

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

EXPLORATION DE L'EXPÉRIENCE SUBJECTIVE DE LA PRISE D'ANTIDÉPRESSEURS

THÈSE DE SPÉCIALISATION  
PRÉSENTÉE COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU BACCALaurÉAT EN PSYCHOLOGIE

PAR  
ALEXIS BELZILE (BELA14049201)

SOUS LA SUPERVISION DE  
ALEXANDRE L'ARCHEVÊQUE

16 MAI 2025

## Résumé

La prescription d'antidépresseurs est en hausse constante depuis leur introduction dans la pharmacopée moderne. Au Canada, le nombre d'individus ayant reçu une telle prescription a augmenté de 12,2% entre 2019 et 2023. La littérature s'intéressant aux antidépresseurs se situe principalement dans le champ de la médecine, où l'on mesure quantitativement l'efficacité et la sûreté des molécules. Or, selon plusieurs méta-analyses, l'effet placebo et d'autres facteurs subjectifs expliquent une grande partie de l'efficacité de ces traitements. La présente recherche a pour but d'explorer les dimensions subjectives de la prise d'antidépresseurs, à partir d'un paradigme qualitatif. Notre cadre théorique emprunte à la théorie psychanalytique des relations d'objet. L'objectif est de mieux comprendre l'expérience subjective des personnes qui consomment un antidépresseur. Pour ce faire, nous avons rencontré une participante lors de deux entretiens semi-dirigés. Nous avons procédé à une analyse thématique du contenu des entretiens. Les aspects suivants ont été considérés : (i) le contexte menant à la prise d'antidépresseurs, (ii) les effets perçus, (iii) la relation au médicament, (iv) la relation au prescripteur et, finalement, (v) la relation à l'entourage. Nous concluons que le rapport au médicament ainsi qu'au médecin est empreint d'ambivalence, mais que la médication sert une fonction cruciale pour la participante dans la gestion de ses affects et sa capacité de fonctionner au quotidien.

**Mots clés** : Expérience subjective, antidépresseurs, recherche qualitative, psychanalyse, psychopharmacologie.

## Tables des matières

<b>Résumé .....</b>	<b>2</b>
<b>Remerciements .....</b>	<b>4</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>5</b>
<b>Problématique.....</b>	<b>6</b>
<b>Cadre théorique .....</b>	<b>8</b>
<b>Objectifs.....</b>	<b>8</b>
<b>Méthodologie.....</b>	<b>9</b>
<i>Recrutement .....</i>	<i>9</i>
<i>Critères d'inclusion et d'exclusion .....</i>	<i>9</i>
<i>Échantillon .....</i>	<i>10</i>
<i>Entrevues .....</i>	<i>10</i>
<i>Grille d'entretien .....</i>	<i>10</i>
<i>Analyse des données.....</i>	<i>11</i>
<i>Éthique.....</i>	<i>11</i>
<b>Analyse .....</b>	<b>11</b>
<i>Contexte ayant mené à la prise de médication.....</i>	<i>11</i>
<i>Effets perçus de la médication.....</i>	<i>12</i>
<i>Relation au médicament.....</i>	<i>14</i>
<i>Relation au prescripteur .....</i>	<i>15</i>
<i>Relation à l'entourage .....</i>	<i>17</i>
<b>Conclusion.....</b>	<b>17</b>
<b>Bibliographie (cités).....</b>	<b>18</b>
<b>Bibliographie (références) .....</b>	<b>20</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>22</b>
<i>A. Courriel d'invitation .....</i>	<i>22</i>
<i>B. Courriels de refus.....</i>	<i>23</i>
<i>C. Courriel de vérification des critères d'inclusion.....</i>	<i>24</i>
<i>D. Formulaire de consentement.....</i>	<i>25</i>
<i>E. Grille d'entretien .....</i>	<i>30</i>
<i>F. Questionnaire sociodémographique .....</i>	<i>34</i>

## Remerciements

J'aimerais remercier mon directeur de recherche, Alexandre l'Archevêque, pour l'opportunité précieuse d'étudier plus avant un sujet passionnant, dans un contexte rigoureux et méthodique. Son support constant au fil du projet, ainsi que la générosité de son temps et de ses idées, m'ont fourni un contexte optimal de rédaction. Je suis très reconnaissant!

Je remercie aussi ma partenaire Erika qui a été là, à peu près tout le temps, de près ou de loin, dans la pièce, au téléphone, par texto. Merci d'avoir partagé avec moi toutes ces heures de travail, merci d'avoir toi aussi eu l'audace d'essayer d'en faire plus, sûrement un peu trop. Je t'aime.

Merci à Roxanne Leduc pour les conversations éclairantes, pour les mises en situations et pour l'accueil chaleureux dans l'atmosphère de recherche du laboratoire Noctua.

Merci au centre d'appel Halte-Ami, particulièrement à Zlatka, Doina et Sam, pour le soutien, pour les formations excellentes et l'opportunité donnée à nous, jeunes et inexpérimentés étudiants de psychologie, de pouvoir aider des gens par l'écoute et développer notre savoir-être.

Merci finalement au CARPH, à Charlène Allaire et Kim Laurent les responsables, pour leurs conseils au sujet du fameux doctorat, aux amis bénévoles et à tous ceux avec qui j'ai eu des conversations impromptues au fil des sessions.

## Introduction

En 2023, 16,5% des Québécois ont reçu une prescription d'antidépresseurs. Dans certaines régions, la proportion des gens ayant recours à ce type de médication atteint presque le tiers de la population (IQVIA, 2024). Le traitement par antidépresseurs est prescrit au Canada pour une grande variété de troubles et de symptômes, indiqués ou non. Le traitement est dit « indiqué » s'il est spécifiquement autorisé par Santé Canada. Dans les faits, il existe de nombreux usages hors indications et les médecins ont la liberté de prescrire au-delà des standards de mise en marché (Ogilvie et Eggleton, 2014). Ainsi, les troubles et symptômes pour lesquels on prescrit des antidépresseurs incluent notamment les troubles dépressifs, les troubles anxieux, l'insomnie, la douleur chronique, les troubles paniques, la fibromyalgie, la migraine et le trouble obsessionnel-compulsif (Wong *et al.*, 2016).

L'approche biomédicale est dominante dans le domaine de la psychopharmacologie (Rodriguez Del Barrio *et al.*, 2001). Ainsi, les études portant sur l'efficacité quantifiable des molécules sur la symptomatologie sont beaucoup plus nombreuses que celles portant sur l'expérience subjective des utilisateurs. Néanmoins, quelques études ont porté sur cette dimension. Par exemple, Cyr (2013), dans un mémoire en travail social, a décrit la dimension subjective de la prise d'antipsychotiques. Otero et Namian (2009), de leur côté, ont analysé les thèmes qui ressortent de 60 témoignages sur l'utilisation d'antidépresseurs. Notons que ces quelques études se situent dans les champs du travail social et de la sociologie, et non de la psychologie.

Or, la perspective psychologique est centrale dans les effets de la médication, comme en témoigne l'effet placebo : selon Kirsch *et al.* (2002), jusqu'à 80% de la réponse thérapeutique aux antidépresseurs lui est attribuable. Plusieurs études pointent aussi vers l'importance du désir de changement (Beitman *et al.*, 1994) ou des facteurs communs à toute situation thérapeutique comme l'alliance et l'exposition (Imel et Wampold, 2008) dans l'efficacité du traitement. Il est donc impératif de d'explorer plus en profondeur l'expérience subjective des personnes qui reçoivent un antidépresseur, et ce, à partir de notions propres à la psychologie.

Cette thèse de spécialisation a donc pour objet l'exploration de la relation d'une participante avec son antidépresseur et ce, dans le but de mieux comprendre les facteurs psychologiques à l'œuvre dans le traitement. Pour ce faire, nous ferons d'abord une recension des écrits pour bien circonscrire notre problématique à l'intérieur de la littérature existante. Nous préciserons ensuite le cadre théorique utilisé pour l'analyse des entrevues, puis détaillerons nos objectifs et notre méthodologie avant de passer à l'analyse des entretiens. Une conclusion et une ouverture sur les recherches éventuelles seront finalement offertes.

## Problématique

L'efficacité et la sûreté sont les dimensions les plus fréquemment étudiées dans la littérature médicale d'approche quantitative s'intéressant aux antidépresseurs (Yuan *et al.*, 2020). L'efficacité (ou taille d'effet) est établie en fonction de la réduction des symptômes, tandis que la sûreté est établie à partir de la prévalence d'effets indésirables et de leur sévérité. Les essais cliniques sont régis par des normes internationales (ICH, 2024) et suivent, en général, le modèle de l'essai contrôlé randomisé à double aveugle (*randomized double-blind placebo-controlled trial*). Cette approche permet de recueillir des données homogènes sur un grand nombre de participants afin d'évaluer statistiquement la valeur thérapeutique des produits. Elle relève de la médecine psychopharmacologique, laquelle concentre ses efforts sur la découverte de mécanismes physiopathologiques et de remèdes pharmacologiques. De son côté, la psychologie clinique tente de comprendre et d'intervenir auprès des individus selon une approche thérapeutique fondée en bonne partie sur la relation. Elle étudie les pensées, les émotions et les agirs, et s'intéresse à l'anormalité, la psychopathologie, mais aussi à la normalité et aux conditions d'épanouissement des individus (Peterson, 2010).

À la croisée de ces deux domaines se trouve l'expérience subjective de la médication psychiatrique. Les rares études recensées qui s'y intéressent proviennent des champs du travail social et de la sociologie. Par exemple, Cyr (2013) s'est intéressée à la constellation des effets rapportés par les utilisateurs de médication psychiatrique, principalement d'antipsychotiques. Les participants de son étude ont décrit les effets bénéfiques, comme l'accession à un état plus calme permettant de meilleurs rapports sociaux. Ils ont également fait mention d'effets indésirables, comme de la fatigue, de la dépendance et des difficultés d'attribution. Il se dégage de leurs récits que la prise d'antipsychotiques constitue un compromis, une concession faite à la nécessité d'atténuer un symptôme et une souffrance. De leur côté, Otero et Namian (2009) ont analysé 60 récits de personnes ayant pris des antidépresseurs. Ils ont dégagé quatre thèmes principaux, soit la réticence à entamer l'usage, l'efficacité du produit, les effets indésirables ainsi que le désir d'interrompre l'usage. Malgré un profil d'effets indésirables plus modéré que celui des antipsychotiques, les utilisateurs d'antidépresseurs éprouvent une forte ambivalence vis-à-vis de leur médication. C'est un trait saillant de leur expérience subjective rapportée en lien au traitement.

Avant d'aller plus loin, il importe de distinguer la notion d'effet placebo et celle de placebo. Le placebo est une substance inactivée ou inerte et sans ingrédient médicamenteux et qui est administrée à l'aveugle (le patient ignore si le comprimé est actif ou non). Quant à l'effet placebo, selon Kaptchuk et Miller (2015), il consiste en un soulagement en lien avec la rencontre thérapeutique et la participation à ses rituels, ses symboles et ses interactions. Dit autrement, l'effet placebo concerne toute thérapeutique, qu'il y ait ou non administration d'un placebo. Par ailleurs, la notion d'effet placebo fait écho à la théorie des facteurs

communs (Imel et Wampold, 2008) qui soutient que, malgré des techniques et des théories distinctes, les différentes approches en psychothérapie partagent les ingrédients thérapeutiques responsables de l'effet curatif. Cette théorie est appuyée par plusieurs études montrant que l'effet thérapeutique est comparable entre différentes approches (Wampold *et al.*, 1997). On observe donc, dans les contextes médical et psychothérapeutique, un effet curatif qui dérive de la rencontre formalisée avec un professionnel. D'autre part, Beitman *et al.* (1994) ont montré que le désir de changement de patients peut être plus significatif pour leur rétablissement que le fait de recevoir ou non un médicament actif. De leur côté, Krupnick *et al.* (1996) ont comparé différentes psychothérapies ainsi qu'un traitement par antidépresseur (imipramine). Ils ont trouvé que la qualité de l'alliance thérapeutique était le facteur décisif du succès thérapeutique dans chacun des cas. Ces différents résultats mettent en évidence l'importance des facteurs psychologiques dans le traitement, plus particulièrement ceux qui relèvent de la qualité de la relation avec le soignant.

Dans le même ordre d'idées, Mintz et Belnap (2006) font partie d'une équipe de traitement en psychiatrie clinique au centre Austen Riggs au Massachusetts. Ces chercheurs proposent une psychodynamique du traitement psychopharmacologique pour rendre compte des phénomènes symboliques et intersubjectifs en contexte de prescription. Leur approche a été développée dans le cadre du soin de patients à troubles réfractaires au traitement, notamment des troubles de l'humeur et de personnalité. Mintz et Belnap ont cartographié des dynamiques transférentielles entre patient et médecin qui sont susceptibles de nuire ou d'annuler l'effet thérapeutique d'une molécule. Celles-ci incluent des cas de résistance où la signification du symptôme reste ignorée au point de bloquer le progrès thérapeutique. Ces chercheurs insistent sur l'importance clinique de reconnaître les patrons affectifs émanant de l'histoire personnelle du patient. Plakun (2003), un autre membre de la même équipe, a décrit l'ambivalence vécue par les patients envers le médicament et le prescripteur, particulièrement en présence d'effets indésirables. Il met en garde contre les mises en acte (*enactment*) où le thérapeute/prescripteur est amené à poser des gestes contre-thérapeutiques, tels que prescrire des dosages trop élevés.

Comme décrit plus haut, il semble pertinent d'explorer l'expérience subjective et intime de la consommation du médicament. L'approche hybride de Mintz et ses collaborateurs fournit une inspiration pour une étude rigoureuse de phénomènes psychologiques en lien avec l'usage de médicaments psychiatriques. Nos travaux s'inscrivent donc dans la continuité de ceux qu'ils ont entamés.

## Cadre théorique

Cette thèse a été élaborée sur un arrière-plan théorique d'approche psychodynamique centré sur les relations d'objet et la structuration psychique. J. Bergeret (2021), dans *La personnalité normale et pathologique*, décrit deux types de structure psychique – la structure névrotique et la structure psychotique –, ainsi qu'une astructuration de type limite. La structure/astructure de personnalité d'une personne dépend de sa trajectoire développementale et psychosexuelle. Un trauma ou des frustrations importantes au cours de l'enfance peuvent interrompre le développement affectif. Il s'ensuit que le mode de fonctionnement de l'individu à l'âge adulte sera analogue à celui qui prévalait au moment de sa fixation développementale. Ainsi, l'individu qui présente une structure névrotique investit les objets relationnels avec nuance, sans faire de clivage, ayant traversé le stade de l'Œdipe. Puisqu'il dispose d'un moi solide, il est généralement en mesure de faire de l'introspection et de tolérer la frustration, la critique et l'échec. De son côté, l'individu qui dispose d'une astructuration limite possède un échafaudage de défenses du moi plus fragile, entraînant un vide identitaire et une faible estime de soi. La relation s'établira chez lui sur un mode anaclitique, c'est-à-dire qu'il aura besoin de s'appuyer et de dépendre des autres afin de stabiliser son identité et son estime de lui-même. Finalement, l'individu avec une structure psychotique se caractérise par un rapport fragile avec la réalité. Ses relations s'articulent sur un mode fusionnel où le sujet et l'objet sont confondus. Chaque structure/astructure peut se trouver dans un état compensé (en équilibre) ou décompensé (en déséquilibre), selon les défenses internes du sujet et sa capacité à s'adapter à sa situation présente.

Il est entendu qu'un individu investira son médicament, son prescripteur et les membres de son entourage selon un ou plusieurs des principaux modes relationnels décrits plus haut. Néanmoins, il importe de préciser que la structure/astructure d'un individu ne détermine pas toujours le type d'investissement objectal dans un contexte donné. Un individu névrotique peut développer un rapport de type anaclitique avec son médicament, par exemple.

## Objectifs

Cette étude se veut une exploration de l'expérience subjective de la prise d'antidépresseurs. Nous avons choisi de nous intéresser surtout à la dimension relationnelle, plus précisément aux rapports avec le médicament, le prescripteur et l'entourage. Nous chercherons aussi à décrire les effets de la médication antidépressive sur le monde interne.

Dit autrement, dans le but de mieux comprendre l'expérience subjective, nous explorerons les aspects suivants :

- (i) le contexte entourant la prise de médication ;
- (ii) les effets perçus de la médication ;
- (iii) le rapport développé envers le médicament ;
- (iv) la relation avec le prescripteur ;
- (v) les relations avec l'entourage.

## **Méthodologie**

Les choix méthodologiques ont été faits en fonction de l'objectif décrit plus haut. Ainsi, une démarche qualitative est privilégiée, notamment parce qu'elle favorise l'expression du point de vue de la participante, tout en soutenant son agentivité et en facilitant la création d'un lien de confiance. Par ailleurs, un devis qualitatif de type inductif est particulièrement adapté à une recherche qui aborde un sujet peu étudié (Paillé et Mucchielli, 2021).

### *Recrutement*

Cinq adultes ont été recrutés dans la région de Montréal par bouche-à-oreille, ainsi que par le biais d'annonces (p. ex., pages Facebook d'associations étudiantes universitaires, babillards de cafés étudiants) et de courriels. Les personnes intéressées ont d'abord été contactées par téléphone pour une courte conversation servant à vérifier leur admissibilité. Après avoir confirmé le respect des critères d'inclusion, nous avons fixé la date et le lieu de la première entrevue. Les candidats sélectionnés ont été invités à venir nous rencontrer dans les locaux du Département de psychologie de l'UQÀM.

### *Critères d'inclusion et d'exclusion*

Les critères d'inclusion étaient : (1) être âgé de 18 ans ou plus ; (2) consommer actuellement au moins un médicament appartenant à la famille des antidépresseurs (p. ex., Celexa, Cipralex, Effexor, Paxil, Prozac, Zoloft) ; (3) consommer cette médication de manière continue depuis au moins six mois ; (4) faire partie de la population active, c'est-à-dire être soit aux études, sur le marché du travail, impliqué dans sa communauté, ou une combinaison des précédents. Les critères d'exclusion étaient : (1) être émotionnellement trop fragilisé pour élaborer de manière cohérente sur son vécu ; (2) intoxication par alcool ou drogues lors de l'entrevue.

### *Échantillon*

Puisqu'il s'agit d'une étude exploratoire, nous avons cherché à constituer un échantillon relativement homogène, par le biais d'un échantillonnage de convenance (Mayer *et al.*, 2000). Toutefois, une seule personne participante a fait l'objet d'analyses dans le cadre de cette thèse de spécialisation. La participante est une jeune femme de 24 ans, étudiante et à l'emploi.

### *Entrevues*

Des entrevues individuelles semi-structurées d'une durée approximative d'une heure et demie chacune ont été menées dans les locaux du Département de psychologie de l'UQÀM. La participante a été rencontrée à deux reprises pour favoriser l'élaboration en profondeur de l'expérience, selon le modèle illustré par Gilbert (2009). La première entrevue avait pour but de créer un climat de confiance favorable au dévoilement, à établir une bonne alliance de travail et à amorcer l'élaboration du récit. La seconde entrevue a permis de faire un retour sur les contenus abordés lors de la première entrevue et de préciser des éléments laissés en suspens. Pour s'assurer d'une bonne continuité au sein du récit entre la première et la seconde entrevue, l'intervalle entre celles-ci n'a été que de quelques jours (Gilbert, 2009).

Les thèmes d'entrevue ont couvert différentes dimensions de l'expérience subjective, et ce, tout en permettant l'inclusion d'éléments inattendus non préalablement inclus dans la grille d'entretien. Au terme de la première entrevue, le profil sociodémographique (statut conjugal, scolarité, occupations principales, revenu annuel, etc.) et pharmacologique (médicaments consommés, motifs de prescription, durée de la prise, etc.) a été documenté à l'aide d'un court questionnaire à questions fermées.

### *Grille d'entretien*

La grille d'entretien (voir Annexe E) incluait une description de l'attitude à adopter, un plan général du déroulement, ainsi que les grandes lignes à explorer au cours des entretiens. Après l'accueil chaleureux de la participante et la complétion du formulaire de consentement, le premier entretien a donc débuté avec une question d'amorce : « Pourriez-vous me raconter, en vos mots, comment vous en êtes venue à prendre cette médication? ». Cette question ouverte avait pour but d'inviter la participante à faire le récit de l'arrivée de la prise de médication dans sa vie.

Quatre questions exploratoires avec pistes de relances ont permis d'approfondir les thèmes d'intérêt en lien avec nos objectifs : (a) invitation à décrire le rapport entretenu avec la médication ; (b) invitation à décrire la relation avec le prescripteur de la médication ; (c) questionnement sur de possibles changements perçus dans les relations avec l'entourage ; (d) questionnement sur les changements internes perçus suite à la prise de la médication.

### *Analyse des données*

Les entretiens ont été intégralement transcrites, codifiées puis soumises à une analyse de contenu thématique (Paillé et Mucchielli, 2021). Cette analyse descriptive visait à demeurer au plus proche des dires (et donc de l'expérience vécue). La codification a été effectuée en parallèle avec la transcription, en notant les sous-thèmes importants et le ressenti du transcripteur pendant l'écoute de l'entretien. Les extraits pertinents ayant traités aux objectifs de recherche ont été retenus, et ce, tout en veillant à ce qu'ils soient dénominalisés par souci de confidentialité. Le tout a été effectué en utilisant un logiciel de traitement de texte (MS Word). Les extraits ont été discutés lors de rencontres avec le directeur du projet qui, de son côté, a également effectué un repérage des contenus pertinents en lien avec les objectifs de l'étude.

### *Éthique*

Puisque les sujets abordés étaient susceptibles d'éveiller des souvenirs d'expériences pénibles, nous avons porté une attention particulière à d'éventuelles réactions négatives au cours des entretiens. Nous n'avons pas eu à interrompre celles-ci. Les coordonnées de centres de crise et de lignes d'écoute ont été offertes à la participante.

## **Analyse**

La participante a partagé ses expériences sur la prise de deux antidépresseurs distincts. Nous nous sommes concentrés sur l'expérience de la prise du second antidépresseur, car c'est celui pour lequel les souvenirs de la participante étaient plus récents et détaillés. Nous avons tout de même inclus quelques extraits pertinents ayant trait au premier antidépresseur dans l'analyse.

### *Contexte ayant mené à la prise de médication*

Les symptômes ayant mené la participante à la consultation d'un médecin et à la prise récente d'un antidépresseur sont arrivés de manière impromptue. Il s'agissait de crises d'angoisse sévères et incapacitantes. La participante se trouvait à un moment charnière de son parcours et à la confluence de plusieurs enjeux personnels. Plusieurs questions étaient ressenties comme pressantes et impératives : quelles directions prendre en regard des études et du travail, comment trouver la bonne personne avec qui nouer une relation amoureuse durable, etc. L'anxiété de la participante était particulièrement centrée sur le thème du choix d'un partenaire. L'inadéquation entre la vie souhaitée par la participante et la personnalité

et les aspirations de son partenaire actuel semblait créer de la dissonance, à laquelle elle attribue la source probable de ses symptômes.

« En fait à quoi j'pensais quand j'ai eu ma première crise d'anxiété c'était.. une réalisation que j'étais pas avec la bonne personne. Ça m'a fait triper, ça m'a.. bad trip là là... c'était la fin du monde. »  
« Fait que, veux, veux pas, si j'étais avec la bonne personne, peut-être que j'aurais jamais eu, cette anxiété-là. »

Les symptômes sont apparus soudainement. Il est à noter, cependant, qu'une autre médication psychiatrique avait été interrompue quelques mois auparavant. Ainsi, la participante soupçonne que l'arrêt de la médication précédente a pu être un facteur fragilisant.

### *Effets perçus de la médication*

L'antidépresseur a donc été prescrit à la participante en réponse à l'apparition des symptômes anxieux et de crises de panique. Cependant, les effets bénéfiques comme néfastes de la médication sont multiples. Madame rapporte notamment un impact positif sur sa symptomatologie, principalement sa peine :

« T'sais comme là, j't' à ma plus petite dose. Euh... Mon copain pis moi on est pu ensemble ça fait euh... quelques semaines. J'commence un nouveau chapitre. Pis honnêtement. Oui. Ça... Ça m'aide là. T'sais comme, présentement j't'en gros break up. Pis comme... ça l'allège mon sentiment de peine. Je pleure. J'suis pas assez gelée pour pas pleurer. Parce qu'il y a des gens qui sont... ça sort pas parce qu'ils sont trop gelés. »

Sans atténuer complètement l'anxiété ou la déprime, la médication permet à la participante de fonctionner dans son quotidien. Il s'agirait là d'un progrès certain comparativement à l'état dans lequel elle se trouvait avant la prise de la médication. Cependant, cet impact bénéfique n'est pas sans inconvénient, car la participante a également rapporté un aplatissage généralisé de ses affects. Selon elle, la médication pourrait avoir contribué à son indifférence. L'extrait suivant illustre cette difficulté en lien avec le choix d'un parcours scolaire :

« J'ai réalisé après un an, que euh... je ne voulais plus continuer dans ce que j'étudiais. Faque je sais pas si... euh... je suis devenue indifférente à cause d'une perte d'intérêt, ou à cause du médicament. Un peu des deux, c'est sûr que oui. »

La médication semble jouer un rôle paradoxal dans l'intégration des données émotionnelles et la prise de décision dans le domaine relationnel. Elle permet à la participante de poursuivre une relation jugée anxiogène, à laquelle elle mettra éventuellement un terme. On peut se questionner si l'effet est bien un recentrage, comme elle indique dans l'extrait suivant, ou si c'est plutôt une déconnexion de soi permise par l'antidépresseur.

« Faqu'on s'est laissés. Pis après un mois, j'étais pas capable. Dans le sens que... là le médicament m'aidait à me recentrer. Faque là je me suis dit « ah ben je feel mieux. » faque je vais continuer de voir ce que mon coeur y dit. Faque je suis retournée avec la personne. Euh... En passant, l'anxiété, elle est pas partie. Euh... Dans le fond le médicament m'aidait à contrôler. »

Les effets indésirables de nature physiologique sont nombreux et sérieux. La participante décrit de la somnolence, une altération temporaire de sa vision, des étourdissements, ainsi qu'une baisse de désir et de plaisir sexuels :

« Mais avec le Effexor, premièrement, j'étais pas capable de conduire pour un mois. La visibilité là. Pis ça c'est un des effets, la somnolence. Être étourdie. La tête te tourne pis tu vois pu rien. Ta vision est tout le temps floue. Deuxième chose c'était... euh... Ouin, pis là ç'a pris un gros mois à être capable de conduire. Les étourdissements. Après... C'est euh... c'est que j'étais devenue un roche. Euh... Après c'était plus euh... (hésite) Ahh j'dirais... euh... (t. long) Vu que j'étais un peu euh... engourdie de partout je dirais sur la euh... sur le point sexuel aussi... euh... j'avais plus... j'avais pas vraiment... de désir. J'ai parlé avec d'autres gens que eux, y'étaient incapables de comme, atteindre l'orgasme. Moi j'ai été capable. Mais... ça l'a, ça l'a juste euh... ramolli un peu mon.. t'sais mon... mon... mon désir là. J'tais quelqu'un de assez comme actif, pis là bin j'étais rendue comme plus ou moins. »

La sueur et la difficulté à réguler sa température corporelle sont parmi les effets physiques les plus incommodants :

« Pis j'ai oublié un effet secondaire massif du Effexor : la sueur! Je sue comme ça l'a aucun sens. Pis j'ai deux autres personnes avec qui j'ai parlé d'Effexor pis ils me l'ont toutes dit! Genre « Je sue comme ça l'a aucun sens. ». La température, la nuit, elle... elle vient vraiment haute. Pis le matin tu te réveilles avec des gouttes sur ton corps. Pis même durant ma journée je sue beaucoup plus. Je le sais que c'est un effet vraiment secondaire. Parce que... euh... avant ça je ne suais pas. Ça ça m'a vraiment marquée aussi! Avoir de la fatigue, de la sueur.. Pis euh... aussi de l'effet gelée là. Ça c'était mes trois plus grands qui m'ont vraiment hit avec mon antidépresseur. »

De plus, les effets nuisibles auraient été exacerbés suite à des modifications de la posologie. La participante demeurerait donc prudente et traiterait la prise de la médication comme un rituel important qui doit être respecté. Un autre effet nuisible important est l'effet de gel. La participante voit cette sensation de gel comme un obstacle à l'accès à ses émotions, car elle considère la capacité de pleurer comme un point positif :

« Pis quand que t'es vraiment dans vraiment une grande dose l'effet de roche est constant là! Comme y'a des gens qui sont même pas capables de pleurer... Y'ont de la peine pis ils sont comme « Ah... (indifférent) ». Mais y sont... Ils pleurent pas. Moi au moins j'suis capable de pleurer là. Pis... l'effet roche, c'est quand que j'augmentais la dose. Quand que la dose elle s'augmentait. C'était ça pour quelques semaines. Le temps que j'sois habituée. Pis après quand j'étais habituée, c'était moins pire. »

La prise de médication a aussi eu un effet considérable sur l'appétit, la consommation de nourriture et le poids de la participante, menant à un trouble alimentaire selon elle :

« C'te médicament-là, euh... Le *Strattera* là j'étais euh... presque anorexique. Je mangeais pas. Ça coupe la faim. [...] J'étais tellement mince que j'étais euh.. aménorrhique. Je sais pas si tu sais c'est quoi? Mais c'est quand que... Euh... T'es pas capable de saigner quand que tu as tes règles. J'étais tellement mince que le corps pour pas perdre de l'énergie gardait le sang! Pis euh.. J'ai commencé à être régulière en fait quand que j'ai arrêté le médicament. Pis quand que j'ai commencé à comme plus manger là.. à me forcer à manger. Mais toute mon enfance j'ai été *underweight*... à la norme. Pis euh... Tu vois, la majorité des gens qui prennent des antidépresseurs, eux-autres ils voient une perte... euh... un gain de poids. Moi ça ça m'a moins affectée. »

Somme toute, et en regard de son parcours de vie, la participante est reconnaissante de l'aide apportée par la médication et indique que l'effet cumulatif a été bénéfique et salutaire. Elle lui a permis de poser des actions qui ont eu un effet additif et qui l'ont poussée dans la bonne direction. La participante attribue donc des vertus importantes au médicament : celui-ci lui a permis de réussir et l'a même sauvée de graves difficultés.

« Si j'ai pas pris mon... si j'avais pas... ma mère m'avait pas donné mon *Strattera*, jeune. Je serais jamais allée, je serais jamais où ce que je suis. À l'université présentement. Même chose pour mon antidépresseur. Si je ne l'avais pas pris, je serais en hôpital psychiatrique présentement là. »

« Pis t'sais encore là... Une chance que j'avais mon médicament là. Une chance. Dans toute là-dedans là.. Une chance. Ça m'a vraiment aidé à remonter la pente. Là, pis... une étape à la fois... J'ai j'ai eu mon travail... euh... Là l'école, j'suis en train de le finir, mais t'sais j'ai fait des démarches en orientation. On dirait que ça m'aide tellement avec l'anxiété, du fait que... Je sais où j'm'en vais dans vie! Parce que je savais plus où que j'm'en allais dans vie. »

### *Relation au médicament*

La relation de la participante vis-à-vis de sa médication est marquée par deux pôles opposés de son expérience. D'une part, elle reconnaît l'aide apportée sur le plan de la gestion des affects, le support quotidien lui permettant d'être fonctionnelle. D'autre part, elle est consciente des effets néfastes subis en marge des avantages qu'elle tire de la prise du médicament. L'approche qu'elle préconise est donc la planification prudente d'un arrêt éventuel.

« Pis aussitôt que j'vais aller mieux... euh... j'vais arrêter de le prendre. On dirait que là j't'encore sur l'adrénaline. J'ai un mini anxiété. Mais c'est plus aussi pire que quand que j'étais avec mon ex. Faque l'anxiété est encore là. Probablement parce que j'suis dans un gros évènement là. Mais on dirait que j'ai vraiment allégé. Pis avec la peine qui est au-dessus, je suis pas vraiment capable d'aller dig up... genre dig dans les émotions là. Si c'est de l'anxiété ou de la peine. Mais je peux définitivement dire que l'anxiété euh... est beaucoup moins pire là. Fait qu'on dirait que c'était vraiment ça le point. Pis peut-être pas là, peut-être que c'est quelque chose qui. C'est sûr que... Je suis une personne anxieuse de base. Mais mon but ultime c'est vraiment euh... de... de pas en prendre là. »

La participante refuse catégoriquement de se résigner à un prendre un antidépresseur toute sa vie, bien que cela lui soit présenté comme normal et courant par son médecin. Son positionnement est clair :

« Y'a des gens que y'en prennent pendant dix, vingt ans... Pis même, mon docteur c'est ça qu'il m'avait dit. Il a dit : « T'sais, c'est pas grave, y'a des gens qui en prennent pour toute le restant de leur vie. » Pis moi c'était genre : No way! »

Au-delà du fardeau des effets physiologiques nuisibles, la participante nomme son désir de retrouver son identité véritable, une présence à soi authentique, derrière sa volonté d'arrêter la prise d'antidépresseur. Elle souhaite pouvoir maîtriser ses émotions sans support extérieur :

« En fait, moi, ce qui m'inquiète le plus avec la prise de médication c'est de ne pas savoir la vraie personne que je suis. Parce qu'avec un soutien comme ça, que ce soit, mon TDAH ou avec la prise de médication pour aider la dépression et l'anxiété. J'ai peur de... d'oublier la vraie personne que je suis. Parce que veux, veux pas, ça gèle. Ça vient camoufler les aspects de ma personnalité. Quand que je lui ai dit à ma docteur pour quoi que je voulais arrêter mon premier médicament là c'était « Je ne sais pas qui je suis au fond de moi ». J'ai j'ai... depuis que j'ai huit ans je prends une médication... Genre je sais même pas qui je suis sans ce médicament-là là! T'sais... Pis... C'est la même chose pour les gens... qui prennent des antidépresseurs... ou des médicaments... Pour cinquante, quarante ans. Y'en a des gens qui sont corrects avec le fait d'avoir cet appui-là Puis c'te camouflage-là. Mais pour moi, c'est important de pas l'avoir. Je veux vivre la vraie moi. Pis j'veux être capable de contrôler. T'sais mon but ultime c'est vraiment de contrôler puis de.. de plus avoir besoin de ce soutien-là. T'sais, contrôler mes pensées, malgré mon anxiété. »

### *Relation au prescripteur*

La participante fait état d'une relation mitigée vis-à-vis de ses prescripteurs. Elle questionne la justesse de leur jugement clinique à plusieurs égards. En regard des protocoles d'arrêt, elle considère qu'elle a reçu des conseils imprudents qui ont mis sa santé et son équilibre psychologique en danger.

« Pis à vingt ans je me suis comme tannée. Je me suis dit euh... C't'assez là! T'sais. J't'étais au cégep euh... J'ai j'ai... j'suis rendue ailleurs dans ma vie j'aimerais ça arrêter. Faque j'ai fait un sevrage, mais en seulement un mois. Personnellement je trouve que c'tait vraiment short pis ça l'a été un peu un manque de jugement, de la part de mon médecin d'arrêter. Un médicament aussi euh... que j'ai pris aussi longtemps... aussi vite! »

Cette perception d'un manque de rigueur crée chez elle une appréhension au sujet de demandes futures auprès de son médecin. Elle sent le besoin de « pousser » pour obtenir un service acceptable. De plus, l'acte de prescrire, le choix de la molécule et la prise de médication sur le long terme sont banalisés par les médecins selon la participante.

« [Le médecin était] Parfait pour donner les médicaments! Mais les médecins, honnêtement, y'ont manqué de jugement, là. Genre... Eille! T'sais les docteurs pour les enfants là? OK lui il me disait euh.. « Parfait, si ça fonctionne, continue! » Mais ma médecin pour adulte elle s'est aucunement posée la question de.. « Ah.. ça fait juste quinze ans qu'elle prend c'te médicament-là.. » On dirait qu'ils sont comme habitués au fait que les gens prennent des médicaments toute leur vie! Que genre c'était normal! Pis y'ont pas questionné ça. C'est vraiment moi qui est arrivée, pis qui a faite comme : Eille euh... Wake up genre ça fait [plusieurs années], c'tu normal? »

« Comment est-ce que ma médecin elle était tellement pas au courant du sevrage? Elle m'a enlevé le médicament que j'prenais pendant 15 ans de temps, en genre quelques mois, quelques semaines. Eille!

Une chance que j'prenais pas euh... J'sais pas moi... un médicament qui me gardait en vie là... J'sais pas! J'trouve ça rough pas mal. Pis là tu vois j'ai hâte de voir avec le moment que je vais décider de finir avec mon antidépresseur, si elle va m'enlever ça euh... (rires) En... quelques semaines là! Mais ça je vais lui dire. J'trouve que les médecins au Québec faut que tu pousses sur ce que tu veux. Pis va falloir que je pousse sur le fait que j'veux euh... Pousser la durée du sevrage. »

Elle perçoit la méthode de prescription préconisée par les médecins comme une heuristique « essai-erreur » où le choix du médicament est fait presque au hasard. Le patient se trouve laissé à lui-même face à ce choix qui dépend au final de son appréciation personnelle du traitement. Cela laisse croire, selon madame, à un manque de connaissances psychopharmacologiques chez les médecins de famille et les pédiatres. La présence d'effets secondaires, de plus, n'amène pas la remise en question du choix de molécule et est vue comme normale.

« J'ai comme l'impression qui.. C'tun.. un essai-erreur. En fait, même avec mon [molécule] là. Vraiment là! Mon médecin il.. il donnait ça comme des bonbons là. Comme : Essaie avec ça. Si ça marche pas, ça va être lui, pis lui. »

« Quand que j'ai commencé à prendre mes médicaments antidépresseurs il me demandait « Est-ce que ça va? » Euh... T'sais j'veux dire « Comment tu te sens? » Pis obviously j'étais comme... bin... t'sais... J'me sens mieux... euh... dans les effets secondaires, c'est de la grosse fatigue. Faque pour lui c'était normal. Mais, en réalité si je pense à ça, j'pense que c'est pas nécessairement la bonne molécule. Faque que j'trouve qu'il y a un manque dans le savoir des molécules. Pis t'essaye ça comme si c'était des bonbons là! Si j'aurais dit euh... « Ah non j'aime pas ça » ben il me passait un autre. Faque c'est... J'trouve ça... ordinaire. »

Sur une note positive, les conseils cliniques allant au-delà de la simple prescription ont été accueillis avec gratitude par la participante. L'attention portée au style de vie et aux interventions non pharmacologiques (la psychothérapie, par exemple) ont semblé favoriser une relation vécue comme plus humaine et aidante.

« T'sais ça dépend vraiment du médecin là! Moi malgré ses... son... sa naïveté ou whatever, son manque.. de savoir pour le.. médication. T'sais il m'a quand même conseillé « Essaie d'alléger ton stress dans ta vie ». Euh... « Fais du yoga. Va consulter. » C'est pas juste comme la majorité des médecins là « Prends ça! » Pis that's it là. »

La médecin a pris soin de compenser l'arrêt de l'antidépresseur avec une médication à prise occasionnelle pour la concentration. Cet ajout semble être apprécié et jugé adéquat par la participante.

« Habituellement, la prise de médication, euh, d'enfant-là, à l'âge d'enfant, elle s'arrêtait vers 18 ans. Parce que habituellement à 18 ans t'es capable un peu plus de te gérer. Euh... Pis c'est vrai, t'sais... J'ai... j'ai arrêté mon médicament, puis... honnêtement? Ç'a pas tant changé de choses dans ma vie là... J'oubliais pas plus de choses... Parce que je... j'ai arrêté mon médicament pour mon TDAH pis toute. Euh... la seule chose c'était un petit peu plus la concentration, mais ça... ç'pas grave... J'ai pris... J'prends

encore... En temps et lieu quand que j'en ai de besoin... Euh... mon Ritalin qui est une durée de une ou deux heures tandis que Strattera c'était du huit heures! Faque c'est pour ça que le corps, il était comme addict, dans le sens que la molécule elle durait une journée de temps, tandis que le Ritalin c'est une à deux heures. Pis t'sais j'en prends de temps en temps encore là... Mais ça.. Y'a même des gens... (rires) qui ont même pas de TDAH qui en prennent du Ritalin là faque! »

« C'est quand que j'ai arrêté le Strattera.. Euh... Ma... Ma docteure elle était comme « Ben vu que t'as un TDA t'sais des fois, t'en as de besoin! Veux, veux pas là, on va en avoir besoin un moment donné! »

### *Relation à l'entourage*

Selon les dires de son entourage, l'antidépresseur, sans l'empêcher complètement de vivre ses émotions, aurait rendu la participante plus indifférente au quotidien.

« Ma mère pis mon chum... Quand j'dis mon chum c'est mon ex là. Y'ont toujours dit que... Y'ont remarqué que j'étais... comme... indifférente. Ça ç'a l'a affecté ma relation plus avec... plus intime avec euh... mon partenaire. »

Les relations familiales de la participante semblent inchangées, la proximité du lien étant trop grande pour être altérée.

« Je les aime beaucoup, faque t'sais... Euh... La chose qui inquiétait beaucoup ma famille c'est que je dormais tout le temps. Ça c'était vraiment inquiétant parce que j'suis tellement une fille euh... active et tout que ma mère elle m'en parlait, elle me disait « Je veux vraiment que tu regardes ça... c'est vraiment inquiétant de te voir. » En tant que lien, ça l'a jamais vraiment changé quelque chose... euh... dans mes relations. À part euh... C'est ça... Plus avec mon... ma... intimement avec euh... »

Comme mentionné plus haut, les symptômes à l'origine de la prise d'antidépresseur étaient liés à des questionnements sur ses relations intimes. L'antidépresseur semble avoir aidé la participante à mettre de côté une part de son émotivité, et à résoudre un dilemme interne. Ainsi, elle aurait choisi, après mûres réflexions, de mettre fin à une relation que la médication lui a initialement permis de prolonger. En ce sens, on pourrait avancer que l'antidépresseur a agi de concert avec la résistance au changement de la participante, phénomène décrit par Mintz et Belnap (2006). La participante fait aussi mention de l'aide apportée par l'antidépresseur pour tolérer la souffrance suivant la fin de cette relation.

### **Conclusion**

Le témoignage recueilli, bien que singulier et unique, nous permet de mieux comprendre et d'explorer les dimensions subjectives de l'expérience de la prise d'antidépresseurs. Nous avons choisi de nous intéresser principalement aux dimensions relationnelles de cette expérience. La participante a

témoigné d'une ambivalence marquée vis-à-vis de la médication et de son médecin. D'une part, l'antidépresseur est perçu comme un apport crucial et une aide ayant transformé son parcours de vie pour le mieux. Elle confie en toute franchise qu'elle aurait pu atterrir « en hôpital psychiatrique » sans ce support. D'autre part, la liste étourdissante des effets néfastes, ainsi que la perte de contact avec l'authenticité de son expérience émotionnelle, l'amènent à refuser l'idée d'une prise à long terme. Dans son rapport aux médecins, elle constate que leur compréhension des effets potentiels, bénéfiques comme néfastes, semble limitée. Cette réalisation est déconcertante pour la participante et le lien de confiance avec le prescrivait s'en trouve fragilisé. Cependant, les interventions soutenantes venant du médecin sont accueillies avec reconnaissance et l'encouragent à se mobiliser.

Concernant les relations avec l'entourage, l'atténuation de l'anxiété semble avoir permis à la participante de prolonger une relation intime qui la déstabilise. La famille a témoigné de son inquiétude au sujet des effets néfastes, notamment la somnolence. En somme, la participante note un apport bénéfique de la médication aux plans de la régulation des affects et de la capacité de fonctionnement au quotidien. Les effets indésirables recensés sont la somnolence, une baisse de désir et de plaisir sexuels, une perte de contact avec ses émotions, de la sudation, une impression de chocs électriques, un brouillard cognitif ainsi qu'une vision altérée. La participante semble trouver en la médication antidépressive un appui, et lui attribue une part importante des améliorations qu'elle a observées. Elle semble aussi avoir utilisé le médicament pour renforcer une résistance au changement (Mintz et Belnap, 2006). Enfin, la médication semble masquer une partie de son identité, ce qui encouragerait madame à envisager la cessation éventuelle de la prise.

Ainsi, l'expérience subjective de la participante vis-à-vis de la médication est empreinte d'ambivalence et de compromis. Ces résultats restent préliminaires et l'objectif de cette étude se voulait avant tout exploratoire. D'autres aspects de l'expérience subjective pourront être explorés dans de futurs travaux, notamment en ce qui concerne la cohésion identitaire. La connaissance des facteurs subjectifs à l'œuvre dans l'expérience de la prise de médication psychiatrique reste peu développée et mérite d'être approfondie dans un proche futur.

### **Bibliographie (cités)**

- Beitman, B. D., Beck, N. C., Deuser, W. E., Carter, C. S., R., J., Davidson, T. et Maddock, R. J. (1994). Patient stage of change predicts outcome in a panic disorder medication trial. *Anxiety*, 1(2), 64-69. <https://doi.org/10.1002/anxi.3070010205>
- Bergeret, J. (2021). *La personnalité normale et pathologique: les structures mentales, le caractère, les symptômes* (3. éd). Dunod.

- Cyr, C. (2013). *Vue intérieure de la médication psychiatrique: l'expérience des personnes ayant cheminé avec la GAM* [Université de Montréal]. <http://hdl.handle.net/1866/10282>
- Gabbard, G. O. (2011). *Psychothérapie Psychodynamique: Les Concepts Fondamentaux* (1st ed, A. E. Boehrer, trad.). Elsevier Masson SAS Éditeur.
- Gilbert, S. (2009). La recherche qualitative d'orientation psychanalytique : l'apport heuristique de rencontres intersubjectives. *Recherches qualitatives*, 28(3), 19. <https://doi.org/10.7202/1086778ar>
- ICH. (2024). *ICH : Members & Observers*. <https://www.ich.org/page/members-observers>
- Imel, Z. E. et Wampold, B. E. (2008). Chapter 15: The Importance of Treatment and the Science of Common Factors in Psychotherapy. Dans S. D. Brown et R. W. Lent (dir.), *Handbook of counseling psychology* (4th ed., Completely rev. and updated, p. 266-283). John Wiley.
- IQVIA. (2024). *Prevalence and Treatment of Mental Health Disorders: Trends in the use of antidepressants in Canada*. <https://www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/canada/factsheets/snapshot-antidepressants-2024-en.pdf>
- Kapchuk, T. J. et Miller, F. G. (2015). Placebo Effects in Medicine. *New England Journal of Medicine*, 373(1), 8-9. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1504023>
- Kirsch, I., Moore, T. J., Scoboria, A. et Nicholls, S. S. (2002). The emperor's new drugs: An analysis of antidepressant medication data submitted to the U.S. Food and Drug Administration. *Prevention & Treatment*, 5(1). <https://doi.org/10.1037/1522-3736.5.1.523a>
- Krupnick, J. L., Sotsky, S. M., Elkin, I., Simmens, S., Moyer, J., Watkins, J. et Pilkonis, P. A. (1996). The Role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy and Pharmacotherapy Outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Focus*, 4(2), 269-277. <https://doi.org/10.1176/foc.4.2.269>
- Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M. C. et Turcotte, D. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*. G. Morin.
- Mintz, D. et Belnap, B. (2006). A View from Riggs: Treatment Resistance and Patient Authority—III. What is Psychodynamic Psychopharmacology? An Approach to Pharmacologic Treatment Resistance. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 34(4), 581-601. <https://doi.org/10.1521/jaap.2006.34.4.581>
- Ogilvie, K. K. et Eggleton, A. (2014, janvier). *Prescription Pharmaceuticals in Canada: Off-Label Use*. Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.
- Otero, M. et Namian, D. (2009). Vivre et survivre avec des antidépresseurs : Ambivalences du rapport au médicament psychotrope. *Frontières*, 21(2), 56-69. <https://doi.org/10.7202/039459ar>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (Cinquième édition). Armand Colin.
- Peterson, C. (2010). Chapter 5: Psychological Approaches to Mental Health. Dans T. L. Scheid et T. N. Brown (dir.), *A handbook for the study of mental health: social contexts, theories, and systems* (2nd ed, p. 89-105). Cambridge University Press.

- Plakun, E. M. (2003). Treatment-Refractory Mood Disorders: A Psychodynamic Perspective. *Journal of Psychiatric Practice*®, 9(3).  
[https://journals.lww.com/practicalpsychiatry/fulltext/2003/05000/treatment\\_refractory\\_mood\\_disorders\\_\\_a.4.aspx](https://journals.lww.com/practicalpsychiatry/fulltext/2003/05000/treatment_refractory_mood_disorders__a.4.aspx)
- Rodriguez Del Barrio, L., Corin, E. et Poirel, M.-L. (2001). Le point de vue des utilisateurs sur l'emploi de la médication en psychiatrie : une voix ignorée. *Revue québécoise de psychologie*, 22(2).
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K. et Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, « all must have prizes. » *Psychological Bulletin*, 122(3), 203-215. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.122.3.203>
- Wong, J., Motulsky, A., Eguale, T., Buckeridge, D. L., Abrahamowicz, M. et Tamblyn, R. (2016). Treatment Indications for Antidepressants Prescribed in Primary Care in Quebec, Canada, 2006-2015. *JAMA*, 315(20), 2230-2232. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.3445>
- Yuan, Z., Chen, Z., Xue, M., Zhang, J. et Leng, L. (2020). Application of antidepressants in depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Neuroscience*, 80, 169-181.  
<https://doi.org/10.1016/j.jocn.2020.08.013>

### Bibliographie (références)

- Bayer, R. (1985). Neurosis, Psychodynamics, and DSM-III: A History of the Controversy. *Archives of General Psychiatry*, 42(2), 187. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1985.01790250081011>
- Blashfield, R. K., Flanagan, E. et Raley, K. (2010). Chapter 2: Themes in the Evolution of the 20th-Century DSMs. Dans *Contemporary directions in psychopathology: Scientific foundations of the DSM-V and ICD-11*. (p. 53-71). The Guilford Press.
- Britten, N., Riley, R. et Morgan, M. (2010). Resisting psychotropic medicines: a synthesis of qualitative studies of medicine-taking. *Advances in Psychiatric Treatment*, 16(3), 207-218.
- Camino, S., Strejilevich, S. A., Godoy, A., Smith, J. et Szmulewicz, A. (2023). Are all antidepressants the same? The consumer has a point. *Psychological Medicine*, 53(9), 4004-4011.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291722000678>
- Carrick, R., Mitchell, A., Powell, R. A. et Lloyd, K. (2004). The quest for well-being: a qualitative study of the experience of taking antipsychotic medication. *Psychology and psychotherapy*, 77(Pt 1), 19-33.
- Ehrenberg, A. (1998). *La fatigue d'être soi. Dépression et société*. Odile Jacob.
- Estroff, S. E. et Lamb, R. H. (1985). *Making It Crazy : an Ethnography of Psychiatric Clients in an American Community*. University of California Press.
- Guze, S. B. (1978). Nature of psychiatric illness: Why psychiatry is a branch of medicine. *Comprehensive Psychiatry*, 19(4), 295-307. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(78\)90012-3](https://doi.org/10.1016/0010-440X(78)90012-3)
- Healy, D. (2016). *Psychiatric drugs explained* (6th ed). Elsevier.

- Kapsambelis, V. (2002). Formulations psychanalytiques des effets des neuroleptiques. *Revue française de psychanalyse*, 66(2), 447. <https://doi.org/10.3917/rfp.662.0447>
- Karp, D. A. (2006). *Is It Me or My Meds?* Harvard University Press.
- Knudsen, P., Hansen, E. H., Traulsen, J. M. et Eskildsen, K. (2002). Changes in Self-Concept While Using SSRI Antidepressants. *Qualitative Health Research*, 12(7), 932-944. <https://doi.org/10.1177/104973202129120368>
- Lepoutre, T. (2021). Psychanalyse et pharmacopsychologie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 179(10), 912-923. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2020.10.006>
- Monville, F. (2019). Delusion, self, and antipsychotics. A phenomenological approach to antipsychotics' effect. *L'Évolution Psychiatrique*, 84(1), e1-e15. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2018.11.002>
- Pasnau, R. O. (1987). The Remedicalization of Psychiatry. *Psychiatric Services*, 38(2), 145-151. <https://doi.org/10.1176/ps.38.2.145>
- Regier, D. A., Kaelber, C. T., Rae, D. S., Farmer, M. E., Knauper, B., Kessler, R. C. et Norquist, G. S. (1998). Limitations of Diagnostic Criteria and Assessment Instruments for Mental Disorders: Implications for Research and Policy. *Archives of General Psychiatry*, 55(2), 109. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.2.109>
- Rodriguez Del Barrio, L., Corin, E. et Poirel, M.-L. (2001). Le point de vue des utilisateurs sur l'emploi de la médication en psychiatrie : une voix ignorée. *Revue québécoise de psychologie*, 22(2).
- Shapiro, A. K. et Shapiro, E. (2000). *The powerful placebo: From ancient priest to modern physician*. JHU Press.
- Shedler, J. (2018). Where Is the Evidence for “Evidence-Based” Therapy? *Psychiatric Clinics of North America*, 41(2), 319-329. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.02.001>
- Usher, K. (2001). Taking neuroleptic medications as the treatment for schizophrenia: A phenomenological study. *The Australian and New Zealand journal of mental health nursing*, 10(3), 145-55.
- Wallot, H. A. (2006). La médication psychiatrique : enjeux éthiques de la prescription pour le clinicien. *Éthique publique*, (vol. 8, n° 2). <https://doi.org/10.4000/ethiquepublique.1837>

## Annexes

### *A. Courriel d'invitation*

#### COURRIEL D'INVITATION DE PARTICIPATION À LA RECHERCHE

Bonjour,

Le *Laboratoire Noctua* de l'Université du Québec à Montréal est à la recherche d'adultes qui consomment actuellement un médicament appartenant à la famille des antidépresseurs (p. ex., Celexa, Cipralex, Effexor, Paxil, Prozac, Zoloft), et ce, de manière continue depuis au moins six mois, et ce, peu importe le motif de prescription (p. ex., dépression, anxiété).

L'étude a pour but d'explorer l'expérience d'adultes en lien avec la prise d'antidépresseurs. La participation à l'étude consistera en deux (2) entrevues d'environ une heure / une heure et demie chacune et à la passation d'un court questionnaire sociodémographique.

Les rencontres seront enregistrées sous format audio pour une analyse subséquente. La confidentialité du participant sera préservée à toutes les étapes du projet.

Les entrevues se tiendront dans les locaux du Département de psychologie de l'UQAM. Une compensation de 30\$ par entrevue est offerte pour la participation à l'étude.

Pour signaler votre intérêt, nous vous invitons à contacter Alexis Belzile ([belzile.alexis.2@courrier.uqam.ca](mailto:belzile.alexis.2@courrier.uqam.ca)).

## COURRIELS DE REFUS

### **Refus 1 – Recrutement terminé**

Bonjour,

Merci pour l'intérêt démontré à l'endroit de la présente recherche!

Malheureusement, nous avons déjà recruté tous les participant(e)s requis pour cette étude.

Nous prévoyons effectuer d'autres recherches sur divers sujets connexes à celui-ci, alors n'hésitez pas à répondre à une prochaine annonce.

Cordialement,

(signature)

### **Refus 2 – Critère d'inclusion non respecté**

Bonjour,

Merci pour l'intérêt démontré à l'endroit de la présente recherche!

Malheureusement, après vérification, votre profil ne correspond pas tout à fait à nos critères de sélection.

Nous prévoyons effectuer d'autres recherches sur divers sujets connexes à celui-ci, alors n'hésitez pas à répondre à une prochaine annonce.

Cordialement,

(signature)

## COURRIEL DE VÉRIFICATION DES CRITÈRES D'INCLUSION

Bonjour,

Merci pour votre intérêt à l'endroit de la présente recherche!

Avant de convenir d'un moment pour la première entrevue, nous devons vérifier si vous répondez à l'ensemble des critères d'inclusion. Ainsi :

- Êtes-vous âgé(e) de 18 ans ou plus?
- Consommez-vous actuellement au moins un médicament appartenant à la famille des antidépresseurs (p. ex., Celexa, Cipralex, Effexor, Paxil, Prozac, Zoloft)?
- Consommez-vous cette médication de manière continue depuis au moins six mois?

Si vous avez répondu « oui » à l'ensemble des questions qui précèdent, nous vous invitons à prendre rendez-vous avec Alexis Belzile (XXX XXX-XXXX).



## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

### **Titre du projet de recherche**

*Exploration des effets de la médication psychiatrique sur l'expérience subjective*

### **Chercheur principal**

Alexandre L'Archevêque, Ph.D., professeur adjoint - chercheur, UQAM.

[larcheveque.alexandre@uqam.ca](mailto:larcheveque.alexandre@uqam.ca)

### **Préambule**

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche qui implique un questionnaire ainsi que deux entretiens de recherche. Avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire attentivement et de comprendre les renseignements qui suivent.

Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.

Le présent formulaire de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Vous pouvez nous poser toutes les questions que vous jugez nécessaires.

### **Description du projet et de ses objectifs**

Ce projet de recherche vise à explorer l'expérience subjective d'adultes qui consomment des antidépresseurs (p. ex., Celexa, Cipralex, Effexor, Paxil, Prozac, Zoloft) de manière continue, depuis au moins six mois, et ce, peu importe le motif de prescription (p. ex., dépression, anxiété, insomnie).

Nous explorerons, par le biais d'entrevues, le contexte de la prescription ainsi que les différents effets perçus sur soi-même ainsi que sur les relations avec l'entourage depuis début du traitement.

Nous explorerons également la perception que la personne a de son rapport avec la médication et de la place que celle-ci occupe dans sa trajectoire de vie.

### **Nature et durée de votre participation**

Deux entretiens d'environ 1 heure / 1 heure et demie, enregistrés avec votre accord, afin de préserver l'entièreté de votre propos. Ces entretiens se tiendront en personne dans un local d'entrevue du Département de psychologie de l'UQAM ou dans un autre lieu qui garantit la

confidentialité. Des questions ouvertes sur votre expérience de la prise du médicament seront posées. De plus, lors du premier entretien, à l'aide d'un questionnaire sociodémographique, vous serez invité.e à répondre à des questions sociodémographiques et en lien avec votre médication.

### **Avantages liés à la participation**

Outre le fait que les résultats obtenus dans le cadre de ce projet contribueront à l'avancement des connaissances dans ce domaine de recherche, votre participation pourrait potentiellement vous permettre d'explorer et de mieux comprendre certaines de vos expériences. Les questions formulées afin de répondre aux visées de cette recherche encouragent la réflexion et l'introspection et offre ainsi l'opportunité d'échanger sur un sujet important.

### **Risques liés à la participation**

Il y a peu de risques liés à votre participation. Toutefois, il se peut que certaines des questions posées vous amènent à aborder des épisodes difficiles reliés au contexte de la prescription et de la prise de la médication, notamment. Si vous avez besoin de soutien pendant la complétion du questionnaire et/ou de l'entretien, nous vous recommandons d'en parler avec la personne présente afin que les modalités de votre participation soient réévaluées. S'il advenait que ce besoin se fasse ressentir après l'entretien, nous vous invitons à communiquer avec des ressources d'aide et de soutien :

- Tel-Aide Montréal : 514 935-1101 ;
- Centre de services psychologiques de l'UQAM : 514 987-0253 ;
- Service de psychothérapie du Centre St-Pierre : 514 524-3561, poste 3308.

### **Confidentialité**

Dans le cadre de votre participation à ce projet, l'équipe de recherche recueillera les renseignements vous concernant ayant été jugés nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques du projet de recherche.

Ces renseignements peuvent comprendre votre nom, votre genre, votre date de naissance, votre origine, ainsi que les renseignements relatifs au.x médicament.s antidépresseur.s que vous prenez. Toutes les données recueillies (y compris les renseignements personnels) demeureront confidentielles dans les limites prévues par la loi. Vous ne serez identifié que par un code numérique. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par l'équipe de recherche dans un fichier Excel protégé d'un mot de passe. Les données codées issues de la recherche se trouveront dans le laboratoire de recherche du chercheur principal. Le code numérique sera identifié avant le début des entretiens, ce qui permettra de protéger vos informations identifiantes. Par ailleurs, les enregistrements audios des entretiens seront cryptés et conservés sur un ordinateur dans un dossier sécurisé. Seules les personnes impliquées dans ce projet de recherche auront accès aux données et ces personnes auront signé un engagement à la confidentialité.

Ces données de recherche seront conservées pendant 7 ans après la fin de l'étude par l'équipe de recherche. Les données de recherche pourront être publiées ou bien faire l'objet de discussions scientifiques, mais ne permettront pas de vous identifier.

### **Utilisation secondaire des données**

Il est possible que les données recueillies dans le cadre de la présente recherche soient utilisées pour réaliser d'autres projets de recherche dans le même domaine.

Ces projets de recherche seront évalués et approuvés par un Comité d'éthique de la recherche de l'UQAM avant leur réalisation. Les données de recherche seront conservées de façon sécuritaire. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des données de recherche, vous ne serez identifié que par un numéro de code.

Acceptez-vous que les données de recherche soient utilisées dans le futur par d'autres chercheurs à \_\_\_\_\_ ces \_\_\_\_\_ conditions?

Oui     Non

### **Enregistrement des entretiens**

Acceptez-vous que les deux entretiens de recherche auxquels vous participerez soient enregistrés ?

Oui     Non

### **Participation volontaire et retrait**

Votre participation est entièrement libre et volontaire. Vous pouvez refuser d'y participer ou vous retirer en tout temps sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de l'étude, vous n'avez qu'à aviser verbalement ou par écrit le chercheur principal, Alexandre L'Archevêque, ou l'auxiliaire de recherche présent lors de l'entrevue. Avant de vous retirer de ce projet de recherche, nous vous suggérons de préciser de manière explicite si vous souhaitez que les informations recueillies à votre sujet soient détruites. Votre décision de vous en retirer n'entraînera aucune conséquence négative pour vous.

### **Indemnité compensatoire**

En guise de compensation pour les frais engagés en raison de votre participation au projet de recherche, vous recevrez un montant de 30\$ au terme de chaque entrevue. Si vous vous retirez du projet (ou que l'équipe de recherche met fin à votre participation) avant la fin de l'entretien, la compensation prévue pour la rencontre vous sera tout de même versée.

### **Des questions sur le projet?**

Pour toute question additionnelle sur le projet et sur votre participation, vous pouvez communiquer avec le chercheur responsable : Alexandre L'Archevêque, Ph.D. :

[larcheveque.alexandre@uqam.ca](mailto:larcheveque.alexandre@uqam.ca)

Des questions sur vos droits ? Le **Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CIEREH)** a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la coordination du CIEREH ([cierreh@uqam.ca](mailto:cierreh@uqam.ca) ; 514 987-3000, poste 7753).

Pour toute autre question concernant vos droits en tant que personne participante à ce projet de recherche ou pour formuler une plainte, vous pouvez communiquer avec le bureau de la protectrice universitaire de l'UQAM [protectriceuniversitaire@uqam.ca](mailto:protectriceuniversitaire@uqam.ca); 514-987-3151.

## Remerciements

Nous vous remercions pour votre participation à ce projet de recherche.

## Consentement

Je déclare avoir lu et compris le présent projet, la nature et l'ampleur de ma participation, ainsi que les risques et les inconvénients auxquels je m'expose tels que présentés dans le présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses à ma satisfaction.

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude. Je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement doit m'être remise.

---

Prénom Nom

---

Signature

---

Date

Engagement du chercheur

Je, soussigné(e) certifie

(a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire; (b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard;

(c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus;

(d) que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

---

Prénom Nom

---

Signature

---

Date

## Grille d'entretien

### Premier entretien :

- A. Accueil chaleureux de la personne participante : prendre le temps pour qu'elle se sente à l'aise et réaménager l'espace au besoin (repositionner les chaises, ajuster l'éclairage, etc.)
- B. Présentation : quelques mots sur la recherche et le déroulement de la participation
- C. Formulaire de consentement : le formulaire de consentement aura été envoyé en amont de la première rencontre. La personne participante sera invitée à refaire une lecture. Au besoin, le contenu sera vulgarisé. Rappel sur le consentement libre et éclairé, l'anonymat et le droit de retrait. Rappel pour l'enregistrement audio : transcription, analyse de l'ensemble des données.
- D. Entretien semi-dirigé :
  - 1. *Question d'amorce* : Pourriez-vous me raconter, en vos mots, comment vous en êtes venu(e) à prendre cette médication?
    - a. Piste pour des relances :
      - i. Pour quelle(s) raison(s) prenez-vous cette médication?
      - ii. Pour traiter quels symptômes ou quels problèmes prenez-vous cette médication?
  - 2. *Première question exploratoire* : Comment décririez-vous votre rapport avec votre médication?
    - a. Piste pour des relances :
      - i. Quel rôle attribuez-vous à cette médication dans votre vie? Joue-t-elle un rôle important? Que voulez-vous dire par là?
      - ii. Quel rôle joue-t-elle par rapport aux difficultés qui vous ont amené à prendre cette médication? Joue-t-elle un rôle important? Que voulez-vous dire par là?
      - iii. Est-ce que le fait de prendre cette médication a modifié votre estime de vous-même? Si oui, de quelle manière?
      - iv. Globalement, entretenez-vous un rapport positif ou négatif avec votre médication? En quoi est-ce un rapport positif ou négatif?

3. *Deuxième question exploratoire* : Comment décririez-vous votre relation avec le médecin qui a prescrit cette médication?

a. Piste pour des relances :

- i. Comment comprenez-vous ce qui l'a amené à vous prescrire cette médication?
- ii. Dans quelle mesure la prescription de cette médication a-t-elle modifié votre relation avec votre médecin?

4. *Troisième question exploratoire* : Avez-vous perçu des changements dans vos relations avec votre entourage, proche ou éloigné, depuis le début de la prise de cette médication?

a. Piste pour des relances :

- i. Avez-vous perçu des changements au niveau de votre tolérance à la frustration? Si oui, pourriez-vous les décrire? Auriez-vous des exemples?
- ii. Avez-vous perçu des changements au niveau de votre degré de confort ou d'inconfort? Si oui, pourriez-vous les décrire? Auriez-vous des exemples?

5. *Quatrième question exploratoire* : Avez-vous perçu des changements à l'intérieur de vous depuis le début de la prise de cette médication?

a. Pistes pour des relances :

- i. Avez-vous perçu des changements au niveau de votre ressenti ou de vos émotions? Si oui, pourriez-vous les décrire? Auriez-vous des exemples?
- ii. Avez-vous perçu des changements au niveau de votre manière de penser ou du contenu de vos pensées? Si oui, pourriez-vous les décrire? Auriez-vous des exemples?
- iii. Avez-vous perçu des changements au niveau de votre humeur? Si oui, pourriez-vous les décrire? Auriez-vous des exemples?
- iv. Avez-vous perçu des changements au niveau de votre estime de vous-même? Si oui, pourriez-vous les décrire? Auriez-vous des exemples?
- v. Avez-vous perçu des changements au niveau de vos sens, c'est-à-dire de vos sensations visuelles, auditives, olfactives, gustatives ou tactiles? Si oui, pourriez-vous les décrire? Auriez-vous des exemples?

- vi. Avez-vous perçu une amélioration ou une détérioration de votre état depuis le début de la prise de ce médicament? Si oui, pourriez-vous les décrire? Auriez-vous des exemples? À quoi attribuez-vous cette amélioration ou cette détérioration?
- E. Conclusion de l'entretien : éléments importants que la personne participante aimerait mentionner? Demander pourquoi la personne participante a voulu participer à la recherche. Vérification de l'état émotionnel de la personne participante. Au besoin, fournir des ressources d'aide.
- F. Questionnaire sociodémographique : la personne participante sera invitée à répondre oralement aux questions sociodémographiques.
- G. Fin de la rencontre : Arrêt de l'enregistrement. Remerciements pour avoir accepté de participer à l'étude. Rappel et prise de rendez-vous pour le second entretien.

*Deuxième entretien :*

- A. Accueil chaleureux de la personne participante : prendre le temps pour qu'elle se sente à l'aise et réaménager l'espace au besoin (repositionner les chaises, ajuster l'éclairage, etc.)
- B. Entretien semi-dirigé :
  - 1. *Question d'amorce* : Y a-t-il des choses auxquelles vous avez pensé depuis le premier entretien?
    - a. Piste pour des relances :
      - i. Avez-vous des souvenirs ou des observations à partager en lien avec votre médication?
      - ii. Par rapport à ce qui a été dit lors du premier entretien, y a-t-il des éléments sur lesquels vous aimeriez revenir?
  - 2. Reprendre les questions du premier entretien que nous n'avons pas eu le temps d'aborder.
  - 3. Poser des questions qui ont pu émerger suite à la conduite du premier entretien.
- C. Conclusion de l'entretien : éléments importants que la personne participante aimerait mentionner? Vérification de l'état émotionnel de la personne participante. Au besoin, fournir des ressources d'aide.

D. Fin de la rencontre : Arrêt de l'enregistrement. Remerciements pour avoir accepté de participer à l'étude. Demander à la personne participante si elle souhaite recevoir un rapport de recherche par courriel lorsque l'étude sera complétée.

F. Questionnaire sociodémographique



Université du Québec à Montréal

## Questionnaire sociodémographique

### Titre du projet de recherche

*Exploration des effets de la médication psychiatrique sur l'expérience subjective*

**Numéro de code du participant ou de la participante :** \_\_\_\_\_

1. Âge : \_\_\_\_\_

2. Genre : \_\_\_\_\_

3. Pays d'origine : \_\_\_\_\_

4. Pays d'origine des parents : \_\_\_\_\_

5. Appartenance culturelle aux Premières Nations ou Inuit

Oui – Spécifiez : \_\_\_\_\_

Non

6. Langue maternelle : \_\_\_\_\_

7. Plus haut niveau de scolarité atteint :

Études primaires

Études secondaires partielles

Diplôme d'études secondaires

Études collégiales partielles

Diplôme d'études collégiales

Études universitaires partielles

Diplôme universitaire de 1er cycle

Diplôme universitaire 2e-3e cycle

8. Occupations : *Cochez tout ce qui s'applique.*

- Études à temps partiel
  - Études à temps plein
  - Travail à temps partiel
  - Travail à temps plein
  - Autre – Spécifiez :
- 

9. Source de revenu principale :

- Travail rémunéré
  - Assurance emploi
  - Aide sociale
  - Allocations familiales
  - Pension alimentaire
  - Autre – Spécifiez :
- 

10. Revenu annuel :

- Moins de 30 000\$
- Entre 30 000\$ et 39 999\$
- Entre 40 000\$ et 49 999\$
- Entre 50 000\$ et 59 999\$
- Entre 60 000\$ et 69 999\$

- Entre 70 000\$ et 79 999\$
- Entre 80 000\$ et 89 999\$
- Entre 90 000\$ et 99 999\$
- Entre 100 000\$ et 109 999\$
- Entre 110 000\$ et 119 999\$
- 120 000\$ et plus

11. Situation conjugale :

- Célibataire
- En couple
- Conjoint(e) de fait
- Marié(e)
- Autre – Spécifiez :  
\_\_\_\_\_

12. Avez-vous des enfants?

- Oui – Combien? \_\_\_\_\_ Quel(s) âge(s) et quel(s) genre(s)?  
\_\_\_\_\_

- Non

13. Est-ce que d'autres personnes demeurent sous le même toit que vous?

- Oui – Spécifiez : \_\_\_\_\_

- Non

14. Quand avez-vous amorcé le traitement actuel d'antidépresseurs?

\_\_\_\_\_ ans \_\_\_\_\_ mois

15. Quel est le nom du ou des antidépresseur(s) que vous prenez actuellement?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

16. Pour quelle raison (symptômes ou diagnostic) vous a-t-on prescrit cet / ces antidépresseur(s)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

17. Qui vous a prescrit cet / ces antidépresseur(s)? *Cochez tout ce qui s'applique.*

- Médecin dans une clinique sans rendez-vous
- Médecin de famille
- Médecin urgentologue d'un hôpital (ou autre établissement public de soin)
- Médecin psychiatre

18. Vous a-t-on expliqué les effets bénéfiques attendus de(s) antidépresseur(s)?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas / Je ne suis pas certain(e) / Je ne m'en souviens pas

19. Vous a-t-on expliqué les effets indésirables possibles de(s) antidépresseur(s)?

- Oui
- Non

Je ne sais pas / Je ne suis pas certain(e) / Je ne m'en souviens pas

20. Sentiez-vous que vous aviez le choix d'accepter ou de refuser le(s) antidépresseur(s)?

Oui

Non

Je ne sais pas / Je ne suis pas certain(e) / Je ne m'en souviens pas

21. À part le traitement aux antidépresseurs, vous a-t-on offert (ou suggéré ou prescrit) d'autres soins?

*Ex. suivi en psychothérapie avec un(e) psychologue, suivi avec un(e) travailleur(euse) social(e), groupe d'entraide*

Oui

Non

Je ne sais pas / Je ne suis pas certain(e) / Je ne m'en souviens pas

22. Est-ce que la prescription de cet(ces) antidépresseur(s) répondait aux besoins exprimés?

Oui

Non

En partie – Précisez :

---

Je ne sais pas / Je ne suis pas certain(e) / Je ne m'en souviens pas

23. Jusqu'à présent, avez-vous respecté le plan de traitement?

*Ex. prendre une plus petite ou une plus grande dose que recommandé par les professionnel(les) de la santé, arrêt de la médication sans avertir votre médecin traitant(e) ou votre psychiatre, refus de prendre la médication pour pouvoir consommer de l'alcool ou des drogues ou usage récréatif de la médication...*

Oui

En partie – Précisez :

---

Je ne sais pas / Je ne suis pas certain(e) / Je ne m'en souviens pas

24. Prenez-vous actuellement d'autres médicaments psychiatriques (p. ex., psychostimulants, anxiolytiques, somnifères, antipsychotiques, stabilisateurs de l'humeur) ?

Oui

Le ou lesquels :

---

Non

25. Prenez-vous actuellement d'autres médicaments sous prescription pour un quelconque problème de santé physique (p. ex., diabète, hypertension, cholestérol) ?

Oui

Le ou lesquels :

---

Non