



Partager la décision dans le traitement de la dépression

Janie Houle, François Lespérance et Marie-Dominique Beaulieu

Caroline est consternée par le diagnostic de dépression majeure que vous venez de lui communiquer. C'est son deuxième épisode en moins de trois ans. Elle est réticente à prendre des antidépresseurs, auxquels elle attribue un risque élevé de dépendance. D'intensité modérée, son épisode dépressif ne s'accompagne toutefois d'aucune idée suicidaire ou homicidaire. Elle éprouve un grand besoin de parler de ses difficultés familiales et conjugales, mais n'a pas de confident.

Une psychothérapie serait-elle souhaitable ? Caroline pourrait-elle bénéficier des produits naturels comme solution de rechange aux antidépresseurs ? Pour la guider dans sa prise de décision, vous avez certaines informations à lui communiquer.

LA DÉPRESSION MAJEURE est l'une des maladies les plus fréquentes en première ligne. La plus récente enquête dans les collectivités canadiennes indique que la prévalence à vie de ce trouble mental est de 12 % et que 5 % des femmes et 3 % des hommes en souffrent chaque année¹. Plus de la moitié (58 %) des personnes atteintes vivront un nouvel épisode de dépression majeure dans les cinq années suivant leur rémission, alors que cette proportion atteint 85 % dix années plus tard².

Le modèle de gestion intégré des maladies chro-

niques³ est de plus en plus utilisé pour améliorer les soins aux patients dépressifs. Les professionnels de la santé doivent ainsi soutenir ces patients dans leurs décisions de santé et favoriser une motivation intrinsèque, plutôt que d'essayer de leur fixer des objectifs de traitement. Ils doivent promouvoir les changements de comportement et considérer le point de vue des patients dans les décisions relatives au traitement. Une forte majorité des personnes atteintes de dépression veulent participer activement au choix de leur traitement : 52 % veulent prendre la décision seules et 38 % désirent le faire avec leur médecin⁴. Il est, par conséquent, essentiel de favoriser de nouveaux modes de prise de décision permettant d'améliorer la prise en charge et l'évolution clinique des patients souffrant de dépression.

M^{me} Janie Houle, docteure en psychologie (Ph. D.), est stagiaire postdoctorale au Département de médecine familiale de l'Université de Montréal. Le D^r François Lespérance, psychiatre, est chef du Département de psychiatrie du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et professeur titulaire au Département de psychiatrie de l'Université de Montréal. La D^{re} Marie-Dominique Beaulieu, médecin de famille, exerce au Groupe de médecine familiale de l'Hôpital Notre-Dame et est professeure titulaire au Département de médecine familiale de l'Université de Montréal.

Pourquoi utiliser la prise de décision partagée dans le traitement de la dépression ?

Il existe plusieurs traitements efficaces contre la dépression majeure². D'une efficacité comparable, ces derniers diffèrent toutefois en ce qui a trait aux coûts, au temps, à la disponibilité et à l'acceptabilité du

Les personnes atteintes de dépression préfèrent généralement la psychothérapie, alors que les médecins favorisent plutôt les antidépresseurs. Cette contradiction dans les préférences pourrait expliquer en partie le manque de fidélité au traitement observé chez les patients dépressifs.

Repère

Tableau

Avantages et inconvénients des différents traitements de la dépression majeure

Psychothérapie cognitivocomportementale ou interpersonnelle

Avantages

☞ *Efficacité* : comparable à celle des antidépresseurs dans le traitement de la dépression légère ou modérée.

Inconvénients

☞ *Contre-indication* : n'est pas recommandée comme unique modalité de traitement en cas de dépression grave.

☞ *Durée du traitement* : de 12 à 20 séances d'une heure environ, à raison d'une à deux fois par semaine.

☞ *Déplacements* : nécessité de se rendre sur les lieux de pratique du psychologue.

☞ *Coûts* : entre 80 \$ et 100 \$ par séance. Possibilité de remboursement total ou partiel par des assurances collectives.

☞ *Accessibilité* : démarches nécessaires afin de trouver un psychologue ayant reçu la formation adéquate.

☞ *Absence de réponse* : possibilité que la psychothérapie ne donne aucun résultat dans les deux premiers mois.

Antidépresseurs

Avantages

☞ *Efficacité* : prouvée dans le traitement de la dépression légère, modérée ou grave.

☞ *Coûts* : remboursés totalement ou partiellement par des assurances privées ou gouvernementales.

Inconvénients

☞ *Délai* : période de six à huit semaines avant d'obtenir un effet thérapeutique complet.

☞ *Durée du traitement* : au moins de six à neuf mois.

☞ *Effets indésirables* : au moins un effet indésirable chez plus de 60 % des patients : constipation, diarrhée, vertiges, maux de tête, insomnie, nausées, somnolence, gain de poids et troubles sexuels.

☞ *Absence de réponse* : 38 % des patients ne se sentiront pas mieux avec un premier antidépresseur, mais 25 % d'entre eux seront soulagés avec un second.

☞ *Suivi médical* : nécessité d'un suivi médical régulier.

☞ *Sevrage* : ne jamais cesser brusquement.

Millepertuis ou *Hypericum perforatum L.*

Avantages

☞ *Efficacité* : comparable à celle des antidépresseurs dans le traitement de la dépression légère.

☞ *Tolérabilité* : effets indésirables plus légers et moins fréquents qu'avec les antidépresseurs.

Inconvénients

☞ *Contre-indication* : inefficace dans les cas de dépression modérée ou grave.

☞ *Qualité inégale du produit* : absence de contrôle de la qualité des préparations. Doses recommandées : entre 500 mg et 1200 mg.

☞ *Interactions médicamenteuses* : potentiellement dangereux lorsqu'il est pris, notamment, avec des antidépresseurs.

point de vue du patient. Les personnes atteintes de dépression préfèrent généralement la psychothérapie, alors que les médecins favorisent plutôt les antidépresseurs⁵. Cette contradiction dans les préférences pourrait expliquer en partie le manque de fidélité au

traitement observé chez les patients dépressifs, jusqu'à 70 % d'entre eux ne prenant pas correctement leurs antidépresseurs⁶.

Selon des études récentes, les patients atteints de dépression qui participent activement à la prise de déci-

Une fois l'intensité de la dépression correctement établie, le médecin doit expliquer clairement à son patient la nécessité de prendre une décision, puis lui présenter les avantages et les inconvénients, selon les meilleures données probantes, de chacune des options offertes.

Repère

sion au sujet de leur traitement sont plus susceptibles d'être satisfaits de leurs soins, d'être fidèles à leur traitement pharmacologique et d'obtenir de meilleurs résultats cliniques^{7,8}. D'autres études indiquent que la concordance entre le traitement reçu et les préférences du patient améliore les résultats cliniques et les chances de rémission^{9,10}. Ainsi, selon des données issues de recherches rigoureuses, la décision partagée est essentielle à une prise en charge plus efficace du patient déprimé. Cependant, malgré les effets positifs avérés de la prise de décision partagée dans le traitement de la dépression, les médecins de première ligne y ont rarement recours¹¹. Dans cette perspective, revoyons les stratégies que les médecins peuvent utiliser pour favoriser la participation active des patients dépressifs aux décisions concernant leur traitement.

Comment informer les patients des traitements possibles ?

Les options de traitement diffèrent selon la gravité de la dépression. Il importe donc de déterminer préalablement si l'épisode est léger, modéré ou grave. L'utilisation d'un outil d'évaluation des symptômes de dépression est fortement encouragée afin de mesurer l'intensité des symptômes et d'en suivre l'évolution dans le temps. Parmi les outils disponibles gratuitement en langue française, on trouve le PHQ-9 à l'adresse suivante : www.phqscreeners.com.

Une fois l'intensité de la dépression correctement établie, le médecin doit expliquer clairement à son patient la nécessité de prendre une décision, puis lui présenter les avantages et les inconvénients, selon les meilleures données probantes, de chacune des options offertes, soit la psychothérapie, les antidépresseurs, les produits naturels et l'absence d'intervention (*tableau*).

La psychothérapie

La psychothérapie a une efficacité comparable à celle des antidépresseurs pour les épisodes dépressifs légers ou modérés si elle est prodiguée par des professionnels connaissant bien les approches cognitivo-

comportementale ou interpersonnelle². Elle n'est pas recommandée comme unique modalité de traitement en cas de dépression grave. Elle doit alors être utilisée en association avec un antidépresseur. Il est important de mentionner au patient d'être vigilant dans le choix de son thérapeute, car il existe de nombreuses formes de psychothérapie dont l'efficacité n'est pas encore prouvée sur le plan scientifique. L'Ordre des psychologues du Québec (www.ordrepsy.qc.ca) offre un service de référence permettant de trouver un psychologue en fonction de sa formation, de ses spécialités et de son lieu de pratique. Une brochure d'information sur la psychothérapie y est également disponible.

Si la psychothérapie n'entraîne pas de résultats probants dans les deux premiers mois, il est peu probable qu'elle donne une réponse complète par la suite. Il est alors recommandé de l'associer à un antidépresseur ou de la remplacer par celui-ci ou encore d'opter pour une autre méthode de psychothérapie.

Les psychothérapies n'étant pas couvertes par l'assurance maladie, il est important de vérifier avec le patient sa capacité à en payer les coûts. Bien que les hôpitaux et les CLSC offrent gratuitement les services de psychologues, les listes d'attente en entravent souvent l'accessibilité. Le guichet unique d'accès aux équipes de première ligne en santé mentale des CSSS est l'endroit où diriger les personnes ayant besoin d'une psychothérapie, mais n'ayant pas les moyens financiers de s'en prévaloir dans le privé.

Les antidépresseurs

La pharmacothérapie comporte elle aussi des avantages et des risques qu'il importe de discuter avec le patient. La fidélité au traitement est un élément déterminant de l'efficacité de ce dernier. Les personnes vivant un premier épisode dépressif doivent prendre leur antidépresseur quotidiennement pendant une période minimale de six à neuf mois afin d'éviter une rechute¹². Celles qui en sont à leur deuxième épisode ou plus doivent les prendre plus longtemps. Chez les patients qui cessent de prendre leur antidépresseur au cours des six

La psychothérapie a une efficacité comparable à celle des antidépresseurs pour les épisodes dépressifs légers ou modérés si elle est prodiguée par des professionnels connaissant bien les approches cognitivocomportementale ou interpersonnelle. Elle n'est pas recommandée comme unique modalité de traitement en cas de dépression grave.

Repère

premiers mois, le taux de rechute varie de 35 % à 60 % alors qu'il se maintient entre 10 % et 25 % chez ceux qui continuent de le prendre².

Le médecin doit aborder avec son patient la question des effets indésirables des antidépresseurs, cause fréquente d'abandon prématuré du traitement. Il doit l'informer que la plupart des personnes ressentent de tels effets et qu'on ne peut prédire lesquels vont se produire ni chez qui¹³. Il faut prendre le temps d'explorer avec le patient les symptômes indésirables qui le préoccupent le plus afin de choisir la molécule qui lui convient le mieux et de maximiser ainsi la fidélité au traitement. S'il s'agit d'un dysfonctionnement sexuel, penser au bupropion, mais éviter la paroxétine. Si c'est plutôt le gain de poids, éviter la mirtazapine et la paroxétine. Si la diarrhée l'inquiète, éviter la sertraline. Les nausées et les vomissements sont les motifs le plus souvent invoqués par les personnes qui cessent de prendre leur antidépresseur au cours des trente premiers jours de traitement. Ces symptômes sont 10 % plus fréquents avec la venlafaxine que les ISRS (citalopram, fluoxétine, paroxétine, sertraline)¹³.

En raison du taux élevé de non-réponse et des effets indésirables des antidépresseurs, il est important de prévenir le patient qu'il devra peut-être en essayer quelques-uns avant d'en trouver un qui lui convient. Il est donc crucial de suivre étroitement l'évolution des symptômes de manière à modifier le traitement en l'absence de résultats satisfaisants. Un suivi est recommandé de trois à quatre semaines après le début du traitement antidépresseur. Les dangers inhérents à un arrêt brusque doivent également être expliqués au patient. Un arrêt subit de la paroxétine ou de la venlafaxine est plus susceptible de causer des symptômes désagréables (maux de tête, nausées, vertiges), alors que cette probabilité est moins grande avec la fluoxétine.

Les produits naturels

Dans les cas de dépression légère, le millepertuis peut s'avérer une option intéressante¹⁴. En effet, il est d'une efficacité comparable aux antidépresseurs, tout en ayant moins d'effets indésirables. Il faut toutefois s'assurer que la personne ne prend aucun autre médicament, car les interactions sont méconnues et peuvent être dangereuses.

L'efficacité des oméga-3 a été établie comme traite-

ment adjuvant de la dépression majeure, mais ne l'a pas encore été en monothérapie¹⁵.

Ne rien faire ?

Certaines personnes préfèrent attendre et ne s'engager dans aucune des options présentées précédemment. Dans la perspective du médecin, cela peut s'apparenter à ne rien faire, mais dans la réalité cela veut dire une observation attentive de l'évolution du patient (*watchful waiting*). Il est alors recommandé de renseigner le patient sur les avantages et les inconvénients de cette option, d'exercer une surveillance vigilante de l'évolution des symptômes et de réévaluer la décision périodiquement.

Quels sont les outils d'aide à la décision ?

Après avoir informé correctement le patient des divers traitements offerts, le médecin doit lui demander ce qu'il préfère et prendre la décision définitive avec lui. En cas d'incertitude quant aux options à privilégier, les outils d'aide à la décision permettent aux patients et aux médecins de prendre des décisions éclairées en fonction des meilleures données probantes et en harmonie avec les valeurs personnelles du patient. Pour le moment, il n'existe aucun outil d'aide à la décision en français pour le traitement de la dépression. Deux aides sont toutefois disponibles dans Internet en anglais^{16,17}. Ces outils informent le patient des symptômes de dépression et des différents traitements existants. Le patient peut en prendre connaissance à la maison, puis poser ses questions et prendre une décision au moment de la prochaine rencontre avec son médecin. Enfin, le groupe d'Ottawa (<http://decisionaid.ohri.ca/francais/docs/GPDO.pdf>) offre en ligne un outil d'aide à la décision générique dans lequel le clinicien et le patient peuvent inscrire ensemble ou séparément les options envisagées et, par la suite, utiliser un processus structuré de prise de décision partagée.

EN SOMME, la décision partagée dans le traitement de la dépression en première ligne est susceptible d'améliorer de manière considérable le rétablissement des patients. Après avoir évalué correctement la gravité de l'épisode dépressif, le médecin doit respecter les étapes suivantes :

- 1) expliquer au patient pourquoi ils doivent prendre la décision ensemble ;

- 2) présenter les options disponibles, notamment celle de ne rien faire, ainsi que les avantages et les inconvénients de chacune en fonction des meilleures données probantes ;
- 3) aider son patient à clarifier ce qui est important pour lui.

Le partage de la décision doit viser à maximiser la concordance entre les préférences du patient et le traitement choisi, en fonction des meilleures données probantes. Ces trois actions du médecin sont essentielles à une prise de décision éclairée par le patient. En agissant ainsi, le clinicien s'assure d'une meilleure observance du traitement et d'une probabilité plus grande de rétablissement chez son patient.

Après avoir décrit à Caroline les diverses options possibles et l'avoir aidée à trouver ce qui est le plus important pour elle, vous comprenez qu'elle désire mettre toutes les chances de guérison de son côté. Bien qu'elle soit séduite par la psychothérapie, les coûts et le temps qui y sont associés lui font plutôt opter pour un antidépresseur. En effet, après la présentation des avantages et des inconvénients des antidépresseurs, elle se sent très à l'aise d'entreprendre un traitement pharmacologique sous vos soins. Vous convenez donc de lui prescrire un antidépresseur et de la revoir d'ici de deux à quatre semaines. 📞

Date de réception : 22 mai 2009

Date d'acceptation : 2 juillet 2009

M^{me} Janie Houle et les D^{rs} Marie-Dominique Beaulieu et François Lespérance n'ont déclaré aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Patten SB, Wang JL, Williams JV et coll. Descriptive epidemiology of major depression in Canada. *Can J Psychiatry* 2006 ; 51 : 84-90.
2. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT). Lignes directrices cliniques du traitement des troubles dépressifs. *Rev Can Psych* 2001 ; 46 : 22S-69S.
3. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract* 1998 ; 1 : 1-4.
4. Stacey D, Menard P, Gaboury I et coll. Decision-making needs of patients with depression: a descriptive study. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2008 ; 15 : 287-95.
5. Van Schaik DJF, Klijn AFJ, van Hout HPJ et coll. Patients' preferences in the treatment of depressive disorder in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 2004 ; 26 : 184-9.
6. Demyttenaere K. Risk factors and predictors of compliance in depression. *Eur Neuropsychopharmacol* 2003 ; 13 : S69-S75.
7. Clever SL, Ford DE, Rubenstein LV et coll. Primary care patients' involvement in decision-making is associated with improvement in depression. *Med Care* 2006 ; 44 : 398-405.

Summary

How can I encourage my depressed patient to participate in his treatment decisions? Major depression represents one of the most common illnesses in primary care. A substantial majority of depressed patients want to play an active role in their treatment decisions. When they become actively involved in such decision-making, they are more likely to be satisfied with the care they receive, comply with their medication regimes, and see their clinical results improve. Despite the positive and well-known effects of shared decision-making in the treatment of depression, primary care physicians seldom use this approach. This article presents effective strategies physicians can use to encourage their depressed patients to become actively involved in their treatment. It summarizes the information that should be given to patients about the benefits and disadvantages associated with four main treatment options: psychotherapy, antidepressants, watchful waiting and natural products. Finally, it identifies clinical tools that promote shared decision-making with these patients.

8. Loh A, Leonhart R, Wills CE et coll. The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression. *Patient Educ Couns* 2007 ; 65 : 69-78.
9. Lin P, Campbell DG, Chaney EF et coll. The influence of patient preference on depression treatment in primary care. *Ann Behav Med* 2005 ; 30 : 164-73.
10. Kocsis JH, Leon AC, Markowitz JC et coll. Patient preference as a moderator of outcome for chronic forms of major depressive disorder treated with nefazodone, cognitive behavioural analysis system of psychotherapy or their combination. *J Clin Psychiatry* 2009 ; 70 : 354-61.
11. Young HN, Belle RA, Epstein RM et coll. Physicians' shared decision-making behaviors in depression care. *Arch Intern Med* 2008 ; 168 : 1404-8.
12. Qaseem A, Snow V, Denberg TD et coll. Using second-generation antidepressants to treat depressive disorders: A clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Int Med* 2008 ; 149 : 725-33.
13. Gartlehner G, Gaynes BN, Hansen RA et coll. Comparative benefits and harms of second-generation antidepressants: Background paper for the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2008 ; 149 : 734-50.
14. Linde K, Berner MM, Kriston L. St. John's wort for major depression. *Cochrane Database System Review* 2008 ; 8.
15. Appleton KM, Rogers PJ, Ness AR. Is there a role for n-3 long-chain polyunsaturated fatty acids in the regulation of mood and behaviour? A review of the evidence to date from epidemiological studies, clinical studies and intervention trials. *Nutr Res Rev* 2008 ; 21 : 13-41.
16. Effective Health Care. *Antidepressant medicines. A guide for adults with depression*. Agency for Healthcare Research and Quality. 2007. Site Internet : http://effectivehealthcare.ahrq.gov/repFiles/Antidepressants_ConsumerGuide.pdf (Date de consultation : le 30 avril 2009).
17. Curtis J, Poore R. *Should I take medications to treat depression?* Site Internet : www.webmd.com/depression/should-i-take-medications-to-treat-depression (Date de consultation : le 30 avril 2009).