'augmentation du volume des ventes 22

(1) Représentations et surmédicalisation sociales 22

(2) L'industrie pharmaceutique encourageant la prescription 23

(3) L'excès de prescription 23

(4) Les pressions s'exerçant sur le consommateur 25

(5) Le déficit de soins en psychothérapie 27

II. FAUT-IL LIMITER LES DEPENSES EN ANTIDEPRESSEURS? 29

A. LES ARGUMENTS CONVENTIONNELS DE REGLEMENTATION DES MARCHES 29

1. Les défaillances de marché observées dans le secteur pharmaceutique 29

a) Le caractère oligopolistique du marché 30

b) Les asymétries d'information 32

(1) La puissance de l'industrie 32

(2) Le rôle central du prescripteur 33

(3) L'influence exercée par le consommateur 34

2. L'économie de la réglementation au service de l'économie du bien-être 35

B. LA BAISSE DE PRODUCTIVITE ENGENDREE PAR LES ANTIDEPRESSEURS 36

1. Une hypothèse a priori contre-intuitive 37

2. La vérification de l'hypothèse de la baisse de la productivité 38

a) Les Français non atteints de la dépression, non consommateurs d'antidépresseurs 39

b) Les Français atteints de la dépression suivant un traitement à base d'antidépresseurs 39

(1) Les thèses sur l'inefficacité des antidépresseurs 40

(2) Consommation d'antidépresseurs et arrêts de travail 41

(3) Consommation d'antidépresseurs et fautes ou accidents 42

(4) Des produits de plus en plus perçus comme dangereux 44

c) Les "mauvais consommateurs Français" 45

(1) Les Français consommateurs d'antidépresseurs non atteints de dépression 46

(2) Les Français victimes de dépression et d'un traitement inadapté 46

3. Application du modèle de Levy et al. 47

a) La surconsommation d'antidépresseurs, une addiction ? 49

b) L'hypothèse centrale : la baisse de la productivité 51

c) Les autres hypothèses 52

(1) La taille de la population active 52

(2) Les autorités de contrôle 52

(3) Les fonctions de diffusion et de contrôle 53

(4) Les coûts instantanés du contrôle 54

(5) Budget en équilibre et neutralité de l'impôt 54

d) La maximisation de l'effort de limitation 55

4. Conclusions et implications du modèle 55

a) Les conditions du contrôle 56

b) Les modalités de contrôle 56

(1) Les mesures de prévention 57

(2) Les mesures de réhabilitation 57

5. Les limites de la réglementation 58

a) Les limites inhérentes au modèle 58

b) Une application des résultats parfois délicate par rapport aux drogues 59

CONCLUSION 62

TABLE DES MATIERES **64**

SOURCES **67**

OUVRAGES 67
ETUDES D'ORGANISMES 68
REVUES SPECIALISEES 68
REVUES ÉCONOMIQUES 70
PRESSE GENERALE 71
SOURCES INTERNET 71

ANNEXES **72**

ANNEXE 1 – PSYCHOTROPES ET ANTIDEPRESSEURS 72
ANNEXE 2 – LES PRINCIPAUX ANTIDEPRESSEURS SUR LE MARCHE 73
ANNEXE 3 – LA MISE EN PLACE DU TARIF DE RESPONSABILITE 73
ANNEXE 4 – MISE SUR LE MARCHE D'UN MEDICAMENT 74
ANNEXE 5 – MODELE DE LEVY ET AL. 74

Sources

Ouvrages

Ehrenbeg, A. (1991), *Individus sous influence : Drogues, alcools, médicaments psychotropes*, Editions Esprit, Paris.

Ehrenberg, A. (1991), *Le culte de la performance*, Calman-Lévy.

Delamare, Marcel (2003), *Dictionnaire des termes de médecine*, 27e édition, Maloine.

Hermange Marie-Thérèse et Payet Anne-Marie (2006), *Rapport d'information fait au nom de la commission des Affaires sociales sur les conditions de mise sur le marché et de suivi des médicaments*, séance du 8 juin 2006.

Juès Jean-Paul (1998), *L'industrie pharmaceutique*, Que sais-je?, Presses Universitaires de France.

Kotler Phillip et Dubois Pierre (2004), *Marketing Management*, 11e édition, Pearson Education.

Medawar Charles and Hardon Anita (2005), *"Medicines Out Of Control?: Antidepressants And The Conspiracy Of Goodwill",* Aksant Academic Publishers.

Pigou A. (1932), *The Economics of Welfare*, 4e édition, Macmillan, Londres.

Pignarre, P. (1999), *Puissance des psychotropes, pouvoir des patients*, 1ère édition, PUF.

Pindyck Robert, Rubinfeld Daniel (2005), Microéconomie, 6e édition, Pearson Education, Paris.

Roudinesco Elisabeth (1999), *Pourquoi la psychanalyse ?*, Fayard.

Verpillot Elise (2007), "Peut-on réduire les dépenses de medicaments grâce aux génériques ? L'expérience Française », *Séminaire d'actualité économique*, IEP de Strasbourg, 8 février.

Zarifian Edouard (1994), *Des paradis plein la tête*, Editions Odile Jacob.

Zarifian Edouard (1996), *Le prix du bien-être : psychotropes et société*, Editions Odile Jacob, Paris.

Etudes d'organismes

Afssaps (2005), "Bon usage des antidépresseurs au cours des troubles dépressifs chez l'adulte", avril.

Amar, E, Balsan, D (2004), *"*Les ventes d'antidépresseurs entre 1980 et 2001", Direction *de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques*, n°285, janvier.

Association de Marketing Managers de l'Industrie Pharmaceutique (2003), "Mesure du retour sur investissement : mythe ou réalité ?", table ronde du 25 septembre.

Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (2004), "Etudes et résultats : les ventes d'antidépresseurs entre 1980 et 2001", janvier, n°285.

Kopp Pierre (2001), *Comment calculer le coût social des drogues illicites. Démarches et outils pour l'estimation du coût social lié à la consommation de substances psychotropes*, Concil of Europe Publishing, Strasbourg.

Le Pape Annick, Paris Valérie, Sermet Catherine (2000), " Forfaits de prise en charge du médicament : exemples étrangers et simulation pour la France », *Collège des Economistes de la Santé*, 2 février.

Le Pape Annick, Paris Valérie, Sermet Catherine (2000), "Impact d'une politique de forfaits de remboursement en France : l'exemple des antidépresseurs et des antihypertenseurs", *Credes*, avril, n°29.

Mougeot Michel (1999), *Régulation du système de santé*, Rapport du Conseil d'Analyse Economique, La documentation française, Paris.

Revues spécialisées

Adler David A. et al. (2006), Job Performance Deficits Due to Depression, *The American Journal of Psychiatry*, septembre.

Ankri Joël (1999), "Médicaments et santé publique", *ADSP*, juin, n°27.

Berndt E.R. et al. (1998), "Workplace performance effects from chronic depression and its treatment', *Journal of Health Economics*, octobre, vol. 17, 511-535.

Birnbaum Howard G. et al. (1999), "Workplace Burden of Depression: A Case Study in Social Functioning Using Employer Claims Dat", *Drug Benefit Trends*, vol.11.

Birnbaum H.G. et al. (2000), "Management of Major Depression in the Workplace: Impact on Employee Work Loss", *Disease Management & Health Outcomes*, mars, vol. 7, n° 3, pp. 163-171.

Brussels Report (2004), "Depressing stories about pharmaceutical control", *Pharmaceutical technology Europe*, Mai.

Burton Wayne et al. (2004), "Pharmaceuticals and Worker Productivity Loss: A Critical Review of the Literature", *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, juin, pp. 610-621.

Chimie Pharma Hebdo (2005), "Antidepressants: Brussels investigates possible cartel", 31 octobre.

Corruble E. et Guelfi J.D. (1995), "Evolution du rapport bénéfice - risque des antidépresseurs", *Thérapie*, vol. 50, n° 6, 505-542 et 515-521.

Donohue Julie M. et Berndt Ernst R. (2004), "Effects of Direct-to-Consumer Advertising on Medication Choice : The Case of Antidepressants", *Journal of Public Policy & Marketing,* automne, vol. 23, p. 115-127.

Joiner Thomas et Katz Jennifer (1999), "Contagion of Depressive Symptoms and Mood: Meta-analytic Review and Explanations From Cognitive, Behavioral, and Interpersonal Viewpoints", *Clinical Psychology: Science and Practice*, Vol.6, Issue 2, pp. 149-164.

Joiner Thomas (1994), "Contagious depression: existence, specificity to depressed symptoms, and the role of reassurance seeking", *J Pers Soc Psychology*, août., pp. 287-296.

Kessler R.C. et al (1998), "Depression In The Workplace: Effects On Short-Term Disability", *Health Affaires*, septembre/octobre, vol. 18, n°5, pp. 163-171.

Kolassa E.M. (1995), "Physicians' Perceptions of Prescription Drug Prices : their accuracy and effect on the prescribing decision", *Journal of Research in Pharmaceutical Economics*, vol.6, 23-37.

La Recherche (2004), "Les pilules du bonheur", hors série n°16.

Lempereur J.D. (1989), "Les Français « camés » aux benzodiazépines", *Science et vie*, janvier, p.38.

Le Pape Annick, Paris Valérie, Sermet Catherine (1998), 'Les références médicales opposables sur le médicament : bilan de trois années d'application', *Bulletin d'information en économie de la santé*, octobre, n°14.

Leroux I., Morin T. (2006), "Facteurs de risque des épisodes dépressifs en population générale", Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques, n°545, décembre.

Palmer C.S. et al. (1998), "Depression in the workplace: examining antidepressants use and workers characteristics and their association with disability", *CNS Drugs*, June, Vol. 10, n°3,pp.223-231.Accessible: http://www.camh.net/hsrcu/ORTAP_Depression_in_the_Workplace.pdf

Sécurité Sociale (2005), Chiffres et repères édition 2005, Accessible : http://www.ameli.fr/213/RUB/213/omb.html.

Wasworth Emma et al. (2003), "Preliminary investigation of the association between psychotropic medication use and accidents, minor injuries and cognitive failures", *Human Psychopharmacology*, Oct, pp. 535-540.

Wechsler Jill (2004), "Safety Problems Roil Pharma and FDA", *Pharmaceutical Technology Europe*, Dec., vol. 12 Issue 12, 19-24.

Revues économiques

Arrow J.A. (1963), "Uncertainty and the welfare economics of medical care", American *Economic Review*, 53, 941-973.

Cavalie P. (1998), "Les références médicales opposables: quel impact sur la consommation des médicaments ? ", *Economie et Statistique*, n°312-313, pp. 85-100.

Collen Vincent (2007), "Servier a connu une deuxième année de forte croissance", *Les Echos*, 8 février, p. 22.

Coscelli Andrea (2000), "The importance of doctors' and patients' preferences in the prescription decision", *The Journal of Industrial Economics*, septembre, n°3, volume XLVIII, 349-367.

Gillet C. (2001), "Passage à l'acte et substances psychoactives : alcool, médicaments, drogues", *L'Encéphale*, vol. 27, n°4, 351-359.

Hellerstein Judith K. (1998), 'The importance of the physician in the generic versus trade-name prescription decision", *Journal of Economics*, vol.29, n°1, spring., 108-136.

Presse générale

Blanchard S. (2007), “La vente de medicaments sur le Web inquiète les autorités”, *Le Monde*, 21 février, p. 23.

Coignard Sophie (2004), "Antidépresseurs : le dossier noir des labos", *Le Point*, 14 octobre, n°1674, p.76.

Fleming Charles et Morice Anne-Michelle (2004), "Europe wants citizens to pop fewer pills", *Wall Street Journal*, 25 février, vol. 243 issue 38.

Gunnel Barbara (2004), “The happiest industry”, *Newsstatesman*, 6 septembre.

Le Figaro (2006), "L'automédication pour faire des économies ?", 19 décembre.

Le Monde (2007), "Antidépresseurs: la FDA demande d'avertir plus sur les risques de suicide", 2 mai.

Perez Alain (2007)," La dépression, nouveau “mal du siècle”", *Les Echos*, 13 février, p.20.

Perez Martine (2006), “Le marché des medicaments sous influence”, *Le Figaro*, 16 juin.

Washburn Jennifer (2006), “The best minds money can buy”, *Tulsa World*, 30 juillet.

Sources Internet

Destination Santé (2006), “Dépression : une maladie qui prend la tête », 4 octobre. Accessible : http://www.destinationsante.com/fr_depeche.php?id_rubrique=114&id_article=16078&cat=2Dépression : une maladie qui prend la tête

McKenzie K. (1999), “Views and reviews Accidents and antidepressants”, 29 octobre, accessible: http://www.bmj.com/cgi/content/full/309/6962/1167

NewsRx.com (2006), "Market analysis ; European anti-depressant market earned $4.7 billion in 2005", 5 août.

Annexes

Annexe 1 – Psychotropes et antidépresseurs

Selon la définition proposée par Delamare, M. (2003), un psychotrope est un médicament "qui agit sur l'activité cérébrale".

Le terme psychotrope est officiellement utilisé par l'ONU (Organisation des Nations Unies) pour désigner les substances classées aux tableaux I, II, III ou IV de la convention sur les substances psychotropes ratifiée le 21 février 1971 à Vienne, dont l'objectif, en établissant une liste de ces substances, était de limiter la production et le commerce de substances psychotropes synthétiques.

Selon la classification ATC (*Anatomical Therapeutical Chemical*), qui s'inspire de la classification proposée par Jean Delay et adoptée par le 3ème congrès mondial de psychiatrie en 1961, on différencie ainsi :

1. les psycholeptiques : anxiolytiques, hypnotiques et sédatifs, antipsychotiques. Les termes tranquillisants et anxiolytiques sont équivalents en français, mais l'usage du terme anxiolytique doit être préféré pour éviter toute ambiguïté, notamment pour la traduction de "*tranquilizer"* qui, en anglais, recouvre les neuroleptiques (*major tranquilizers*) et les anxiolytiques (*minor tranquilizers*).
2. les psychoanaleptiques : antidépresseurs et psychostimulants.
3. les psychodysleptiques : substances hallucinogènes qui n'ont pas d'indication thérapeutique.
4. les antipsychotiques, régulateurs de l'humeur (ou thymorégulateurs ou normothymiques).

Les antidépresseurs sont eux-mêmes subdivisés en cinq sous-classes :

1. les imipraminiques, tricycliques ou non,
2. les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS),
3. les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN),
4. les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO),
5. les "autres antidépresseurs" (de mécanisme pharmacologique différent).

Annexe 2 – Les principaux antidépresseurs sur le marché

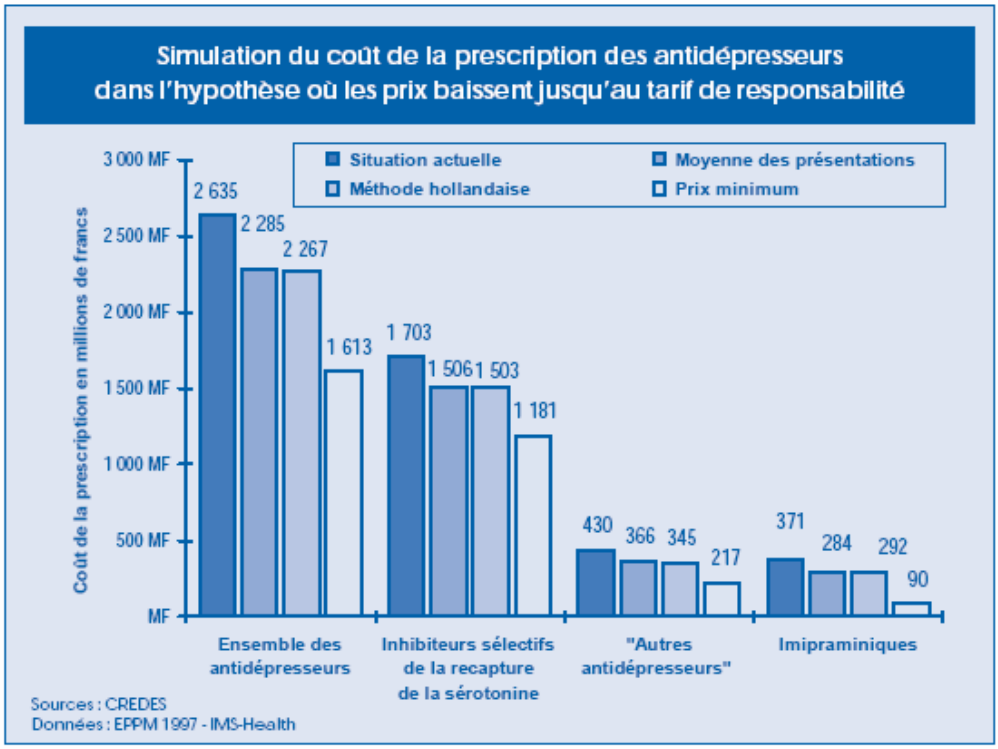
Tableau 1. AMM des principaux antidépresseurs commercialisés

	Episode dépressif majeur	Prévention récidives dépressives	TAG[1]	Trouble panique	TOC[2]	Phobie sociale	ESPT[3]	Boulimie
Floxyfral®	X				X			
Prozac®	X	X			X			X
Deroxat®	X		X	X	X	X	X	
Zoloft®	X	X			X			
Seropram®	X			X				
Seroplex®	X		X			X		
Effexor®	X	X	X			X		
Norset®	X							

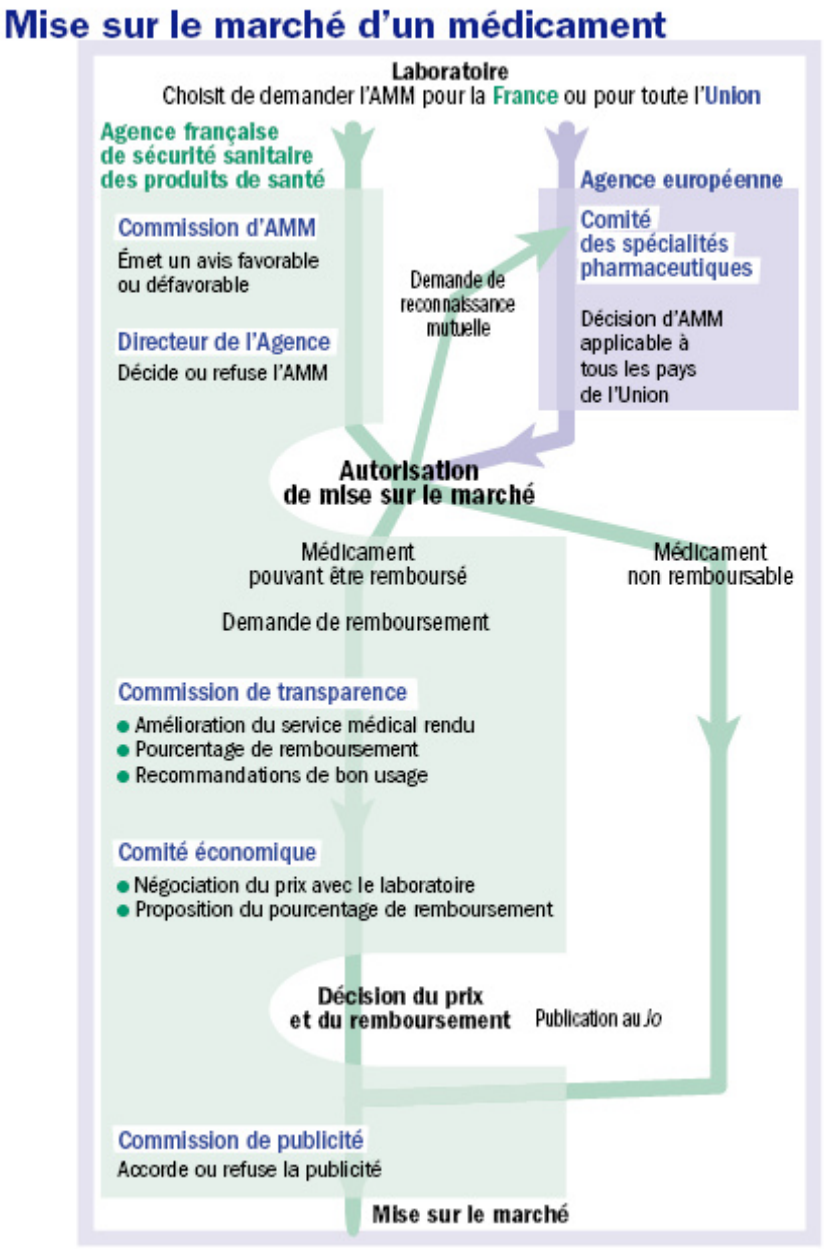
1. Trouble anxiété généralisée ; 2. Trouble obsessionnel compulsif ; 3. Etat de stress post-traumatique

Source : rapport de l'OPEPS, juin 2006

Annexe 3 – La mise en place du tarif de responsabilité



Annexe 4 – Mise sur le marché d'un médicament



Annexe 5 – Modèle de Levy et al.