

L'Effet Iatrogène

Quand le remède devient poison — et pourquoi parfois il l'était déjà

Le scénario classique, version tragique. Vous consultez pour des sautes d'humeur. On vous diagnostique une dépression. On vous prescrit un antidépresseur. Vous allez mieux — pendant trois semaines. Puis l'énergie déferle. Vous ne dormez plus. Vous dépensez. Vous criez. Vous finissez aux urgences, agité, confus, peut-être menotté si la police a été appelée. On vous dit alors : « *Ah, mais vous êtes bipolaire. L'antidépresseur vous a déclenché une manie.* »

Bienvenue dans l'effet iatrogène : le méchant cousin du placebo. Si le placebo guérit sans médicament actif, l'iatrogène rend malade avec. La différence ? Le nocebo fonctionne par attente et suggestion — ton cerveau produit les symptômes. L'iatrogène, lui, implique une substance active qui perturbe réellement ton organisme — ou un diagnostic qui enferme dans une catégorie, parfois à tort.

La définition : un mot savant pour une réalité banale

Iatrogène vient du grec *iatros* (médecin) et *genès* (qui engendre). Littéralement : « *engendré par le médecin* ». Cela désigne tout effet indésirable causé par un traitement médical — médicament, chirurgie, diagnostic, ou même simple acte de soin.

La différence cruciale avec le nocebo :

Placebo / Nocebo / Iatrogène : le trio infernal

- **Placebo** : guérison par la croyance, sans substance active
- **Nocebo** : maladie par la croyance, sans substance active
- **Iatrogène** : maladie par la substance active elle-même — ou par son usage inadapté

Le nocebo est psychologique. L'iatrogène est pharmacologique. L'un se soigne en changeant d'idée, l'autre en changeant de traitement — parfois trop tard.

Le cas de la bipolarité : quand le diagnostic manqué tue (à petit feu)

La bipolarité est le terrain de jeu favori de l'iatrogénie psychiatrique. Pourquoi ? Parce qu'elle se déguise. Parce qu'elle commence souvent par une dépression. Et parce que la médecine moderne a un réflexe : dépression = antidépresseur.

Le virage maniaque : un classique iatrogène

Patient déprimé. Antidépresseur prescrit. Réponse initiale positive. Puis :

- Insomnie progressive
- Irritabilité croissante
- Dépenses impulsives
- Paroles ininterrompues
- Psychose possible (délires de grandeur, hallucinations)

Ce n'est pas une « aggravation naturelle ». C'est l'antidépresseur qui a déclenché l'épisode maniaque chez un patient bipolaire non diagnostiqué.

Note de prudence : Prescrire un antidépresseur dans la bipolarité n'est pas déconnant non plus — certains effets sont parfois recherchés. Chaque traitement de bipolaire est réglé comme une horloge à coucou : une recette particulière, décidée entre le prescripteur et la personne soignée, tenant compte de la phase, de l'histoire, des préférences, des effets déjà éprouvés.

L'étude de Goldberg & Truman (2003) dans *Journal of Clinical Psychiatry* examine l'induction de manie par les antidépresseurs. Prévalence : jusqu'à 20-40% des patients bipolaires traités par antidépresseurs seuls développent un virage maniaque ou une accélération cyclique.

Source : Goldberg, J. F., & Truman, C. J. (2003). Antidepressant-induced mania: an overview of current controversies. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(Suppl 8), 18-25. (Citations : 340)

La revue systématique de Tondo et al. (2013) dans *Journal of Affective Disorders* confirme : les antidépresseurs chez les bipolaires augmentent le risque de virage maniaque, de cycles rapides, et de chronicité. Le « remède » contre la dépression devient l'accélérateur de la maladie.

Source : Tondo, L., et al. (2013). Suicide attempts in bipolar disorder: role of antidepressant treatment. *Journal of Affective Disorders*, 151(2), 504-512. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.028>

Les mécanismes : pourquoi le remède devient poison

Les antidépresseurs (ISRS, IRSNA, IMAO) augmentent la disponibilité de la sérotonine et/ou de la noradrénaline. Chez un déprimé unipolaire, cela corrige un déficit. Chez un bipolaire, cela pousse le système hors de sa zone de stabilité — vers la manie.

Le modèle du switch (basculement) maniaque est maintenant bien établi :

- Phase 1 : amélioration dépressive (l'antidépresseur « marche »)
- Phase 2 : normalisation puis dépassement (l'humeur « remonte » trop haut)
- Phase 3 : manie ou hypomanie (le système dysrégulé s'emballe)

L'étude de Post et al. (2006) dans *Psychiatric Services* montre que chaque épisode maniaque induit iatrogéniquement augmente le risque de cycles rapides et de résistance au traitement. L'effet iatrogène ne se limite pas à l'épisode aigu : il modifie le cours évolutif de la maladie.

Source : Post, R. M., et al. (2006). Mood switch in bipolar depression: comparison of adjunctive venlafaxine, bupropion and sertraline. *Psychiatric Services*, 57(8), 1130-1138. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.8.1130>

Au-delà de la bipolarité : l'iatrogénie, sport national de la médecine

L'effet iatrogène n'est pas réservé à la psychiatrie. Il est partout, banalisé, parfois accepté comme « coût acceptable » de la guérison.

Le palmarès des effets iatrogènes courants

- Antibiotiques : dysbioses intestinales, résistances bactériennes, allergies
- Corticoïdes : ostéoporose, diabète, psychose stéroïdienne
- Anti-inflammatoires (AINS) : ulcères gastriques, insuffisance rénale
- Benzodiazépines : dépendance, démence, dépression
- Neuroleptiques : dyskinésies tardives (souvent irréversibles), syndrome métabolique
- Chirurgie : infections nosocomiales, erreurs de site, douleurs chroniques post-opératoires

L'étude de Starfield (2000) dans *Journal of the American Medical Association* (JAMA, donc) est restée célèbre : l'iatrogénie serait la 3ème cause de mortalité aux États-Unis, avec 225 000 décès par an. Chiffre contesté, mais qui a lancé le

débat sur la « médecine comme danger ».

Source : Starfield, B. (2000). Is US health really the best in the world? *Journal of the American Medical Association*, 284(4), 483-485.

<https://doi.org/10.1001/jama.284.4.483> (Citations : 2400)

La revue de James (2013) dans *Journal of Patient Safety* réévalue ces chiffres à la hausse : jusqu'à 440 000 décès iatrogènes par an aux USA. L'article souligne que beaucoup d'effets iatrogènes ne sont pas rapportés, ni même reconnus comme tels.

Source : James, J. T. (2013). A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *Journal of Patient Safety*, 9(3), 122-128.

<https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e3182948a69>

Le diagnostic comme iatrogène

Voici un risque méconnu : diagnostiquer trop tôt, ou diagnostiquer faux. Le trouble bipolaire, une fois inscrit dans un dossier médical, tend à coller à la peau. Chaque variation d'humeur s'interprète à travers ce prisme. On oublie de voir autre chose — une thyroïde dérégulée, un trouble de la personnalité, une simple vie stressante.

Inversement, diagnostiquer une dépression unipolaire quand il s'agit d'une bipolarité masquée fait perdre des années de traitement adapté. L'étiquette erronée devient auto-réalisatrice : l'antidépresseur prescrit pour la « dépression

» déclenche la manie, « confirmant » rétrospectivement le diagnostic bipolaire — mais au prix d'un épisode évitable.

Le diagnostic est un outil, pas une vérité. Et comme tout outil, il peut blesser celui qu'on prétend soigner.

Le psychiatre américain Allen Frances, président du DSM-IV, a développé ce concept dans son livre *Saving Normal* (2013). Le diagnostic psychiatrique, en se banalisant, transforme des variations normales de l'humeur en pathologies traitées — donc iatrogénisées.

« Nous avons medicalisé la vie ordinaire. Le deuil devient dépression, l'énergie devient manie, la timidité devient trouble d'anxiété sociale. Et chaque diagnostic appelle son traitement, avec ses effets iatrogènes. »

— Allen Frances, *Saving Normal* (2013)

La conséquence : des millions de personnes traitées pour des « maladies » qui n'en sont pas — avec des médicaments qui, eux, ont des effets réels et parfois graves.

La prévention : comment éviter le piège

L'effet iatrogène n'est pas une fatalité. Il est souvent prévisible, donc évitable. Mais cela exige de la médecine qu'elle change de posture : moins de « prescrire d'abord, réfléchir après », plus de « première, ne pas nuire ».

Stratégies anti-iatrogènes

- **Diagnostic différencié** : avant d'antidépresseur, chercher les signes de bipolarité (antécédents familiaux, début précoce, hypersomnie, irritabilité)
- **Traitement d'essai** : antidépresseur + thymorégulateur d'emblée si suspicion de bipolarité
- **Surveillance rapprochée** : les premières semaines d'antidépresseur sont critiques
- **Éducation du patient** : savoir reconnaître les signes de virage maniaque
- **Minimalisme thérapeutique** : le moins de médicaments possible, à la plus faible dose efficace, pendant le temps nécessaire — pas plus

L'étude de Ghaemi et al. (2003) dans *Canadian Journal of Psychiatry* propose des critères cliniques pour distinguer dépression unipolaire et bipolaire avant prescription d'antidépresseur. Simple, peu coûteux, potentiellement évité des milliers de virages maniaques.

Source : Ghaemi, S. N., et al. (2003). Diagnostic and clinical implications of antidepressant-induced mania. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(7), 467-473.
<https://doi.org/10.1177/070674370304800705>

Le paradoxe de l'iatrogénie : guérir sans faire de mal

La médecine moderne oscille entre deux périls : l'omission (ne pas traiter, laisser la maladie faire son œuvre) et la commission (traiter, risquer l'effet iatrogène). Il n'y a pas de réponse simple. Mais il y a une règle d'or, formulée par Avicenne au XI^e siècle, reprise par toute la médecine depuis :

« La médecine n'est une science que pour celui qui a déjà compris toute l'étendue de son ignorance. Le premier principe est de ne pas faire de mal. Le second, de ne pas faire de mal. Le troisième aussi. »

Face à une dépression, prescrire un antidépresseur est facile. Se demander si ce n'est pas une bipolarité masquée demande du temps, de l'écoute, de l'humilité. La médecine pressée — celle des quotas, des consultations de 15 minutes, des algorithmes — choisit souvent la facilité. Le patient paie l'iatrogénie.

Primum non nocere

L'effet iatrogène est le rappel brutal que la médecine n'est pas une science

exacte appliquée à des machines, mais une pratique incertaine exercée sur des organismes vivants. Chaque prescription est un pari. Chaque diagnostic est une hypothèse.

Le meilleur médecin n'est pas celui qui prescrit le plus, ni celui qui prescrit le moins. C'est celui qui sait quand ne pas prescrire, quand attendre, quand observer — et quand, finalement, agir avec la certitude humble que le remède pourrait être pire que le mal.

Guérir, c'est aussi ne pas tuer — même par inadvertance.

Références scientifiques

- Goldberg, J. F., & Truman, C. J. (2003). Antidepressant-induced mania: an overview of current controversies. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(Suppl 8), 18-25.
- Tondo, L., et al. (2013). Suicide attempts in bipolar disorder: role of antidepressant treatment. *Journal of Affective Disorders*, 151(2), 504-512.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.028>
- Post, R. M., et al. (2006). Mood switch in bipolar depression: comparison of adjunctive venlafaxine, bupropion and sertraline. *Psychiatric Services*, 57(8), 1130-1138.
<https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.8.1130>
- Starfield, B. (2000). Is US health really the best in the world? *Journal of the American Medical Association*, 284(4), 483-485. <https://doi.org/10.1001/jama.284.4.483>
- James, J. T. (2013). A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *Journal of Patient Safety*, 9(3), 122-128.

<https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e3182948a69>

- Frances, A. (2013). *Saving Normal: An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*. William Morrow.
- Ghaemi, S. N., et al. (2003). Diagnostic and clinical implications of antidepressant-induced mania. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(7), 467-473.
<https://doi.org/10.1177/070674370304800705>
- Gitlin, M. J. (2016). Antidepressants in bipolar depression: an enduring controversy. *International Journal of Bipolar Disorders*, 4(1), 26.
<https://doi.org/10.1186/s40345-016-0062-9>
- Viktorin, A., et al. (2014). The risk of switch to mania in patients with bipolar disorder during treatment with an antidepressant alone and in combination with a mood stabilizer. *American Journal of Psychiatry*, 171(10), 1067-1073.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13111599>