

**TRISTESSE,  
DÉPRESSION  
OU BIPOLARITÉ ?**

UNE APPROCHE BIBLIQUE DES TROUBLES BIPOLAIRES  
ET DES PROBLÈMES ÉMOTIONNELS

**CHARLES D. HODGES, M.D.**



# INTRODUCTION

LISEZ-MOI, S'IL VOUS PLAÎT !

Quand j'ai commencé à écrire *Tristesse, dépression ou bipolarité ?*, j'avais l'intention d'écrire un livre sur les troubles bipolaires pour expliquer l'augmentation explosive du nombre de personnes auxquelles on annonce ce diagnostic. Mais au fur et à mesure de mes recherches, il est devenu évident que le problème ne se limite pas à expliquer le trouble bipolaire. Il m'est apparu que la façon dont nous diagnostiquons et traitons la dépression est au cœur du problème. Pour comprendre le trouble bipolaire, nous devons comprendre les changements survenus dans le diagnostic de la dépression. Par conséquent, ce livre commence par l'étude de cette question, puis aborde les troubles bipolaires de la manière suivante :

Les chapitres 1 à 3 traitent de la façon dont notre société perçoit la dépression, puis examinent les difficultés liées à la manière dont le diagnostic est actuellement posé. Il semble, à première vue, que toutes les personnes impliquées dans la prise en charge de la dépression soient d'accord sur sa cause et sur la manière de la traiter, mais mes recherches ont révélé beaucoup de désaccords dans le domaine

de la pratique. Cet important désaccord a été documenté dans les nombreuses notes de bas de page qui accompagnent le texte. Ces notes sont nombreuses, mais j'espère qu'elles vous aideront à comprendre le rôle de la dépression dans notre société.

Les chapitres 4 à 5 examinent la façon dont la tristesse a été confondue avec la dépression. Cette confusion a entraîné un changement dans la perception de la tristesse due à une perte ou un deuil, qui a été catégorisée comme une maladie : la dépression. Cette évolution très significative a également été documentée de manière approfondie. Lorsque la tristesse due à une perte ou un deuil devient une maladie, la situation prend des proportions épidémiques.

Les chapitres 6 à 13 abordent l'espoir que Dieu nous donne dans sa Parole alors que nous affrontons les luttes et la tristesse. Le chagrin, la colère et l'inquiétude sont des problèmes auxquels la Bible offre des réponses. Nous les envisagerons dans cette partie du livre principalement à travers une étude de cas individuels.

Enfin, les chapitres 14 et 15 concernent principalement le trouble bipolaire et les façons dont nous pouvons aider les personnes qui ont reçu ce diagnostic. J'espère que ce livre vous permettra d'y voir plus clair au sujet des problèmes entourant les diagnostics de dépression et de trouble bipolaire, et qu'il vous apportera des outils bibliques qui vous permettront d'aider ceux qui souffrent.

## LES DÉCISIONS À PRENDRE ET LA RECHERCHE D'UN ESPOIR

La plupart des gens n'apprécient pas d'être malades. Je sais qu'un petit nombre de personnes fondent l'essentiel de leur existence sur la maladie, mais pour la plupart d'entre nous, nous serions heureux de passer toute notre vie sans consulter un médecin. Je le sais car je suis médecin. La plupart de mes patients m'apprécient, mais ils préféreraient me rencontrer à l'église ou à l'épicerie plutôt que dans mon cabinet de consultation. Certains d'entre eux vivent avec des problèmes médicaux qui les obligent à venir me voir plusieurs fois par an, et la plupart d'entre eux n'envisagent pas cette visite avec plaisir.

Le plus souvent, je peux dire que les médecins leur sont utiles. Nous les aidons. Les médicaments qu'ils prennent pour leur tension artérielle élevée ou leur diabète prolongent sérieusement la durée de leur vie et en améliorent la qualité. Malheureusement, ce n'est pas le cas pour tout le monde. Il existe des maladies pour lesquelles nous n'avons pas encore de bon remède.

Cela a toujours été le cas en médecine. Les médecins recherchent toujours de meilleurs traitements. C'était déjà vrai quand Jésus a

marché sur cette terre. Un épisode particulier dans la Bible illustre bien cette réalité. Une femme souffrait d'un problème qui ne pouvait être guéri avec la technologie ou les médicaments disponibles à l'époque. Au lieu de ses saignements mensuels normaux, cette femme souffrait d'une hémorragie depuis douze longues années. Son histoire apparaît dans trois récits des Évangiles, et Luc nous relate les faits du point de vue d'un médecin.

Or, il y avait une femme atteinte d'une perte de sang depuis douze ans, et qui avait dépensé tout son bien pour les médecins, sans qu'aucun ait pu la guérir. Elle s'approcha par derrière, et toucha le bord du vêtement de Jésus. Au même instant la perte de sang s'arrêta (Lu 8.43,44).

Il devait être difficile pour un médecin comme Luc d'écrire que personne ne pouvait l'aider. Cette femme avait été soignée par de nombreux professionnels de la santé, et aucun d'eux n'avait de remède à sa maladie. Il est tentant de dire que le docteur Luc a été incroyablement honnête en écrivant cela – du moins jusqu'à ce qu'on lise le récit que nous laisse Marc du même événement.

Les médecins évitent généralement de dire du mal des autres médecins, mais Marc n'en était pas un. Voici ce qu'il a écrit à propos de ce même événement :

Or, il y avait une femme atteinte d'une perte de sang depuis douze ans. Elle avait beaucoup souffert entre les mains de plusieurs médecins, elle avait dépensé tout ce qu'elle possédait, et elle n'avait éprouvé aucun soulagement, mais était allée plutôt en empirant (Mc 5.25,26).

*Aïe ! ai-je pensé en lisant cela en tant que médecin.*

Cette pauvre femme n'avait pas seulement été abandonnée par la profession médicale ; elle avait enduré beaucoup de souffrances à

cause des médecins. De plus, ses factures médicales l'avaient ruinée et elle se trouvait dans une situation pire qu'au début. Certes, la médecine était alors très primitive. Peu de remèdes étaient efficaces et beaucoup des substances utilisées comme médicaments étaient en réalité des poisons, comme le mercure ou l'arsenic. Les rayons X pour les radiographies n'avaient pas encore été inventés, pas plus que les tests en laboratoire ou les ultrasons, mais j'aurais quand même aimé que mes anciens collègues puissent l'aider. Au lieu de cela, cette femme a trouvé une aide que seul Dieu pouvait lui apporter. Elle a touché l'ourlet du manteau de Jésus et son saignement s'est arrêté. La maladie qui avait tourmenté, appauvri et paralysé sa vie pendant douze longues années fut guérie en un instant par Dieu, son Créateur.

## **Un parallèle avec la vie moderne**

Heureusement, la médecine a fait des progrès extraordinaires depuis la guérison de cette femme par Jésus. Cependant, nous sommes toujours confrontés au même problème que les médecins de l'époque de Luc. Nous rencontrons des maladies que nous avons du mal à diagnostiquer avec précision et à traiter efficacement. Et les patients endurent beaucoup de souffrances. Le but de ce livre est d'examiner un autre domaine de la médecine dans lequel les patients subissent le même type de problème que celui rencontré par cette femme. Le diagnostic et le traitement de la maladie n'entraînent pas une guérison rapide et complète. Le coût du traitement et la perte de salaire représentent un fardeau important pour les personnes touchées. Pourtant, dans un nombre important de situations, la vraie solution peut être trouvée dans une rencontre significative avec le Grand Médecin.

Les troubles de l'humeur, y compris la dépression et la bipolarité, sont au cœur des soins de santé dans de nombreux pays depuis

les années 1980 avec l'introduction du Prozac. Nous avons dépensé des milliards de dollars pour diagnostiquer et guérir la dépression, le trouble bipolaire et les maladies connexes, mais les résultats sont souvent aussi décourageants qu'ils l'étaient avec notre patiente du premier siècle. Aujourd'hui encore, les résultats du diagnostic et du traitement des troubles de l'humeur sont mitigés.

Des recherches récentes semblent indiquer que les traitements médicaux actuels ne donnent pas les résultats escomptés chez beaucoup de personnes diagnostiquées comme dépressives<sup>1</sup>. D'autre part, la façon dont nous posons le diagnostic risque de mener à étiqueter comme dépressifs des individus affrontant des difficultés émotionnelles mais qui ne sont en réalité pas malades<sup>2</sup>. De plus, certains éléments laissent penser que les médicaments ne sont peut-être pas aussi efficaces qu'ils l'étaient autrefois<sup>3</sup>. Enfin, au lieu de trouver une cause et un remède à la dépression, il semble que

---

1. Jay Fournier, Robert DeRubeis, Steven Hollon et al., « Antidepressant Drug Effects and Depression Severity » [Les effets des médicaments sur l'intensité de la dépression], *Journal of the American Medical Association*, 2010:303, (1):51. Cette étude indique que le véritable effet du médicament est « inexistant ou négligeable » pour les personnes souffrant de dépression légère ou modérée, voire sévère. Ce n'est que dans la « dépression très sévère » qu'un véritable effet médicamenteux a été observé par rapport au placebo (trad. libre).

2. Alan Horwitz, « Creating an Age of Depression: The Social Construction and Consequences of the Major Depression Diagnosis » [Susciter une ère de la dépression : l'élaboration sociale et les conséquences d'un diagnostic de dépression aggravée], trad. libre, *Society and Mental Health*, 2011, 1(1) 41-54. Horwitz conclut à la page 51 que l'augmentation rapide de l'incidence de dépression est mieux expliquée par des changements dans les critères utilisés pour établir le diagnostic que par une augmentation de la prévalence de la maladie.

3. N. A. Khin, Y. F. Chen, Y. Yang et al., « Exploratory analysis of efficacy data from major depressive disorder trials submitted to the U. S. Food and Drug Administration in support of new drug applications » [Une analyse d'exploration des données d'efficacité déduites des essais d'affections dépressives importantes soumis au ministère américain de la Santé et des Médicaments en vue de l'approbation de nouveaux médicaments], *Journal of Clinical Psychiatry*, avril 2011 ; 72 (4), < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21527123/> > (page consultée le 20 avril 2012). Cet article affirme que l'effet des placebos lors d'essais

nous diagnostiquons de plus en plus de personnes comme étant dépressives, ce qui n'apporte pas à celles-ci de réels bénéfices<sup>4</sup> mais engendre des effets secondaires importants<sup>5</sup>. Une de mes patientes illustre ces problèmes.

## L'histoire de Susan

Lorsqu'elle est venue me consulter, cela faisait presque cinq ans que Susan<sup>6</sup> avait commencé à se sentir malade. Au début, elle ne pouvait pas identifier avec précision ce qui la dérangeait, mais elle ressentait des douleurs là où elle n'en avait jamais eu auparavant. Elle essaya de les ignorer, mais finit par avaler une panoplie de vitamines et de compléments de glucosamine. Puisqu'aucun d'eux ne semblait l'aider, en dernier recours, elle décida de consulter son médecin.

Susan avait l'habitude de consulter un médecin de famille qui était un homme gentil et qui savait mettre ses patients à l'aise. Elle ne courait pas chez lui à la moindre douleur, mais lorsqu'elle y allait, le docteur Wilson semblait toujours soucieux de l'aider.

---

cliniques a augmenté au cours de la période 1983-2008, alors que « l'effet des traitements diminuait sans ambiguïté » (trad. libre).

4. Alan Horwitz, « Creating an Age of Depression », 49. Entre 1987 et 1997, « la proportion de la population américaine bénéficiant de traitement en hôpital de jour pour une affection apparentée à la dépression a augmenté de 300 % » (trad. libre).

5. P. Andrews, J. A. Thomson, A. Amstadter et M. Neale, « Primum non nocere: an evolutionary analysis of whether antidepressants do more harm than good » [Primum non nocere : une analyse évolutive des effets relatifs positifs ou négatifs des antidépresseurs], *Frontiers in Psychology*, avril 2012:3(117), p. 1-19. Il s'agit d'une excellente étude de la littérature actuelle sur la dépression. Les auteurs déclarent : « Le poids des faits avérés actuels suggère que les antidépresseurs ne sont, ni sûrs, ni efficaces. » Ils n'affirment pas que les médicaments ne devraient pas être utilisés mais maintiennent qu'ils devraient être utilisés moins souvent (trad. libre).

6. Pour éviter de révéler les antécédents médicaux d'un individu, l'histoire de Susan est composée de celles de plusieurs patients.

Habituellement, une semaine de traitement médicamenteux apportait un bon soulagement à Susan.

J'aimerais pouvoir dire que Susan trouva la réponse à ses problèmes lors de sa première visite chez le docteur Wilson, mais elle se lança en réalité ce jour-là dans une difficile et longue recherche pour le soulagement de ses douleurs. Elle commença par des analyses de sang, des radiographies et un traitement avec de l'ibuprofène, sans aboutir à un quelconque diagnostic ou soulagement.

Le docteur Wilson cherchait assidûment les causes probables des soucis de Susan. Après plusieurs visites, elle savait qu'elle n'était pas touchée par une arthrite, un lupus, une affection des disques intervertébraux, une hépatite, un syndrome de fatigue chronique ou par la maladie de Lyme. L'idée de la fibromyalgie fut brièvement évoquée, mais Susan ne présentait pas suffisamment de points sensibles spécifiques pour répondre aux critères. Elle parcourut ainsi la liste des diagnostics possibles pendant des semaines.

Après plusieurs visites, des prises de sang à n'en plus finir et plusieurs examens d'imagerie par résonance magnétique (IRM), le moment décisif de sa vie se produisit lors d'une de ses nombreuses visites au cabinet du docteur Wilson. Je pense savoir ce que ce médecin ressentait et ce qu'il se disait intérieurement. Il avait réalisé tous les tests connus, envisagé tous les diagnostics raisonnables et essayé plusieurs médicaments sans grand succès. Il ne restait que deux options, et Susan devait prendre une décision.

À la suite de son bilan minutieux, le docteur Wilson était convaincu que Susan souffrait de dépression et que sa douleur était le résultat d'un déséquilibre chimique dans le cerveau. Aussi sincèrement et gentiment que possible, il suggéra à Susan de consulter un confrère spécialiste pour obtenir un second avis, puis de suivre un nouveau traitement antidépresseur pour déterminer si son diagnostic était correct.

Comme il s'agissait d'un traitement dans le cadre d'un essai clinique, le médicament serait gratuit, le docteur Wilson disposant d'échantillons fournis par la société pharmaceutique. Il espérait, qu'au bout de deux semaines, elle irait mieux. Qu'avait-elle à y perdre ? Après des centaines de dollars dépensés, Susan ne voulait pas tout recommencer avec un nouveau médecin et d'autres tests médicaux. Elle hésita un moment, soupesant les options. En réfléchissant, elle ne doutait pas un instant du fait que le docteur Wilson se souciait de sa situation et qu'il était bien informé. Il ne pouvait que lui dire la vérité. De plus, les médicaments seraient gratuits puisque le fabricant fournissait des échantillons d'essai. Cela lui donnait de l'espoir de penser, qu'après tout ce temps et les nombreux tests réalisés, sa souffrance correspondait à une affection qui pouvait être traitée.

Susan choisit donc de commencer le traitement et d'avaler les échantillons. Presque immédiatement, elle commença à se sentir mieux. Le docteur Wilson devait avoir raison. Si tout allait bien, après six semaines, sa douleur ne serait qu'un lointain souvenir. Malheureusement, la situation n'évolua pas de cette façon. Au bout de six semaines, Susan croyait qu'elle allait un peu mieux, mais elle était maintenant aux prises avec un nouvel ensemble de symptômes.

Elle devenait agitée, avec le sentiment qu'elle ne pouvait pas rester assise. Un sentiment d'anxiété la saisissait. Elle se trouvait angoissée sans raison valable. Au lieu de se préoccuper simplement de sa santé, elle s'inquiétait de tout. Le sommeil commença à lui manquer et sa famille et ses amis remarquèrent qu'elle semblait souvent irritable.

Elle retourna donc consulter le docteur Wilson, cette fois-ci accompagnée de son mari. Ce dernier était préoccupé par les

changements qu'il voyait chez son épouse. Il voulait en savoir plus sur ce que le médecin pensait de son affection.

Le docteur Wilson écouta attentivement Susan et son mari et admit qu'il était étonné par le résultat du traitement. Elle semblait très bien se porter lors de sa visite de suivi, mais il avait noté que parfois certains médicaments ne convenaient pas à un nombre limité de patients. Il lui proposa de passer à un autre médicament de la même classe et donna des échantillons à Susan. Cela lui semblait raisonnable. Le couple sortit donc du cabinet médical muni de ce deuxième médicament.

Malheureusement, Susan revint deux semaines plus tard car elle avait cette fois vraiment du mal à dormir. Le docteur Wilson précisa que ce médicament pouvait provoquer des troubles du sommeil. Il proposa d'ajouter un médicament supplémentaire au coucher qui l'aiderait à s'endormir. À présent, Susan prenait deux types d'antidépresseurs sans vraiment se sentir mieux qu'avant de commencer le processus. Six semaines plus tard, elle revint à nouveau consulter, car elle ne percevait aucune amélioration depuis sa précédente visite. Cette fois, elle était munie d'informations repérées à la télévision concernant un nouveau médicament qui pourrait s'ajouter aux deux qu'elle prenait déjà. Elle avait accepté l'idée qu'elle était dépressive et il lui semblait raisonnable d'essayer d'améliorer son sort avec un nouveau médicament plus performant.

Le docteur Wilson, cependant, n'était pas à l'aise avec l'idée de prescrire le nouveau médicament. Si Susan voulait le prendre, il lui faudrait consulter un spécialiste. De nouveau, Susan hésita un instant. Il lui semblait qu'elle était prise dans un engrenage qui ne lui convenait pas, mais elle craignait d'arrêter le traitement après avoir déjà dépensé autant de temps et d'argent. Elle accepta à contrecœur, et le docteur Wilson la référa à une psychiatre.

Au point où elle en était, Susan était convaincue de souffrir d'une maladie qui lui faisait mal et qui était contrôlée par des substances chimiques dans son cerveau. Elle croyait qu'elle pourrait être guérie si elle parvenait à trouver le bon médicament. Elle se retrouva donc dans le bureau de la psychiatre, le docteur Martha Smith, une personne vraiment gentille. Le docteur Smith prit beaucoup de temps à examiner les rapports du docteur Wilson et discuta soigneusement avec Susan de son histoire et de ses problèmes.

La suite surprit beaucoup Susan. Au lieu de confirmer le premier diagnostic et d'écrire une nouvelle ordonnance, le docteur Smith dit à Susan qu'elle souffrait d'un problème qui ressemblait à la dépression mais qui était en réalité très différent. Elle lui apprit qu'elle était affectée par une forme de trouble bipolaire (trouble bipolaire II). Ce nouveau diagnostic expliquait sa dépression, son irritabilité, son agitation, son anxiété et son insomnie.

Le docteur Smith dit à Susan que ses parents lui avaient probablement transmis ce problème, qu'il s'agissait d'une affection qui ne pourrait jamais être guérie, mais qui pouvait être traitée avec des médicaments. Une fois le traitement commencé, elle allait devoir le suivre indéfiniment. Si elle suivait les instructions, Susan pourrait mener une vie relativement normale. Sinon, elle continuerait de souffrir.

Encore une fois, l'espoir d'un nouveau diagnostic et d'un autre traitement était presque irrésistible. Il lui semblait un peu étrange d'être passée de la situation d'une femme normale, mère de trois enfants et en bonne santé, à celle d'une malade chronique affligée d'un problème héréditaire, mais le médecin semblait réellement se soucier d'elle et, comme toujours, les échantillons pour commencer le traitement étaient gratuits. Une fois de plus, Susan choisit de passer à l'étape suivante, espérant détenir enfin la solution. Au début, elle a continué à prendre son antidépresseur d'origine, avec le

nouveau médicament en complément. Les effets secondaires potentiels étaient considérables, notamment la prise de poids, le diabète, les mouvements involontaires et les tics. Puis, le docteur Smith lui a prescrit un anxiolytique pour lutter contre les effets secondaires du médicament d'origine. Tout cela devait l'aider à dormir, la calmer et soulager sa dépression.

Après avoir suivi le traitement pendant six mois, Susan pensait qu'il était temps que les choses s'améliorent. Tout aurait été satisfaisant si la situation avait évolué de cette façon. Toutefois, elle dut retourner en consultation deux mois plus tard pour commencer la prise d'un quatrième médicament. Au cours des quatre années suivantes, ce processus se poursuivit, avec divers essais de nouveaux médicaments en différentes combinaisons, mais la vie ne revint jamais à la normale.

Un jour, Susan se rendit compte qu'elle prenait un traitement depuis cinq ans et qu'elle n'était pas mieux lotie qu'au début. Ce jour-là, elle prit la décision la plus importante de sa vie. Elle retourna voir son médecin et lui demanda de lui accorder une fenêtre thérapeutique, c'est-à-dire une interruption de son traitement. Susan voulait savoir si le traitement changeait réellement quoi que ce soit. Son médecin accepta à contrecœur et l'aïda à se sevrer progressivement<sup>7</sup>. (En tant que médecin, j'ajouterais que la décision de Susan d'impliquer son médecin à ce stade était sage. Aucun patient ne devrait arrêter de suivre un traitement ou modifier la dose d'un médicament sans d'abord consulter le médecin prescripteur.)

J'ai rencontré Susan un an plus tard. À cette époque, elle poursuivait sa fenêtre thérapeutique, et elle allait mieux. Elle souffrait encore de douleurs physiques, mais considérait cela comme moins

---

7. Personne ne devrait envisager d'arrêter ou de changer son traitement sans consulter au préalable son médecin. L'histoire de Susan représente l'expérience d'une personne et ne s'applique pas à toutes les personnes ou à tous les problèmes médicaux.

problématique que les effets causés par les médicaments qu'elle prenait auparavant. Elle avait récemment déménagé dans notre région et cherchait un médecin dans son quartier. Elle ne cherchait absolument pas à se lancer dans un nouveau traitement médicamenteux.

L'histoire de Susan n'est pas rare. En tant que médecin, je vois régulièrement des patients qui pourraient raconter une histoire semblable, car ils la vivent eux-mêmes. Ils veulent se sentir mieux, et je le souhaite également. Ils ont été diagnostiqués comme souffrant de troubles bipolaires, de dépression ou d'anxiété. Ils avalent fidèlement leurs médicaments mais continuent de lutter. Leurs familles luttent avec eux, car elles veulent les aider. Toutes les personnes impliquées aimeraient croire que la douleur et les divers problèmes pourront être résolus un jour.

## **Des questions et des réponses**

Susan et les patients qui lui ressemblent partagent l'expérience de la femme malade qui a rencontré Jésus. Ils sont confrontés à une douleur qui les affecte physiquement et émotionnellement. Dans leur recherche d'un remède, ils consultent souvent plusieurs médecins et acceptent de subir de nombreux tests à des frais considérables. Ils avalent divers médicaments qui peuvent ou non les aider. Et, en fin de compte, il leur arrive parfois de ne ressentir aucune amélioration notable, voire de constater une aggravation de leur état. Il me semble qu'une question découle de l'histoire de Susan : Jésus pouvait-il l'aider comme il a aidé la femme malade qui a touché son vêtement ce jour-là ? Est-il possible pour la majorité des personnes aux prises avec des troubles de l'humeur, comme la dépression et le trouble bipolaire, de trouver de l'aide en Dieu ? Pourrait-on trouver une telle aide dans la Bible, la Parole de Dieu ?

Un autre patient que Jésus a soulagé pourrait nous aider à répondre à ces questions. C'était un homme estropié qui attendait d'être guéri depuis trente-huit ans. L'apôtre Jean a été le témoin de cette guérison.

Après cela, il y eut une fête des Juifs, et Jésus monta à Jérusalem. Or, à Jérusalem, près de la porte des brebis, il y a une piscine qui s'appelle en hébreu Béthesda, et qui a cinq portiques. Sous ces portiques étaient couchés en grand nombre des malades, des aveugles, des boiteux, des paralytiques, [qui attendaient le mouvement de l'eau ; car un ange descendait de temps en temps dans la piscine, et agitait l'eau ; et celui qui y descendait le premier après que l'eau avait été agitée était guéri, quelle que soit sa maladie]. Là se trouvait un homme malade depuis trente-huit ans. Jésus, l'ayant vu couché, et sachant qu'il était malade depuis longtemps, lui dit : Veux-tu être guéri ? Le malade lui répondit : Seigneur, je n'ai personne pour me jeter dans la piscine quand l'eau est agitée, et, pendant que j'y vais, un autre descend avant moi. Lève-toi, lui dit Jésus, prends ton lit, et marche. Aussitôt cet homme fut guéri ; il prit son lit, et marcha. C'était un jour de sabbat (Jn 5.1-10).

Aucun médecin n'est impliqué ici ; juste un homme malade, qui attend au bord de la piscine dans l'espoir superstitieux d'être guéri. Le texte entre crochets est certainement une insertion tardive dans les manuscrits de ce passage, mais il représente très probablement ce que croyaient l'homme et la plupart de ses concitoyens. De temps en temps, un ange venait et remuait les eaux, mais comme l'homme était paralysé, il ne pouvait pas se jeter à temps à la piscine. Puis un jour, Jésus est passé et a demandé à cet homme s'il aimerait être guéri. L'homme a expliqué qu'il ne pouvait pas se

déplacer assez vite pour y arriver, mais Jésus lui a dit de se lever, de prendre son lit et de marcher, et l'homme l'a fait !

Il existe des parallèles intéressants entre ce passage et les problèmes auxquels nous sommes confrontés aujourd'hui dans le cadre des troubles de l'humeur. Tout comme l'homme au bord de la piscine, nous vivons selon une norme sociale forte qui affirme que la dépression et l'anxiété sont probablement dues à une anomalie dans les substances chimiques du cerveau, un déséquilibre qui peut être guéri par des médicaments. Pourtant, les résultats des recherches effectuées jusqu'à ce jour indiquent que cette théorie n'est pas forcément plus fiable que l'espoir d'être guéri par les eaux remuantes du bassin de Bethesda<sup>8</sup>.

## **Une espérance inattendue**

Lorsque Jésus dit à l'homme estropié de marcher, ce commandement exige de lui d'abandonner l'idée d'une guérison par un traitement qui s'est avéré inefficace. Après trente-huit ans de déception, il trouve l'espoir auprès de Jésus. En réalité, cet homme n'aurait jamais pu être guéri par la sagesse conventionnelle de son époque. Il a été guéri quand il a rencontré Jésus, celui qui était la vérité et

---

8. J. R. Lacasse, J. Leo (2005), « Serotonin and depression: A disconnect between the advertisements and the scientific literature » [La sérotonine et la dépression : l'écart entre les publicités et la littérature scientifique], *PLoS Medicine*, 2(12):e392, < [www.plosmedicine.org](http://www.plosmedicine.org) > (29/4/12), 1212-1213. Les auteurs affirment que « la recherche contemporaine dans le domaine des neurosciences n'a réussi à confirmer aucune lésion sérotoninergique dans un trouble mental et a en réalité fourni une contre-preuve significative à l'explication d'une simple carence en neurotransmetteurs [...] À notre connaissance, il n'y a pas un seul article sérieux qui puisse être cité avec précision pour soutenir directement les allégations de carence en sérotonine dans un quelconque trouble mental » (trad. libre). *PLoS Medicine* est le nom du journal médical périodique de la bibliothèque scientifique publique Public Library of Science.

qui l'est toujours. La réponse aux troubles de l'humeur et à l'anxiété pourrait-elle se trouver dans ce même Jésus ?

Selon certaines estimations, plus de 25 % des Occidentaux seront tôt ou tard diagnostiqués comme étant affectés par la dépression, l'anxiété ou un trouble bipolaire<sup>9</sup>. La recherche indique que moins d'un quart d'entre eux bénéficieront effectivement d'une rémission de leur maladie grâce aux traitements médicamenteux<sup>10</sup>. Ainsi, une majorité significative de personnes resteront sans réponse satisfaisante à leurs souffrances et vivront très probablement dans le désespoir.

J'ai observé cette situation au cours des années durant lesquelles j'ai pratiqué la médecine. Certaines personnes qui prennent des médicaments déclarent se sentir mieux ; d'autres ne peuvent pas en dire autant<sup>11</sup>. Cela soulève des questions et apporte de nouvelles perspectives. Lorsque de nombreuses personnes ne présentent pas d'amélioration, ne se pourrait-il pas qu'il y ait un problème dans

---

9. « NIMH: Statistics for anxiety disorders and all mood disorders » [NIMH : statistiques pour les affections de l'anxiété et les dérèglements de l'humeur], trad. libre, < [www.nimh.nih.gov/statistics](http://www.nimh.nih.gov/statistics) >. La prévalence annuelle des troubles liés à l'anxiété est estimée par l'Institut national de la santé mentale à 18,1 %. La prévalence à vie est de 28,8 %. La prévalence annuelle de la dépression est de 9,5 %, et la prévalence à vie est de 20,8 %. (29/4/2012).

10. J. Blumenthal, M. Babyak, M. Doraiswamy et al, « Exercise and Pharmacotherapy in the Treatment of Major Depressive Disorder » [L'effort physique et la pharmacothérapie dans le traitement des troubles dépressifs importants], trad. libre, *Psychosomatic Medicine*, 2007 ; 69 (7):587-596. Cette étude a montré que les personnes traitées par sertraline, par un entraînement physique ou par des placebos ont réagi au traitement par une rémission chez : 47 % des patients du groupe sertraline, 41 % du groupe entraînement physique et 31 % du groupe placebo. Selon cette étude, lorsque l'effet placebo est soustrait du groupe traité par médicament, l'effet réel est de 17 %.

11. La présence d'une réaction à un médicament ne signifie pas toujours que la maladie a une existence avérée, ni que le médicament a conduit à la guérison. Les rhumes viraux et la pénicilline représentent un bon exemple de cette réalité. L'absence de réaction à un médicament ne signifie pas non plus qu'il n'y a pas de maladie. Les éléments liés dans le temps ne sont pas toujours reliés par un lien de cause à effet.

la façon dont elles sont diagnostiquées et étiquetées comme étant malades ? Si tel est le cas, cela expliquerait le grand nombre de patients que ne semblent pas tirer avantage du traitement. Quel pourcentage de ceux qui souffrent de chagrin et d'humeur dépressive ont un problème médical ? La question la plus importante doit être : Pouvons-nous offrir autre chose aux gens pour leur donner de l'espoir ? Pour répondre à ces questions et tirer parti des nouvelles perspectives, trois domaines doivent être explorés.

***Définir le vocabulaire.*** La première étape pour redonner espoir aux personnes atteintes de trouble bipolaire, de dépression ou d'anxiété, est de convenir d'une définition claire de ce que signifient ces termes. Il existe souvent une grande différence entre la façon dont un patient comprend le trouble bipolaire et la façon dont cette affection lui est décrite par les médecins et les psychologues. Il en est de même pour la dépression et l'anxiété. Dans une volonté de redonner de l'espoir à ces personnes, nous examinerons l'histoire de ces étiquettes de diagnostic et ce qu'elles signifient aujourd'hui.

***Comprendre le processus de diagnostic.*** La deuxième étape consistera à examiner comment est posé un diagnostic de dépression ou de trouble bipolaire et comment ces étiquettes sont attribuées. Beaucoup de facteurs influencent ce processus. Il est important de comprendre comment un médecin ou un psychologue décide qu'une personne souffre de cette maladie (comme de toute autre affection d'ailleurs).

***L'alternative biblique.*** Au cours des vingt dernières années, un effort important a été investi pour éduquer les gens quant à la dépression. Le principe de base de cette éducation consiste à affirmer que la dépression et les troubles de l'humeur sont des problèmes médicaux qui nécessitent un traitement médicamenteux. De nos jours, la plupart des gens vont chez le médecin à la recherche d'une réponse

médicale lorsqu'ils se sentent déprimés. Très peu de personnes iraient d'abord rendre visite à leur pasteur et peu de soignants considèrent la Bible comme pertinente face au problème.

Dans la troisième étape, nous verrons comment les Écritures proposent aide et espoir aux personnes qui portent ces étiquettes. Elles sont probablement déjà allées consulter un médecin et sont arrivées au même résultat que Susan. Je suis convaincu que réconfort et conseils avisés sont disponibles pour quiconque a été étiqueté comme bipolaire, déprimé ou anxieux, à l'image de Susan. Cela s'applique à ceux qui prennent des médicaments, tout comme à ceux qui n'en prennent pas. L'une de nos normes sociétales actuelles concernant les troubles de l'humeur et la dépression consiste à assimiler ces problèmes à la douleur, ou en tout cas à les relier à une forme de douleur. Comme le disait une publicité télévisée pour un antidépresseur prescrit à de nombreuses personnes : « La dépression, ça fait mal<sup>12</sup>. » Cette publicité illustre clairement que, lorsque nous éprouvons une douleur physique sans cause apparente, il peut s'agir de dépression. Edward T. Welch exprime l'idée selon laquelle la dépression conduit à la douleur, dans son livre *La dépression : retrouver la lumière au sein des ténèbres*, quand il écrit : « La dépression est douloureuse<sup>13</sup>. » C'est ainsi que nous considérons la dépression, à l'intérieur comme à l'extérieur de l'Église. Lorsque les gens sont aux prises avec une humeur dépressive, ils souffrent émotionnellement, et la douleur qu'ils ressentent se propage à tous les recoins de leur vie, touchant tous ceux qui les connaissent et les

---

12. Publicité télévisée Eli Lilly pour Cymbalta, < <http://www.youtube.com/watch?v=OTZvnAF7UsA> >, copyright en date du 2 juillet 2009 (3/5/2012). Le thème de la publicité est que la dépression fait mal et que la douleur est constituée d'une humeur dépressive, d'un manque d'énergie, d'un manque d'intérêt, d'une manifestation d'anxiété et d'autres symptômes communs à la dépression.

13. Edward T. Welch, *La dépression : retrouver la lumière au sein des ténèbres*, Excelsis, 2015.

aiment. Aujourd'hui, la situation n'a pas beaucoup changé depuis l'époque où Jésus a été touché par la femme souffrante et a commandé à l'homme infirme de marcher. Hier comme aujourd'hui, la douleur et la souffrance sont réelles et les gens veulent de l'aide.

Bien que presque personne parmi les gens que je connais n'ait pour objectif dans sa vie d'être déprimé, bipolaire ou anxieux, des milliers d'individus portent ces étiquettes tous les jours. Elles luttent avec le fardeau de ce diagnostic et avec la douleur de leurs problèmes. Ce livre vise à les aider à trouver le genre d'aide que Jésus veut apporter à ceux qui le considèrent comme leur dernier et unique espoir.



## D'OÙ PROVENAIT LE DIAGNOSTIC DE SUSAN ?

Quand je pense à Susan et à son expérience avec le système médical, je suis frappé par la confusion qui régnait au sujet de la maladie dont elle souffrait. Susan luttait pour se sentir mieux et pour découvrir quel était réellement son problème, et ma profession n'a pas pu faire mieux que de la laisser dans sa perplexité et sa souffrance. Comment un tel brouhaha d'opinions divergentes a-t-il pu s'installer autour du diagnostic ?

Il est facile de comprendre pourquoi les médecins n'ont pas su établir un diagnostic correct pour la femme malade décrite par Luc. Les médecins de cette époque avaient peu ou pas de compréhension de l'anatomie humaine. Personne n'avait encore découvert le rôle de l'infection bactérienne dans la maladie. L'importance et le but du sang étaient inconnus. De nos jours, les IRM, la tomodensitométrie et les échographies nous donnent des images que nous ne pouvions imaginer il y a trente ans, et rien de tout cela n'existait au premier siècle. La femme décrite par Luc et ceux qui essayaient de l'aider

étaient gênés par le manque d'informations scientifiques objectives pour établir un diagnostic et prescrire un traitement.

Il est difficile de croire que la même situation peut se reproduire aujourd'hui pour les personnes diagnostiquées dépressives, souffrantes de troubles bipolaires ou d'anxiété. À la lumière de la longue recherche infructueuse de Susan en quête de soulagement médical, n'est-il pas envisageable que les médecins et les patients comme elle manquent d'informations, sur la douleur, l'inquiétude et les humeurs dépressives, qui seraient nécessaires pour les aider ? Malheureusement, les personnes souffrant de dépression, d'importants troubles de l'humeur ou d'anxiété sont effectivement confrontées au même problème. Le diagnostic de ces troubles des émotions est beaucoup plus difficile et beaucoup moins certain qu'une affection comme le diabète ou une angine à streptocoques.

Lorsqu'un patient vient me consulter en se plaignant de maux de gorge, de fièvre et de maux de tête, mon infirmière sera probablement en mesure d'établir le diagnostic avant même que j'entre dans la salle d'examen ; elle aura fait un dépistage rapide des streptocoques à partir d'un prélèvement effectué dans la gorge. Un test positif signifie que le patient devra prendre de la pénicilline pendant une dizaine de jours. Un test négatif indique que le patient a probablement un virus et n'a pas besoin d'antibiotiques. Tout cela peut être déterminé avec un test en huit minutes environ.

Des problèmes médicaux plus compliqués peuvent souvent être diagnostiqués en quelques heures, non en quelques jours. Un patient en proie à des maux de tête et des altérations de la vue peut souffrir de migraines, mais il peut également avoir une tumeur au cerveau. Aujourd'hui, en l'espace de quelques heures, je peux

envoyer ce patient passer un scanner afin de déterminer avec une certitude absolue s'il a une tumeur ou non.

## Diagnostiquer la dépression

J'aimerais pouvoir dire que la médecine est en mesure de réaliser un diagnostic aussi facile pour les personnes souffrant de détresse émotionnelle. Il serait tellement utile de pouvoir faire un test qui nous aiderait à alléger leur fardeau ! Malheureusement, ce test n'existe pas. En réalité, il n'existe, ni test en laboratoire, ni radiographie qui puisse permettre d'établir un diagnostic de dépression<sup>1</sup>.

Ce dont nous disposons, ce sont des critères auxquels le patient doit correspondre, une liste des symptômes qui doivent être constatés, et qui permettent de poser un diagnostic de dépression. Ces critères se trouvent dans le *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Pour qu'une personne soit diagnostiquée dépressive, au moins cinq de ces critères doivent être observés pendant deux semaines et se traduire par une différence dans le comportement de la personne<sup>2</sup>.

Parmi la liste de neuf critères au total, une humeur dépressive ou une perte d'intérêt pour les activités agréables doit être constatée. Les symptômes ne peuvent inclure ceux qui sont causés par une condition médicale, par des délires ou des hallucinations.

---

1. American Psychiatric Association, *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5<sup>e</sup> éd., Marc-Antoine Crocq, Julien-Daniel Guelfi, Patrice Boyer, Charles-Bernard Pull, Marie-Claire Pull, trad., Elsevier Masson. La cinquième édition de ce manuel, publiée en 2013, déclare : « Aucun résultat de laboratoire diagnostiquant un épisode dépressif majeur n'a été identifié » (trad. libre). La clé de la citation est le mot « diagnostiquant ». On peut dire que certains tests sont suggestifs, mais à ce jour, aucun n'a été validé comme un diagnostic.

2. American Psychiatric Association, *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5<sup>e</sup> éd., Arlington, Virg., American Psychiatric Publishing, 2000, p. 352, trad. libre.

La liste comprend :

1. Une humeur dépressive quotidienne pendant la majeure partie de la journée, presque tous les jours, selon l'indication d'un rapport subjectif ou de l'observation de l'entourage.
2. Une perte d'intérêt ou de plaisir pour toutes les activités pendant la majeure partie de la journée, presque tous les jours.
3. Une perte de poids ou un gain de poids de plus de 5 % du poids corporel habituel en raison d'une augmentation ou d'une diminution de l'appétit.
4. L'incapacité de dormir normalement, ou un temps excessif passé à dormir quotidiennement.
5. Une agitation avérée ou un ralentissement constaté par l'entourage, voire une lenteur.
6. Une fatigue quotidienne ou une déperdition d'énergie.
7. Des sentiments d'inutilité ou de culpabilité injustifiés.
8. Une diminution de la capacité à réfléchir, à se concentrer et à prendre des décisions.
9. Des pensées récurrentes de mort, ou des idées de suicide sans plan concret. Des tentatives de suicide ou des projets de suicide.

Pour qu'un diagnostic de dépression soit établi, ces symptômes doivent provoquer une réelle détresse et des problèmes relationnels avec la famille et les amis du patient, ainsi que susciter des problèmes dans le contexte professionnel. Les symptômes ne doivent pas être dus à l'ingestion de substances psychotropes ou à une condition médicale. Ils ne doivent pas être le résultat d'un deuil consécutif à la perte d'un proche. S'ils le sont, les problèmes doivent durer depuis de deux mois.

## **DSM-5**

### **Un épisode dépressif majeur**

A. Cinq (ou plus) des symptômes suivants ont été présents de manière continue au cours d'une période de deux semaines et représentent une modification du fonctionnement précédent de la personne ; au moins l'un de ces symptômes doit être (1) une humeur dépressive ou (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

Remarque : Ne sont pas inclus les symptômes clairement dus à une condition médicale générale, à des idées délirantes non congruentes à l'humeur<sup>1</sup> ou à des hallucinations.

- (1) une humeur dépressive presque toute la journée et quasi quotidienne, selon l'indication d'un rapport subjectif (par exemple, se sent triste ou vide) ou d'une observation faite par l'entourage (par exemple, semble au bord des larmes). Remarque : Chez les enfants et les adolescents, une humeur irritable est comprise parmi les symptômes retenus.
- (2) un intérêt ou un plaisir nettement diminué pour toutes les activités, ou presque, pendant l'essentiel de la journée, de manière quasi quotidienne (selon l'indication d'un rapport subjectif ou d'une observation faite par l'entourage)
- (3) une perte de poids importante sans régime, un gain de poids (par exemple, une modification de plus de 5 % du poids corporel en un mois), ou une diminution ou augmentation de l'appétit quasi quotidienne. Remarque : Chez les enfants, tenir compte d'une absence du gain de poids attendu.
- (4) de l'insomnie ou de l'hypersomnie quasi quotidienne
- (5) une agitation psychomotrice ou un retard psychomoteur observé presque quotidiennement (observable par l'entourage, pas uniquement sur expression de sentiments subjectifs d'agitation ou de perte de dynamisme)
- (6) une fatigue ou une perte d'énergie quasi quotidienne
- (7) des sentiments d'inutilité ou de culpabilité excessive ou injustifiée (qui peuvent être délirants) de manière quasi

quotidienne (et pas seulement de l'autocritique ou une culpabilité provoquée par le fait d'être malade)

- (8) une diminution de la capacité à réfléchir, à se concentrer, ou une indécision marquée quasi quotidienne (selon l'indication d'un rapport subjectif ou d'une observation faite par l'entourage)
  - (9) des pensées récurrentes de mort (pas seulement la peur de mourir), des idées suicidaires récurrentes sans plan spécifique, tentative ou projet spécifique de suicide
- B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'un épisode mixte.
  - C. Les symptômes provoquent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
  - D. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple, l'abus d'une drogue, un traitement médicamenteux...) ou à une condition médicale générale (par exemple, l'hypothyroïdie).
  - E. Les symptômes ne peuvent pas être mieux expliqués par un deuil ; c'est-à-dire qu'après la perte d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou se caractérisent par une déficience fonctionnelle marquée, une préoccupation morbide d'inutilité, des idées suicidaires, des symptômes psychotiques ou un retard psychomoteur.

<sup>1</sup>Une idée délirante congruente à l'humeur est avérée lorsqu'une personne déprimée accepte comme vraie une idée qui est fausse mais qui correspond à son humeur. Elle est déprimée et croit que la fin du monde est sur le point de survenir. Une idée délirante non congruente à l'humeur est constatée lorsqu'une personne déprimée croit à une idée fausse qui ne correspond pas à son humeur.

## Le problème du surdiagnostic

Il semble évident que les personnes chez qui sont constatés les symptômes énumérés ci-dessus souffrent d'une humeur dépressive.

Cela paraît assez simple en théorie. Le médecin, le professionnel de la santé mentale ou le conseiller demande au patient s'il souffre de ces problèmes et dans quelle mesure. Cependant, dans la pratique, cette approche diagnostique a le défaut de ne pas être aussi précise qu'un test de glycémie ou un dépistage rapide des streptocoques. Le patient et le soignant effectuent des évaluations subjectives.

D'ailleurs, il a été admis que la méthode actuelle de diagnostic des personnes souffrant de dépression tend à poser abusivement l'étiquette d'un trouble dépressif majeur sur un nombre excessif de patients. Pour reprendre les mots de Gordon Parker dans le périodique professionnel *British Medical Journal*, « les raisons du surdiagnostic de la dépression incluent l'absence d'un modèle de diagnostic fiable et valide<sup>3</sup> ». En termes simples, les critères que nous utilisons ne fonctionnent tout simplement pas bien. Le problème est que « les critères opérationnels du DSM-3 avaient été fixés au niveau d'inférence le plus bas ». Cela signifie que la barre pour justifier un diagnostic de dépression a été fixée si bas que presque toute personne pourrait s'y reconnaître à un moment donné de sa vie.

Pour correspondre à ces critères, vous n'avez qu'à déclarer que, pendant deux semaines, vous avez été triste, déprimé ou angoissé. Vous devriez également constater une altération de votre appétit, des troubles du sommeil, de la fatigue et une baisse de libido<sup>4</sup>. Dans une étude menée par Parker à partir de 1978 auprès de 24 enseignants, 95 % ont signalé des émotions compatibles avec une humeur dépressive environ six fois par an. Lorsque le même groupe a été revu en 1993, 79 % du groupe aurait « satisfait aux critères de dépression majeure, mineure ou légère » définis dans le

---

3. Gordon Parker, « Is Depression Over-Diagnosed? Yes » [La dépression est-elle surdiagnostiquée ? Oui], *British Medical Journal*, 335 (18 août 2007), p. 328, trad. libre.

4. *Ibid.*, p. 328.

DSM. Il s'agit d'un pourcentage très élevé de personnes pouvant prétendre au diagnostic de dépression.

Le problème avec l'utilisation de ces critères comme outils de diagnostic est qu'ils incluent les sentiments et les expériences qu'éprouve presque toute personne tôt ou tard au cours d'une vie normale. Beaucoup trop d'éléments normaux sont inclus parmi les indicateurs de la maladie selon ces critères. L'Institut national de la santé mentale (*National Institute of Mental Health*) estime actuellement qu'au cours de notre vie, 20,8 % d'entre nous seront étiquetés comme déprimés<sup>5</sup>. Mais comme nous l'avons vu ci-dessus, le groupe étudié par Parker, utilisant les critères DSM pour diagnostiquer la dépression, a rapporté un chiffre de près de 80 %. Que se passerait-il si la norme de diagnostic pour la pneumonie incluait tous ceux qui toussent ? Beaucoup plus de personnes seraient diagnostiquées, à tort, comme souffrant d'une pneumonie. Si vous abaissez la norme de diagnostic, vous augmentez le nombre de personnes qui y sont admissibles. L'idée selon laquelle les critères utilisés pour établir un diagnostic de dépression pourraient gonfler le nombre de personnes diagnostiquées comme dépressives n'est pas nouvelle. Parker n'est pas le seul à exprimer une critique en ce sens. Jerome Wakefield a conclu dans un article datant de mars 2010 et publié dans le journal professionnel des psychiatres américains, *American Journal of Psychiatry*, qu'un critère ajouté pour réduire le nombre de diagnostics faussement positifs n'est d'aucune utilité. Wakefield a déclaré qu'une personne normale confrontée à un deuil ou à une perte grave peut développer une humeur dépressive qui pourrait durer plus de deux semaines sans pour autant souffrir

---

5. « NIMH Statistics: Any Mood Disorder » [Statistiques de l'Institut national de la santé mentale : Tous les troubles de l'humeur], trad. libre, *National Institute of Mental Health*, < [www.nimh.nih.gov/statistics](http://www.nimh.nih.gov/statistics) > (page consultée le 29 avril 2012).

d'une maladie nécessitant un traitement<sup>6</sup>. Il pensait qu'une autre modification des critères était nécessaire afin de réduire les « diagnostics faussement positifs » de la dépression. Le vrai problème semble être que le « test » le plus couramment utilisé pour diagnostiquer les personnes souffrant de dépression est défectueux. Cette façon de procéder ne permet pas de faire la distinction entre un deuil qui dure plus de deux semaines et une véritable maladie, car il n'existe aucun moyen de valider ou de confirmer les résultats<sup>7</sup>.

En tant que médecin, j'aimerais pouvoir dire que le problème ne concerne que le test. En réalité, non seulement les critères laissent à désirer, mais la plupart du temps, les médecins n'en font même pas usage lorsqu'ils diagnostiquent la dépression. Cette approche représente l'équivalent psychiatrique d'omettre le dépistage rapide des streptocoques pour déterminer la nature d'un mal de gorge. Au moins un quart des psychiatres admettent que, plus de la moitié du

---

6. Jerome Wakefield, « Does the DSM-IV Clinical Significance Criterion for Major Depression Reduce False Positives? Evidence from the National Co-morbidity Survey Replication » [Le critère de signification clinique du DSM-IV pour la dépression majeure réduit-il les faux positifs ? Éléments à charge provenant de la réplique du sondage national de comorbidité], *American Journal of Psychiatry*, (2010) 167, p. 298-304, < www.ajp.psychiatryonline.org > (page consultée le 9 mai 2012). Le problème est que « le diagnostic et la nécessité d'un traitement ne doivent pas être confondus. Les réactions normales intenses à la perte et au stress peuvent inclure la détresse [et] une altération des rôles [...] qui peut temporairement ressembler à un trouble » (trad. libre). Le critère, c'est l'exigence que les symptômes provoquent une détresse notable et une déficience importante. Un deuxième qualificatif est applicable pour le deuil, qui prolonge de deux semaines à deux mois la période pendant laquelle une personne peut éprouver une détresse émotionnelle après la perte d'un être cher.

7. T. Richard Manne, « Too Many People Misdiagnosed with Depression: Blame the Criteria or the Doctors? » [Trop de personnes sont diagnostiquées à tort souffrant de dépression : Faut-il blâmer les critères ou les médecins ?], trad. libre, *Science 2.0* (10 mars 2010), < www.science20.com > (page consultée le 9 mai 2012). Nous traiterons de la question de la validité au chapitre 5.

temps, ils n'utilisent pas les critères du DSM lorsqu'ils établissent un diagnostic de dépression<sup>8</sup>.

La pratique est encore pire chez les médecins généralistes, dont je fais partie. Parmi ces derniers, les deux tiers admettent que, la moitié du temps, ils n'utilisent pas ces critères<sup>9</sup>. Pour compliquer davantage la situation, les médecins généralistes pensent être bien plus capables de diagnostiquer la dépression qu'ils ne le sont en réalité. Une étude a demandé à des médecins comment ils évaluaient leurs compétences à évaluer la gravité de la dépression d'un patient. Ceci est très important, car la gravité dicte souvent le traitement. Selon les résultats de cette étude, 55 % des médecins pensent être particulièrement compétents pour évaluer la gravité de la dépression. En réalité, ils se trompent environ 40 % du temps, ce qui est à peine mieux que de déterminer le diagnostic par pile ou face en jetant une pièce<sup>10</sup>.

La confusion règne dans le domaine de la dépression, reine des troubles de l'humeur. La profession médicale est peut-être pleine de bonnes intentions, mais lorsque Susan et beaucoup d'autres personnes se mettent à la recherche d'un soulagement, elles sont dans la même situation que la femme des Évangiles. Sans moyen

---

8. Mark Zimmerman, « Psychiatrists' and Non-psychiatrist Physicians' Reported Use of the DSM-IV Criteria for Major Depressive Disorder » [Utilisation signalée des critères DSM-IV par les médecins psychiatres et non-psychiatres dans le diagnostic de troubles dépressifs majeurs], trad. libre, *Journal of Clinical Psychiatry*, 2010 ; 71(3), p. 235-238.

9. *Ibid.*, p. 235.

10. Ingrid Olsson, Arnstein Mykletun et Alv A. Dahl, « General practitioners' self-perceived ability to recognize severity of common mental disorders: An underestimated factor in case identification? » [Capacité auto-perçue des médecins généralistes à reconnaître la gravité des troubles mentaux courants : Un facteur sous-estimé dans l'identification des cas ?], *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health* [Pratique clinique et épidémiologie en santé mentale], trad. libre, 2:21 (2006), PubMed Central, < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1560123/> > (page consultée le 10 mai 2012).

d'établir un diagnostic fiable, les médecins ne savent pas exactement ce qu'ils traitent.

Cela mène à l'expérience vécue par Susan. Lorsque son trouble de l'humeur initialement diagnostiqué n'a pas montré d'amélioration à la suite des soins prodigués, un diagnostic a été posé pour un autre trouble de l'humeur, en utilisant un autre ensemble de critères. Malheureusement pour elle et pour ses médecins, aucun test objectif ne permet de faciliter ou de confirmer le diagnostic du trouble bipolaire II. Encore une fois, Susan s'est retrouvée à répondre à une liste de questions sur son comportement.

## **Des critères difficiles à cerner**

Les critères du type de trouble bipolaire dont Susan était censée souffrir sont les suivants<sup>11</sup>:

1. Un épisode dépressif majeur doit être constaté.
2. Une période d'hypomanie doit être constatée. L'hypomanie est définie comme un état d'excitation dans lequel la personne manifeste un surcroît d'énergie, un état de désorganisation, une fébrilité mentale, de l'irritabilité, de l'anxiété, de l'insomnie et de l'agitation. Pour compliquer davantage les circonstances, l'humeur peut être négative ou positive. Pendant les épisodes hypomaniaques, les patients peuvent effectuer plus de travail que d'habitude. L'hypomanie ne doit pas être confondue avec l'euthymie, une courte période pendant laquelle la dépression disparaît et l'individu se sent émotionnellement normal.

---

11. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux], trad. libre, p. 392

3. L'individu n'a jamais présenté de manie et n'a pas été diagnostiqué avec un trouble bipolaire I.
4. Les épisodes ne peuvent pas être mieux expliqués par une maladie médicale générale, une réaction indésirable à des médicaments, une toxicomanie ou un autre trouble psychiatrique comme la schizophrénie.

On aimerait qu'il soit possible d'établir avec plus de facilité le diagnostic de trouble bipolaire que celui de la dépression, mais ce n'est pas le cas. Les deux raisons qui expliquent cela sont similaires aux problèmes impliqués dans le diagnostic de la dépression. Premièrement, pour que soit établi un diagnostic de trouble bipolaire, un individu doit présenter un épisode de dépression majeure, et nous avons vu à quel point le processus de ce diagnostic manque de fiabilité. Ensuite, la même approche subjective est utilisée pour déterminer l'épisode d'hypomanie nécessaire au diagnostic.

Comme pour la dépression, aucun test en laboratoire, examen de radiographie ou test physique ne permet aux médecins de poser ce diagnostic. Nous disposons simplement d'une liste de comportements censés être constatés. Nous interrogeons les patients à propos de ces comportements à l'aide d'un questionnaire ou en tenant compte de leurs antécédents médicaux. Comme l'a découvert Susan, il y a alors de fortes chances pour que le patient reçoive une étiquette diagnostique qui ne lui est pas d'une grande utilité. Les médecins qui veulent vraiment améliorer la situation manquent d'outils précis et fiables. Les patients risquent alors de recevoir un diagnostic inexact, conduisant à un traitement qui n'apporte aucun soulagement.

Il ne fait aucun doute que la plupart des médecins entrent en médecine parce qu'ils veulent aider les gens. Aucun de nous n'aime entendre parler de patients avec lesquels le chirurgien s'est trompé en remplaçant le genou, ou qui souffrent d'effets néfastes à cause

d'un mauvais médicament. Je rappelle souvent à mes étudiants que les médecins ne se lèvent jamais le matin en réfléchissant à de nouveaux moyens pour blesser les gens. Non, ils consacrent une partie importante de leur vie à l'étude, au travail acharné et aux nuits blanches pour apprendre un métier qui leur permet d'aider et de soulager.

Cela étant, pourquoi semblons-nous pris au piège d'un processus de diagnostic qui pose sur les gens autant d'étiquettes difficiles à porter sans les aider ? Les médecins semblent entravés par le processus même par lequel ils décident si une personne est déprimée ou souffre d'un trouble bipolaire. Comment en sommes-nous arrivés à cette situation regrettable ? Comprendre comment nous en sommes arrivés là est la première étape pour sortir du piège de ce genre d'étiquettes indésirables et si souvent inexacts.

Je pratique la médecine depuis trente-sept ans. Je suis assez vieux pour affirmer avec conviction que nous n'avons pas toujours diagnostiqué l'ensemble des maladies comme nous le faisons aujourd'hui. Dans la plupart des cas, nous avons progressé, dans la mesure où les tests sont désormais plus rapides et plus précis. La façon dont nous diagnostiquons les troubles de l'humeur a également évolué, mais la démarche reste complexe. Un aperçu de l'historique du processus par lequel nous établissons ces diagnostics pourrait nous aider à comprendre les problèmes auxquels nous sommes confrontés aujourd'hui.

## **Le descriptif changeant des troubles de l'humeur**

L'histoire de la dépression et du trouble bipolaire est compliquée car, depuis deux cents ans, le diagnostic des troubles mentaux est largement une question d'opinion de « spécialistes ». Dans le passé, beaucoup des opinions exprimées conduisaient à des étiquettes

comme la folie circulaire ou la psychose cycloïde<sup>12</sup>. Sans élément objectif tels que des résultats de tests effectués en laboratoire, d'examens de radiographie ou de tests physiques, le diagnostic des troubles de l'humeur était établi selon un historique du comportement du patient et de ses antécédents familiaux. C'est toujours le cas pour la plupart des troubles mentaux, à l'exception de ceux qui sont liés à des affections médicales pouvant être détectées par des tests objectifs telles que l'hyperthyroïdie et la maladie de Cushing<sup>13</sup>.

Après 1900, « l'art et la science » de la médecine ont pris un tournant décisif en direction de la science. Des découvertes dans des domaines scientifiques comme la chimie ont commencé à fortement influencer la pratique de la médecine. En conséquence, la profession médicale est devenue plus objective. Avec la découverte par William Perkin de colorants susceptibles de marquer les cellules et l'utilisation de ces colorants par Paul Ehrlich, la médecine était en passe de devenir une profession fondée sur des faits<sup>14</sup>.

Ehrlich a contribué de manière extraordinaire à la médecine et à la psychiatrie en prenant le colorant violet développé par Perkin et en l'utilisant pour colorer des échantillons de tissus de patients atteints de divers types de maladies. Ses collègues ont fait de même à l'hôpital psychiatrique de la Charité, à Berlin. Ehrlich et ses collègues ont examiné les tissus marqués de colorant au microscope. Ils ont découvert que la moitié des patients diagnostiqués comme

---

12. Pour un très bon historique du diagnostic des troubles maniaques, voir David Healy, *Mania: A Short History of Bipolar Disorder* [Les troubles maniaques : une histoire abrégée des désordres bipolaires], trad. libre, Baltimore, Mar., Johns Hopkins Press, 2008.

13. L'annexe B traite des maladies médicales qui affectent l'humeur et le comportement.

14. Gary Greenburg, *Manufacturing Depression: The Secret History of a Modern Disease* [La fabrication de la dépression : L'histoire secrète d'une maladie moderne], trad. libre, New York, N. Y., Simon et Schuster, 2010, p. 44-49. Il s'agit d'une excellente histoire de la naissance de la médecine moderne.

étant atteint de « simple » folie souffraient en réalité de maladies infectieuses qui avaient endommagé leur cerveau<sup>15</sup>. Un test simple et objectif a permis d'obtenir un résultat factuel qui a changé le cours de l'histoire de la médecine. Avec cette évolution, la médecine a commencé sa progression vers une approche qui exige des preuves factuelles vérifiables et reproductibles comme base pour un diagnostic et un traitement de la maladie.

Alors que la médecine s'efforçait en général de définir la maladie de la manière la plus factuelle possible, la psychiatrie ne disposait à l'époque que des observations personnelles des praticiens et des théories en découlant. En 1950, la psychiatrie cherchait un vocabulaire qui lui permettrait également d'adopter une démarche plus scientifique. Une nouvelle terminologie est apparue pour la première fois dans une classification des maladies rédigée par Emil Kraepelin en 1893<sup>16</sup>. Ce livre ne suggérait aucun traitement, car Kraepelin ne pensait pas que les maladies qu'il décrivait pouvaient être traitées. En revanche, son ouvrage a donné aux médecins qui soignent les malades mentaux un langage commun dont ils pouvaient se servir pour identifier les comportements qu'ils observaient. En 1952, le monde psychiatrique a assisté à la publication du premier *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Ce travail de référence n'était pas destiné à être une reformulation du texte de Kraepelin, mais à certains égards, c'était exactement de cela qu'il s'agissait. Le DSM n'énonçait pas la meilleure façon de traiter ou même de diagnostiquer tous les troubles énumérés dans ses pages. Cependant, il offrait une description convenue de chaque « maladie » et présentait les critères qui devaient être remplis pour établir les différents diagnostics. (Il fournissait également le code

---

15. *Ibid.*, p. 48-58.

16. *Ibid.*, p. 71-74.

qui était requis pour que le psychiatre ou un autre professionnel puisse facturer les services rendus.)

En 1980, les termes « trouble bipolaire » sont apparus, dans la troisième révision du DSM, remplaçant ce qui était auparavant qualifié de « dépression maniaque »<sup>17</sup>. Le but était de clarifier la différence entre la dépression maniaque et la schizophrénie. Toutefois, l'enjeu était plus important encore. Parallèlement, le comité de révision a ajouté les catégories de trouble bipolaire II, de cyclothymie et de trouble bipolaire NSA (non spécifiées ailleurs). La catégorie NSA a permis aux psychiatres de disposer d'une « marge de manœuvre » pour diagnostiquer les patients atteints de troubles bipolaires qui pourraient ne pas répondre à l'ensemble de la norme. Cela a permis d'étiqueter plus facilement un patient comme étant bipolaire.

Avant ce changement, un patient devait être hospitalisé pour un épisode maniaque provoquant d'importants changements dans son existence pour que soit établi un diagnostic de dépression maniaque ou de trouble bipolaire I. Cela rendait le diagnostic de dépression maniaque beaucoup plus simple, et beaucoup moins fréquent. Mais à présent, les médecins et les psychologues disposent de critères moins spécifiques qu'auparavant, et plusieurs autres options doivent être prises en compte avant qu'ils puissent poser un diagnostic.

Il en résulte que des personnes présentant des problèmes très divers se retrouvent étiquetées de la même manière : dépression et trouble bipolaire. Le nombre de patients qui se voient attribuer ces étiquettes a fortement augmenté. Susan a fait partie des millions de personnes à recevoir un diagnostic de dépression ou de trouble bipolaire et à devoir suivre un traitement médicamenteux.

---

17. David Healy, *The Latest Mania: Selling Bipolar Disorder* [La plus récente des manies : le marché des troubles bipolaires], trad. libre, , *PLoS Medicine*, 3:4 (2006) 3, < [www.plosmedicine.org](http://www.plosmedicine.org) > (page consultée le 28 mars 2012).

Beaucoup de ces personnes ont également un autre point commun avec Susan : elles tirent peu de bénéfices de leur diagnostic ou de leur traitement. Dans le numéro de janvier 2010 du *Journal of the American Medical Association*, une étude de grande envergure a révélé que, chez des patients souffrant de dépression légère, modérée ou même sévère, un placebo peut avoir le même effet thérapeutique bénéfique qu'un médicament antidépresseur actif<sup>18</sup>. Selon cette étude, les patients de ces trois catégories représentent 70 % à 87 % de tous les patients présentant une dépression<sup>19 20</sup>. L'étude a conclu, qu'excepté en cas de dépression très grave, une pilule placebo était aussi efficace qu'un médicament antidépresseur<sup>21</sup>. Même dans le cadre d'un traitement pour une dépression très sévère, l'effet placebo pourrait représenter jusqu'à 80 % de l'effet du médicament<sup>22</sup>.

---

18. Jay Fournier, Robert DeRubeis, Steven Hollon et al., « Antidepressant Drug Effects and Depression Severity: A Patient-Level Meta-Analysis » [Effets des antidépresseurs et gravité de la dépression : une méta-analyse au niveau du patient], *Journal of the American Medical Association*, 303:1 (6 janvier 2010) 51. « Les véritables effets des médicaments (l'avantage des antidépresseurs par rapport au placebo) étaient absents ou négligeables chez les patients dépressifs présentant des symptômes de base légers, modérés ou même sévères » (trad. libre).

19. Mark Zimmerman, Michael Posternak et Iwona Chelminski, « Gravity Symptom and Exclusion from Antidepressant Efficacy Trials » [Gravité des symptômes et exclusion des essais d'efficacité des médicaments antidépresseurs], trad. libre, *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 22:6 (décembre 2002), p. 610-614. Selon cette étude, 70 % des cas de dépression étaient considérés comme légers, modérés ou graves.

20. Sharon Begley, « Anti-Depressants Don't Work, Do Work: The Debate Over the Nation's Most Popular Pills » [Les antidépresseurs ne fonctionnent pas, ou fonctionnent-ils ? Le débat autour des pilules les plus demandées du pays], trad. libre, *Newsweek* (8 février 2010), p. 39.

21. Fournier, « Antidepressant Drug Effects » [Les effets des traitements antidépresseurs], trad. libre, p. 51.

22. Irving Kirsch, Brett Deacon, Tania Huedo-Medina et al., « Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration » [Gravité initiale et avantages des antidépresseurs : une méta-analyse des

Ces informations peuvent être interprétées de différentes manières. Premièrement, il ne faut certainement pas en conclure que personne ne tire d'avantage médical des traitements disponibles pour prendre en charge la dépression de nos jours. Même si moins de 10 % de ceux qui prennent le médicament constatent une amélioration, nous devrions nous en réjouir avec eux. Deuxièmement, il est nécessaire de souligner que personne ne devrait arrêter de prendre un médicament ni ajuster un traitement sans d'abord consulter son médecin. Troisièmement, le plus important (de mon point de vue) est que l'approche actuelle du diagnostic et du traitement de la dépression ne parvient pas à aider une grande partie de ceux qui en ont besoin.

En médecine, les scientifiques continuent à chercher un moyen d'identifier la cause physiologique de la dépression, et nous devrions nous en réjouir. Lorsque Paul Ehrlich et ses collègues se sont mis à marquer des cellules aux colorants, leurs efforts ont contribué à diminuer de moitié le nombre de personnes diagnostiquées comme atteintes de folie<sup>23</sup>. La vérité ne sera jamais un ennemi dans la recherche d'une meilleure compréhension de cette maladie et de son traitement. Une vraie compréhension de la cause de la dépression, au niveau cellulaire, permettrait un test précis et reproductible. Cela réduirait considérablement le nombre de surdiagnostics inexacts.

Ehrlich l'a bien exprimé quand il a écrit : « Il devrait être possible de trouver des substances artificielles réellement et spécifiquement

---

données soumises à la Food and Drug Administration], trad. libre, *PLoS Medicine*, 5:2 (février 2008) 266, < [www.plosmedicine.org](http://www.plosmedicine.org) > (page consultée le 13 mai 2012).

23. Gary Greenberg, *Manufacturing Depression: The Secret History of a Modern Disease* [La fabrication de la dépression : L'histoire secrète d'une maladie moderne], New York, N. Y., Simon et Schuster, 2010, p. 57. « Lors d'un décompte, près de la moitié des patients des hôpitaux psychiatriques européens souffraient de syphilis tertiaire » (trad. libre). Les symptômes de la syphilis tardive non traitée étaient interprétés comme une affection de folie à l'époque.

curatives pour certaines maladies, pas seulement des palliatifs agissant favorablement sur l'un ou l'autre des symptômes<sup>24</sup>... » Avec les connaissances dont nous disposons actuellement, nous n'avons pas atteint cet objectif pour le diagnostic et le traitement de la dépression. Il nous manque encore des tests, et les médicaments ne sont pas à la hauteur des attentes des patients et de leurs soignants.

Pour Susan et tous ceux qui figurent parmi les 87 % qui ne semblent pas vraiment bénéficier du traitement actuel, cela signifie qu'ils peuvent encore subir le même sort que la femme atteinte d'une hémorragie au temps de Jésus. Les étiquettes qu'on leur attribue et les ordonnances qu'on leur rédige ne font qu'augmenter le nombre de diagnostics et d'ordonnances onéreuses, sans qu'il n'y ait pour autant de guérison à la clé. Cela nous donne l'occasion d'envisager la dépression sous un autre angle.

Même dans un pays où exerceraient les meilleurs soignants du monde et les meilleurs médecins de l'Histoire, les diagnostics pourraient être erronés et les traitements laisser à désirer. Il en est ainsi depuis que les médecins tentent de diagnostiquer et de traiter les maladies. Parfois, notre façon d'aborder le problème est erronée, mais il est difficile d'admettre que nous nous sommes peut-être trompés et de changer ce qui doit l'être. Or, il est temps pour nous de faire exactement cela. Nous pouvons supposer qu'une petite proportion de ceux qui répondent aux critères actuels souffrent d'une affection médicale dont la cause reste à découvrir. En attendant cette découverte et un meilleur traitement, nous pourrions faire

---

24. *Ibid.*, p. 53, trad. libre. Après avoir identifié les spirochètes comme étant la cause de la syphilis, Ehrlich s'est mis à la recherche d'un composé chimique pour les tuer et guérir les patients atteints de syphilis. Lors de sa 606<sup>e</sup> tentative, le salvarsan, un composé d'arsenic, a été trouvé et s'est avéré efficace pour supprimer ces organismes, guérir la maladie, et le cours de la médecine a changé pour toujours.

quelque chose pour les 87 % qui ne semblent pas tirer avantage du diagnostic et des traitements actuels.

Au lieu de supposer que toute personne d'humeur dépressive souffre d'une maladie qui nécessite un traitement médical, envisageons que nous sommes face à des gens qui éprouvent simplement de la tristesse pour diverses raisons identifiables. Si nous voulons aider ceux qui souffrent de troubles de l'humeur, nous devons mieux comprendre ce qui, chez eux, relève d'une maladie, et ce qui provient d'une autre cause. Dans le chapitre suivant, nous examinerons quelques pistes qui devraient nous aider à distinguer la tristesse de la maladie.