



L'approche psychothérapeutique de la pharmacothérapie de la dépression

par Gérard Cournoyer

La dépression majeure est une maladie potentiellement mortelle qui constitue un problème de santé publique très important. De toutes les maladies provoquant un décès prématuré ou des années d'invalidité, elle se situe au deuxième rang après la maladie cardiaque ischémique¹. Il est donc important de la traiter.

Comment l'aborder ?

sociale³. On sait en effet que la dépression, comme les autres maladies mentales, entraîne une stigmatisation sociale considérable. Il faudra en tenir compte, dans la mesure où l'objectif du traitement est une restitution *ad integrum*.

Il est primordial de se rappeler que le patient dépressif est souffrant physiquement et moralement et que cet état malade est pour lui désarmant, dévalorisant et désespérant. Il a très peur, comme la plupart des malades, et il faut le reconnaître.

En plus des considérations qui précèdent, il est utile de cerner la personnalité du patient. Cela pourra nous guider sur la façon d'interagir avec lui, certes, mais permettra aussi de restreindre les attentes qu'on peut avoir par rapport au traitement. L'expé-

rience clinique nous apprend qu'il est honnête de dire à un patient déprimé qu'il pourra être aussi bien qu'il l'était avant d'être dépressif. Cela implique que le patient présentant un trouble de la personnalité ou une maladie physique sérieuse peut s'attendre à un soulagement des symptômes dépressifs majeurs qui se sont surajoutés à des problèmes de base, sans pour autant penser que les antidépresseurs constitueront la « pilule du bonheur ».

Le tableau diagnostique

Nombreux sont les médecins qui posent le diagnostic de dépression, mais aussi, nombreux sont les patients qui le réfutent d'emblée. Ils sont lucides, diront-ils, et surtout, ils ne sont pas fous. Voilà le stigmate de la maladie

LA DÉPRESSION MAJEURE est un fardeau social colossal, et la souffrance humaine qui en découle est incommensurable. Les données actuelles de la science ne permettent pas encore de préciser la cause de la dépression, mais il semble que, comme en mathématiques, on puisse concevoir l'état dépressif comme une sorte de résultante de l'interaction de plusieurs vecteurs. Ce sont des facteurs de nature biologique, psychologique et sociale qui, seuls ou en association, agissent au niveau du diencéphale pour provoquer une perturbation de l'humeur avec des symptômes physiques, cognitifs et neurovégétatifs qui aboutissent à une perturbation du fonctionnement psychosocial normal².

La prise en charge

Le médecin, grâce à son expertise, peut jouer un rôle primordial dans la prise en charge des patients déprimés. En plus de la pharmacothérapie, la démarche de soutien qu'il doit mettre en œuvre comporte un ensemble complexe d'interventions qui sont essentielles au traitement de la dépression. Pour ce faire, il faut établir une relation de confiance empathique, être vigilant face à la possibilité d'impulsions destructrices du patient envers lui-même ou envers les autres, l'instruire sur la maladie, sur les traitements et sur le pronostic. On tiendra compte des conséquences familiales, de la possible nécessité d'un congé de maladie, du réseau de soutien social et des mesures à envisager pour la réinsertion

Le Dr Gérard Cournoyer, psychiatre, professeur adjoint au département de psychiatrie de l'Université de Montréal, exerce à l'hôpital Louis-H. Lafontaine, à Montréal.

Repères

Le médecin, grâce à son expertise, peut jouer un rôle primordial dans la prise en charge des patients déprimés. En plus de la pharmacothérapie, la démarche de soutien qu'il doit mettre en œuvre comporte un ensemble complexe d'interventions qui sont essentielles au traitement de la dépression.

Il est primordial de se rappeler que le patient dépressif est souffrant physiquement et moralement et que cet état malade est pour lui désarmant, dévalorisant et désespérant. Il a très peur, comme la plupart des malades, et il faut le reconnaître.

mentale qui fait obstacle d'entrée de jeu.

Prenons un exemple : une personne qui a toujours fonctionné normalement, avec ses forces et ses faiblesses, se retrouve dans un état dépressif majeur, pour lequel on peut déceler un ou plusieurs facteurs déclenchants. Ces derniers sont souvent présents et on a tendance, à tort, à les considérer comme des causes. État dépressif majeur, dit-on, parce que les symptômes, qui durent depuis au moins deux semaines, ont perturbé le fonctionnement normal. Dans les faits, lorsque la personne vient consulter, les symptômes évoluent insidieusement depuis des semaines, voire des mois. Sa vie a basculé. Besoin de comprendre, besoin d'un traitement antidépresseur, besoin de psychothérapie ? Qu'en pensez-vous, docteur ?

Généralement, le médecin a été consulté pour des symptômes physiques, et voilà qu'après avoir exclu une maladie dite « somatique » par une anamnèse, un examen et un bilan paraclinique, il retient le diagnostic de dépression majeure. « Que se passe-t-il, docteur ? » Il semble que les protagonistes de la relation ne parlent pas du tout de la même chose. Il importe d'établir un langage commun en éduquant le patient sur la définition médicale et les symptômes de la dépression. Comme le patient est déjà un expert des symptômes, le fait qu'il connaisse la définition médicale de la maladie facilitera le dialogue. Cela devrait aider à se comprendre.

Il est important de transmettre le fait qu'on ignore la cause précise de la dépression, sans pour autant négliger l'importance des facteurs déclenchants, s'il y en a. Il est inutile de chercher incessamment la cause dans une optique linéaire. À bien y penser, la dépression n'est pas si différente de bien d'autres maladies dont la cause précise est inconnue, ce qui n'empêche pas les traitements d'être efficaces. Intellectuellement, ce n'est pas aussi satisfaisant qu'on le voudrait, mais d'un autre côté, cet aveu que le savoir a des limites est souvent perçu par le patient comme un reflet d'humanité. Avec l'empathie et une neutralité bienveillante, cette humanité augmente les chances de constituer des assises solides pour une bonne relation médecin-malade.

Il est bon en effet qu'un patient déprimé sache et sente que son médecin va, avec lui, livrer bataille contre la dépression. C'est la pierre angulaire du traitement qui permettra souvent au malade de patienter, de tolérer les effets secondaires du médicament et d'entretenir au fond de lui-même un espoir réaliste de s'en sortir, même si son état l'empêche de le dire avant qu'il se sente vraiment mieux. Au moins, il sentira que son médecin y croit et s'occupera de lui. C'est un bon départ.

L'amorce d'un traitement antidépresseur

L'annonce qu'il faudra prendre un

antidépresseur fait peur au patient, surtout s'il s'agit d'un premier épisode dépressif. S'il s'agit d'une dépression récurrente, elle est à tout le moins décevante. Lors d'un premier épisode dépressif, on doit faire face aux préjugés, à l'ignorance, à la peur d'être étiqueté, à la crainte de l'accoutumance au médicament, de devoir en prendre toute sa vie, d'être comme un « zombie », de prendre une pilule qui va changer sa façon de penser. La liste n'est pas exhaustive. Une intervention peut corriger ces fausses conceptions sur les antidépresseurs. En effet, les antidépresseurs sont de curieux médicaments. Ce ne sont ni des calmants, ni des stimulants, et ils ne font, pour le patient déprimé, que soulager les symptômes. Ils n'exaltent pas l'humeur d'une personne dans son état normal. On pourrait utiliser une analogie pour aider un patient à comprendre ce phénomène. On peut prendre de l'acétaminophène ou de l'aspirine pour soulager une céphalée sans pour autant que ce médicament abaisse la température corporelle si elle est normale. Pourtant, le même médicament peut faire baisser une température anormale. Curieuse machine que notre cerveau, n'est-ce pas ?

Faute d'une réponse antérieure documentée sur le plan personnel ou familial, le choix d'une molécule repose en grande partie sur le choix des effets secondaires et sur l'expérience clinique du médecin. Il est souhaitable de le dire au patient. Il faut aussi l'informer, en termes simples, que plusieurs effets secondaires des antidépresseurs ressemblent aux symptômes que l'on veut traiter. Il y a lieu de noter les symptômes physiques qui précèdent l'amorce du traitement pharmacologique afin de reconnaître, par la suite, ceux qui émergeront et seront

Lors d'un premier épisode dépressif, on doit faire face aux préjugés, à l'ignorance, à la peur d'être étiqueté, à la crainte de l'accoutumance au médicament, de devoir en prendre toute sa vie, d'être comme un « zombie », de prendre une pilule qui va changer sa façon de penser.

des effets secondaires. C'est un soutien éducatif sans lequel une véritable observance thérapeutique est illusoire⁴. Il faut aussi informer le patient sur le délai d'action afin qu'il ne désespère pas. On devrait éviter de l'informer sur la résistance au traitement au début du traitement et n'en discuter que lorsqu'elle survient, c'est-à-dire après un essai thérapeutique de deux à six semaines à une posologie optimale. La relation de confiance sera alors établie et permettra d'expliquer au patient qu'on a vu ce phénomène à plusieurs reprises et qu'il survient dans environ un tiers des cas. L'usage consacré du « *start low, go slow* » en matière d'amorce d'un traitement antidépresseur est souvent la meilleure stratégie lors d'un premier épisode dépressif et offre au médecin une situation concrète dans laquelle il peut exprimer son empathie et son souci du bien-être du patient.

Le suivi en cours de traitement

La souffrance physique et morale du patient déprimé est un enfer⁵. Il est primordial de le reconnaître. Si l'on accepte la prémisse que les patients déprimés sont malades, cela implique qu'il faut les prendre en charge et les suivre étroitement, souvent sur une base hebdomadaire, tant qu'ils ne se sentent pas mieux. Il est bon aussi de leur dire de se sentir à l'aise d'appeler s'ils sont inquiets et d'accepter généreusement de les rassurer. Cela ne prend pas beaucoup de temps et consolide la relation de confiance.

Le délai d'action des antidépresseurs est une calamité, mais cela n'empêche pas d'entretenir un espoir réaliste d'amélioration. Lorsqu'une amélioration survient, des fluctuations symp-

tomatiques précèdent souvent la rémission. On doit rassurer le patient en lui expliquant que c'est normal. Il faut souligner les signes d'amélioration partielle en cours de traitement, ce qui est encourageant, et soutenir le patient en l'assurant qu'il est capable de reprendre ses activités à son rythme, sans se culpabiliser ni se dévaloriser. Ce n'est pas parce qu'il reste au lit, parce qu'il est inerte, inhibé par l'angoisse et se sent épuisé même en ne faisant rien qu'il ne se relèvera pas lorsqu'il ira mieux. Le repos est encore un bon remède. Il faut néanmoins l'encourager à s'adonner à des activités quotidiennes de base, faute de quoi il se culpabilise et se dévalorise.

Le conjoint ou la famille bénéficieront du soutien et de l'enseignement que vous leur donnerez. Ils sont aussi en détresse. Ces proches, qui ne sont pas pour autant déprimés, sont souvent plus réceptifs à l'enseignement offert que le patient lui-même. Ils n'ont pas, eux, de troubles d'attention ou de concentration. Ils veulent comprendre et peuvent être des alliés précieux dans le traitement. Au cours des dernières années, l'industrie pharmaceutique a rendu disponibles des outils éducatifs sur la dépression qui s'adressent au patient et à sa famille ; certains malades ont aussi accès à Internet ; des pharmaciens informent sur les effets secondaires et les interactions médicamenteuses. Ce sont des sources d'information qui amènent de l'eau au

moulin de la discussion. Il faut alors prendre le temps d'en parler.

L'approche phénoménologique des symptômes et des effets secondaires, c'est-à-dire l'écoute attentive de ce qu'un patient vit précisément, est indispensable. Elle constitue une porte d'entrée qui permet de mieux le connaître, d'évaluer les répercussions de la maladie et des traitements sur sa vie et sur ses relations avec son entourage.

Des patients se montreront curieux de savoir comment agissent les antidépresseurs. On peut expliquer, en termes simples, que ces molécules augmentent l'activité naturelle de certains transmetteurs chimiques cérébraux, ce qui aide à retrouver l'équilibre que la maladie avait modifié. Cela ne tient pas de l'alchimie, mais repose aujourd'hui sur des bases scientifiques solides⁶. Les patients n'en demandent souvent pas plus pour être rassurés et il est probable que, consciemment ou non, cela leur confirme que leur médecin fonde son raisonnement clinique et ses choix thérapeutiques sur des preuves scientifiques. De plus, le fait d'expliquer que l'état dépressif majeur est une maladie dont personne n'est à l'abri peut avoir un effet déculpabilisant pour un patient. Cela peut aussi avoir du sens pour lui.

Il faudra aussi, lorsque le temps sera venu, expliquer au patient qui va beaucoup mieux que le traitement antidépresseur doit se poursuivre pendant

L'approche phénoménologique des symptômes et des effets secondaires, c'est-à-dire l'écoute attentive de ce qu'un patient vit précisément, est indispensable. Elle constitue une porte d'entrée qui permet de mieux le connaître, d'évaluer les répercussions de la maladie et des traitements sur sa vie et sur ses relations avec son entourage.

Repère

quatre à six mois après la rémission afin d'éviter une résurgence des symptômes. Les traitements antidépresseurs, comme nombre de traitements médicaux, ne sont pas curatifs, mais plutôt symptomatiques. Ils soulagent, mais ne guérissent pas la maladie. Ils peuvent aussi jouer un rôle important dans la prévention des rechutes.

Voilà encore un sujet de discussion de grande importance entre un patient et son médecin. C'est un autre aspect psychoéducatif crucial. Malgré cela, certains patients voudront cesser brusquement ou prématurément le traitement parce qu'ils se sentent bien. On peut accepter ce désir d'arrêter le traitement en les informant toutefois des risques de sevrage et aussi des risques de rechute, tout en les incitant à consulter rapidement si cela devait survenir.

De certains aspects psychothérapeutiques

Qui dit psychothérapie dit thérapie par la parole. Il va de soi que les attitudes et les aspects transférentiels et contre-transférentiels font partie de la dynamique médecin-malade. Chacun sait la valeur de l'empathie et de la neutralité bienveillante. Mais un patient déprimé, qui en entrevue rumine sans cesse les mêmes angoisses, les mêmes peurs face aux médicaments, répète

les mêmes plaintes somatiques et nous fait répéter les mêmes consignes parce qu'il n'arrive pas à les retenir peut lourdement mettre à l'épreuve le contre-transfert, surtout si la salle d'attente est remplie. Il importe de reconnaître intérieurement cet aspect et de réaliser que pour un véritable déprimé, il ne peut en être autrement, du moins tant qu'il n'y aura pas une amélioration substantielle de son état. Le patient lui-même pourra se rendre compte de son attitude pessimiste et craintive, de ses déficits cognitifs, qu'il présentera comme des trous de mémoire, et il dira, en se dévalorisant, qu'il n'en peut plus d'être dans cet état et qu'il est épuisé d'entendre cette « cassette » qui tourne sans cesse dans sa tête. Il vaudra mieux alors, plutôt que de lui en tenir rigueur, se servir de ces signes cliniques pour évaluer l'évolution de son état. Ce sont là des aspects phénoménologiques livresques de la dépression, et le fait de les connaître aide à gérer le contre-transfert.

Les antidépresseurs ont un assez long délai d'action et des effets secondaires parfois très désagréables. Cela accroît le fardeau physique et psychologique de l'état dépressif. Il faut accepter l'expression de détresse, de frustration, voire de colère du patient, et parfois reconnaître une intolérance à une molécule. Il faudra alors faire preuve de souplesse et rajuster ou mo-

difier le traitement pharmacologique. Il n'est pas pertinent d'interpréter ces réactions comme un manque de collaboration, même si le patient n'a pas observé la prescription. Il avait ses raisons, ses malaises ou ses peurs. Il faut se souvenir, comme le disait La Fontaine, que « patience et longueur de temps font mieux que force ni que rage ».

La détermination est la clé du succès.

Tout au long de ce processus d'accompagnement psychothérapeutique, il faut garder à l'esprit la fameuse « triade dangereuse » de la dépression, en choisissant des interventions verbales ou d'autre nature visant à contrer le désarroi, le désespoir et la dévalorisation, et à diminuer ainsi le risque de suicide.

Enfin, une réalité doit être reconnue. À partir du moment où l'on accepte que la dépression est une maladie très répandue, d'origine multifactorielle, nécessitant un traitement pharmacologique, on doit envisager la possibilité que nul n'en est à l'abri. Cela suscite en chacun de nous, consciemment ou non, la peur d'en être affecté un jour. Il faut se méfier d'une certaine propension à nier la gravité de la situation et des symptômes du patient, ce qui pourrait se répercuter sur la vigueur des interventions thérapeutiques. Il est d'ailleurs permis de se demander si la prescription fréquente des antidépresseurs à des doses non optimales, voire carrément sous-thérapeutiques, n'est pas en partie liée à cette peur inconsciente.

La consultation en psychiatrie

La nécessité d'adresser un patient déprimé à un spécialiste est balisée. On recommande d'y recourir dans les

Les traitements antidépresseurs, comme nombre de traitements médicaux, ne sont pas curatifs, mais plutôt symptomatiques. Ils soulagent, mais ne guérissent pas la maladie. Ils peuvent aussi jouer un rôle important dans la prévention des rechutes.

Pour un médecin de famille, continuer à suivre un patient déprimé qui a été adressé à un spécialiste, même s'il n'ajuste plus les traitements pharmacologiques, qui seront susceptibles de se complexifier, comporte plusieurs avantages.

cas suivants :

- risque de suicide véritable ;
- grossesse ou planification d'une grossesse ;
- absence de soutien social ;
- incapacité sérieuse due à la dépression ;
- comorbidité ;
- et enfin, résistance à un ou deux essais thérapeutiques adéquats⁷.

L'orientation d'un patient à un psychiatre, surtout s'il n'en a jamais vu de sa vie, s'inscrit dans le cadre de la relation psychothérapeutique. Les mêmes obstacles qu'à l'amorce du traitement risquent de resurgir. Il faudra alors intervenir de façon à contrer les fausses conceptions, mais cette fois face à la psychiatrie.

Pour un médecin de famille, continuer à suivre un patient déprimé qui a été adressé à un spécialiste, même s'il n'ajuste plus les traitements pharmacologiques, qui seront susceptibles de se complexifier, comporte plusieurs avantages. Il continue la relation psychothérapeutique amorcée dans le cadre d'une période de soins, il reste au fait des changements de traitements, et il pourra se sentir plus à l'aise de communiquer avec son collègue psychiatre pour discuter de l'évolution du patient. Il s'agit, au fond, d'ajouter un joueur dans l'équipe de soins, tout en gardant le même objectif de livrer bataille ensemble à la dépression. □

Date de réception : 10 octobre 2000.

Date d'acceptation : 16 janvier 2001.

Mots clés : dépression, antidépresseur, psychothérapie de soutien, psychoéducatif.

Bibliographie

1. *Mental health: A report of the Surgeon General*. 1999 : <http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/chapter1/sect1.html>.
2. Akiskal HS, McKinney WT Jr. Overview

Summary

Psychotherapeutic approach in the pharmacotherapy of depression.

Most depressive patients first consult a family physician. Once a depression is diagnosed, the need for an antidepressant treatment no longer has to be demonstrated, but for the treatment to succeed it should be associated to psychotherapy. The doctor should be able to clearly conceptualize and actualize the different steps to go through with his patient to reassure, inform, support and guide him during the antidepressive treatment. The article covers the different steps of the psychotherapy, pointing out the obstacles to be overcome, and focusing on a supportive approach integrating psychoeducation.

Key words: depression, antidepressant, supportive psychotherapy, psychoeducation.

of recent research in depression. Integration of ten conceptual models into a comprehensive clinical frame. *Arch Gen Psychiatry* 1975 ; 32 : 285-305.

3. American Psychiatric Association Practice Guideline for Major Depressive Disorder in Adults. *Am J Psychiatry* avril 1993 ; 150 (4 Suppl) : 4.
4. *Lignes directrices pour le diagnostic et le traitement pharmacologique de la dépression*. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT). 1^{re} éd. révisée, 1999 : section V.
5. Gray GE. Severe Depression: A Patient's Thoughts. *Brit J Psychiatry* 1983 ; 143 : 319-22.
6. Blier P, de Montigny C. Le système à sérotonine et la réponse antidépressive. *Les Sélections de médecine/science* 1997 ; 7 : 22-9.
7. Rosenbaum JF, Fava M. Approach to the patient with depression. *The MGH Guide to Psychiatry in Primary Care*. McGraw-Hill, 1998 ; chap. 1 : 1-14.

FMOQ - Formation continue La thérapeutique

15 et 16 mars 2001, Hôtel des Gouverneurs, Québec
Renseignements : (514) 878-1911 ou 1 800 361-8499

