

Les défis de la surmédicalisation en santé mentale

Mélissa Généreux, professeure titulaire, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

FAITS SAILLANTS

- On observe une hausse de la souffrance psychologique et des consultations en santé mentale, ce qui exerce une pression croissante sur la première ligne de soins.
- Notre système de santé, nos systèmes d'assurance et notre société contribuent à la surmédicalisation en santé mentale, soit la tendance à poser des diagnostics ou à administrer des traitements inutilement.
- Un modèle de soins de première ligne davantage centré sur l'analyse des besoins et les approches non pharmacologiques en réponse à ces besoins permettrait d'atténuer le phénomène de la surmédicalisation en santé mentale.

PROBLÉMATIQUE ET ENJEU PRINCIPAL

On sera tous et toutes un jour ou l'autre affecté(e)s par une moins bonne santé mentale, directement ou indirectement, que ce soit par une expérience personnelle ou celle d'un proche. Environ la moitié de la population, parvenue à l'âge de 40 ans, aura déjà souffert d'un trouble mental (1). Il apparaît légitime, voire sain, dans ce contexte de poser un regard critique sur notre modèle de soins de première ligne en santé mentale, afin d'identifier de possibles pistes d'amélioration.

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

La santé mentale de la population, en particulier celle des jeunes, est mise à mal depuis une ou deux décennies, la pandémie ayant accéléré la hausse de la souffrance. Ce phénomène serait attribuable aux facteurs de stress relevant de changements sociétaux rapides (p. ex. omniprésence des écrans, hausse du coût de la vie, conflits géopolitiques) envers lesquels on a peu de contrôle et qui nécessitent des actions collectives s'attaquant à leur racine. Une enquête menée par l'Université de Sherbrooke en 2023 auprès de 18 000 jeunes âgés 12 à 25 ans de quatre régions du Québec a révélé que 37 % d'entre eux rapportaient des symptômes modérés d'anxiété ou de dépression (2). Dans la même veine, les données du Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ) révèlent qu'en dix ans, les troubles anxieux ou dépressifs (diagnostiqués par un médecin) ont bondi de 104 % chez les filles de 10 à 14 ans, de 95 % chez celles de 15 à 19 ans et de 46 % chez celles de 20 à 24 ans (3). Plusieurs sources de données (ordonnances traitées en pharmacie, assureurs privés, Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)) arrivent à la même conclusion : la consommation d'antidépresseurs est en forte hausse depuis une quinzaine d'années au Québec.

Pour citer cet avis | Généreux, M. (2025). Les défis de la surmédicalisation en santé mentale (p. 133). Dans Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec. *Des soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts.*
https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil_IUPLSSS_2025.pdf

Par exemple, selon les données d'IQVIA¹, les filles de 12 à 17 ans étaient six fois plus nombreuses à prendre des antidépresseurs en 2023 qu'en 2019 (4). Une analyse récente de l'Institut national de santé publique du Québec sur les comportements suicidaires au Québec mène à des constats tout aussi préoccupants. On y constate que de 2023 à 2024, les visites aux urgences pour idées suicidaires semblent à la hausse, et ce, dans tous groupes d'âge, tant chez les femmes que chez les hommes (5).

La hausse à la fois de la souffrance psychologique et des consultations en santé mentale exerce une pression croissante sur la première ligne de soins. De nombreux écueils compromettent cependant sa capacité à répondre à cette demande accrue, incluant la rareté de la main-d'œuvre, le glissement du personnel vers les services privés et la culture médico-centrée. En découle une inadéquation entre les besoins exprimés, d'une part, et la capacité d'y répondre adéquatement, d'autre part. Le tout contribue au phénomène de la surmédicalisation, soit la propension de la médecine à poser des diagnostics (c.-à-d. le surdiagnostic) ou à administrer des traitements (c.-à-d. le surtraitement) inutilement. Ce phénomène complexe est lié à au moins cinq grands défis collectifs présentés ci-dessous :

Premièrement, en tentant de trouver une explication médicale à tout souci de santé mentale, notre société participe elle-même à la surmédicalisation. Au lieu de se concentrer sur les besoins (de sécurité, d'attachement, de sens, de reconnaissance, etc.) qui se cachent derrière la souffrance, on la camoufle d'un terme clinique qui dévie l'attention vers une solution médicale. Dès l'identification d'un diagnostic, on cherche à traiter la maladie plutôt que de s'attaquer à l'origine du problème. Nos différents systèmes contribuent, malgré eux, à cette tendance, par l'accès facilité aux ressources d'aide (à l'école, en milieu de travail, en CLSC, à l'hôpital, etc.) en présence d'un diagnostic.

Deuxièmement, l'avènement d'un outil diagnostique plus « performant », à savoir la version la plus récente du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-V), détient sa part de responsabilité. L'augmentation du nombre de diagnostics et l'assouplissement de certains critères requis pour les poser ouvrent la porte au surdiagnostic. Des scientifiques lui reprochent ainsi sa contribution à l'augmentation non justifiée des diagnostics et, par conséquent, de l'usage de médicaments (6). On ne peut ici passer sous silence l'influence probable de l'industrie pharmaceutique, puisque l'accès au traitement pharmacologique (remboursable par les assurances) nécessite un diagnostic médical, qui est généralement fondé sur les critères dictés dans le DSM-V (7).

Troisièmement, le positionnement central qu'occupent les médecins, par rapport à d'autres professionnel(le)s qualifié(e)s en santé mentale, dans la prise en charge de la souffrance psychologique en première ligne exacerbe la surmédicalisation. Il faut savoir qu'au Québec, environ 40 % des consultations auprès d'un médecin de famille seraient dorénavant pour un trouble mental (8) et que 80 % des ordonnances d'antidépresseurs seraient rédigées par des médecins de famille (9). L'approche médicale prédominante fait en sorte que, souvent, les efforts en première ligne sont déviés vers la recherche d'un diagnostic et d'un traitement, plutôt que vers l'analyse et la réponse aux besoins sous-jacents. C'est en tentant de comprendre les difficultés qui se cachent derrière leur

¹ IQVIA est une multinationale qui se spécialise dans l'analyse de données de santé. Les données d'IQVIA sont utilisées sous licence « GPM Custom Insights ». Elles reflètent des estimations générées à partir des ordonnances dispensées en pharmacies communautaires et correspondant à environ 80 % de toutes celles dispensées au Canada.

souffrance ainsi que les préférences individuelles que des approches thérapeutiques non pharmacologiques, souvent plus adaptées à la réalité des patient(e)s, sont privilégiées.

Quatrièmement, les défis d'accessibilité et de continuité des soins de première ligne (notamment lié au manque de personnel) peuvent, de manière paradoxale, amplifier la surmédicalisation. Prenons le cas typique d'une personne qui doit consulter dans une clinique « sans rendez-vous » ou à l'urgence pour une détresse psychologique intense, faute d'avoir accès à une équipe soignante plus stable. De telles évaluations cliniques rapides, ponctuelles et impersonnelles ont le potentiel de mener au surdiagnostic et au surtraitement des troubles mentaux. Les professionnel(le)s œuvrant dans ce contexte n'ont en effet pas la chance de discuter en profondeur des alternatives non pharmacologiques ni d'offrir un suivi permettant de réévaluer l'état afin de préciser le diagnostic et de prescrire un traitement plus approprié. La prescription d'antidépresseurs devient alors une approche rapide, simple et accessible pour apporter un répit à la souffrance. De plus, en l'absence d'accès stable à une équipe, la réévaluation de la pertinence de poursuivre ou non la prise d'antidépresseurs n'est pas garantie. Plusieurs personnes se retrouvent ainsi à consommer des antidépresseurs pendant plusieurs années, avec un renouvellement annuel presque automatique.

Cinquièmement, si la psychothérapie est une forme de traitement non pharmacologique des troubles mentaux largement reconnue, les systèmes de santé et d'assurance québécois encouragent davantage le recours à la médication. La médication est assurée par les régimes d'assurance privée ou par la RAMQ pour les personnes qui ne détiennent pas d'assurances privées. En prenant en considération la couverture offerte par la RAMQ, une dose d'antidépresseur peut coûter aussi peu que 0,30 \$ (10) pour un total approximatif de 9 \$ par mois, ce qui est beaucoup plus abordable qu'une séance de psychothérapie au privé, souvent offerte sur une base hebdomadaire, au coût de 120 \$ à 180 \$ la séance (non couvert par la RAMQ).

CONCLUSION ET RÉFLEXION

En somme, il est clair que notre système de santé, nos systèmes d'assurance et notre société de manière plus large encouragent chacun à leur manière le phénomène de surmédicalisation observé en santé mentale. Cette surmédicalisation n'est pas sans conséquence pour le bien-être des personnes souffrantes, dont les réels besoins demeurent sans réponse, ou encore pour le système de santé, qui doit faire face à une escalade de demandes et de coûts pourtant évitables.

Devant cette pente glissante de la surmédicalisation en santé mentale, plusieurs pistes d'amélioration gagneraient à être considérées afin de revoir le modèle de soins en première ligne. Selon la nature et l'intensité de la souffrance, de nombreuses options non médicales pourraient être préconisées, comme le recours à l'autosoins (11), à la psychoéducation, à la psychothérapie assistée par ordinateur, à un programme structuré d'activité physique, à la luminothérapie, au yoga, etc. Les préférences de la personne souffrante devraient dans tous les cas être considérées dans l'établissement du plan de traitement, en l'informant des effets bénéfiques, des effets secondaires et des alternatives possibles. La mise en place de stratégies visant à diminuer ou cesser la médication (lorsqu'indiqué) devrait également faire partie de l'approche prônée lors du rétablissement. En outre, l'accès à la psychothérapie, sans frais et dans un délai raisonnable, devrait être la norme pour tous et toutes, même si cela implique un

rehaussement de salaire et une révision des conditions de travail des professionnel(le)s autorisé(e)s à l'exercer. Devant l'ampleur des besoins en santé mentale, il faut par ailleurs veiller à impliquer et à soutenir davantage les proches des personnes souffrant de troubles mentaux dans les soins et services. Enfin, on doit chercher à construire des réseaux plus intégrés à l'échelle des communautés, afin d'assurer aux personnes souffrantes et à leurs proches l'accès à une gamme diversifiée et complémentaire de services leur permettant de retrouver une qualité de vie et de s'épanouir.

RÉFÉRENCES

1. Faits saillants sur la santé mentale et la maladie mentale, sur le site de l'Association canadienne pour la santé mentale. Repéré à <https://cmha.ca/fr/brochure/faits-saillants-sur-la-maladie-mentale>
2. Généreux, M., Bergeron, J., Bourassa, L., Brisson Sylvestre, M.-P., Fafard, A.-C., Melançon, M.-È. (2023). Enquête sur la santé psychologique des 12 à 25 ans. Université de Sherbrooke. https://reussirestrie.ca/wp-content/uploads/2023/05/RAPPORT_mai_2023_vf.pdf
3. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), actualisation découpage territorial version M34-2022. Québec : Gouvernement du Québec.
4. Fournier, M.-È. (20 juillet 2024). Attention : humains fragiles. La Presse. Repéré à <https://www.lapresse.ca/actualites/chroniques/2024-07-20/attention-humains-fragiles.php>
5. INSPQ (2025). Les comportements suicidaires au Québec : portrait 2025. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/publications/3611>
6. Pearce S. (2014). DSM-5 and the rise of the diagnostic checklist. Journal of Medical Ethics; 40: 515-516. <https://jme.bmj.com/content/40/8/515>
7. Frances, A.J., Nardo, J.M. (2013). ICD-11 should not repeat the mistakes made by DSM-5. British Journal of Psychiatry, 203(1):1-2. doi: 10.1192/bjp.bp.113.127647.
8. Desautels, K. (21 juin 2024). Le ministre Carmant veut étendre les services en santé mentale, La Presse.
9. IQVIA. (2024). Fiche d'information sur la Prévalence et traitements des troubles de santé mentale : Tendances de l'utilisation des antidépresseurs au Canada, 2019-2023. Repéré à <https://www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/canada/fact-sheets/snapshot-antidepressants-2024-fr.pdf>
10. Teboul, E., Raymond, J.-C. (2022). Coûts des antidépresseurs. Repéré à <https://ampq.org/wp-content/uploads/2022/06/juillet-2022-couts-des-antidepresseurs-eric-teboul-jean-christophe-raymond.pdf>
11. Laboratoire Vitalité. (2024). Aller mieux à ma façon. Université du Québec à Montréal (UQÀM). Repéré à <https://allermieuxamafacon.ca/>

SOURCE SUGGÉRÉE

- Généreux, M. (2025). Renforts : un essai pour la santé mentale. Leméac.

Cet avis a été produit dans le cadre d'une démarche de mobilisation des connaissances des deux Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec (IUPLSSS du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et VITAM – Centre de recherche en santé durable du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale). Il a été publié dans : *Des soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts.*

Cette initiative visait à dresser un état de situation des soins et des services de première ligne au Québec en regroupant les avis scientifiques de nombreux chercheurs et chercheuses dans le domaine.

