



HAL
open science

La souffrance psychologique du patient à l'officine : vers une communication efficace

Matthieu Druel

► **To cite this version:**

Matthieu Druel. La souffrance psychologique du patient à l'officine : vers une communication efficace. Sciences pharmaceutiques. 2015. dumas-01234645

HAL Id: dumas-01234645

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01234645>

Submitted on 27 Nov 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**UNIVERSITÉ DE ROUEN
UFR DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE**

Année 2015

N°

THÈSE

pour le DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement le 27 octobre 2015

par

Matthieu DRUEL

Né le 04/09/1986 à ROUEN

***La souffrance psychologique
du patient à l'officine,
vers une communication efficace***

Président du jury : Mme Elisabeth SEGUIN, Professeur de Pharmacognosie

Membres du jury : M. Thierry WABLE, Professeur associé en Communication

Mme Marie-Laure GROULT, Maître de conférence en Botanique

Mme Sandrine DUGELAY, Docteur en Pharmacie

**UNIVERSITÉ DE ROUEN
UFR DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE**

Année 2015

N°

THÈSE

pour le DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement le 27 octobre 2015

par

Matthieu DRUEL

Né le 04/09/1986 à ROUEN

***La souffrance psychologique
du patient à l'officine,
vers une communication efficace***

Président du jury : Mme Élisabeth SEGUIN, Professeur de Pharmacognosie

Membres du jury : M. Thierry WABLE, Professeur associé en Communication

Mme Marie-Laure GROULT, Maître de conférence en Botanique

Mme Sandrine DUGELAY, Docteur en Pharmacie

Par délibération en date du 3 Mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2014 - 2015
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
M. Bruno BACHY (<i>surnombre</i>)	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART (<i>surnombre</i>)	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
M. Guy BONMARCHAND (<i>surnombre</i>)	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD (<i>surnombre</i>)	HCN	Médecine et santé au travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (<i>surnombre</i>)	HCN	Oto-rhino-laryngologie

M. Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
M. Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
M. Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. Eric DURAND	HCN	Cardiologie
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN (<i>surnombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
M. Philippe GRISE (<i>surnombre</i>)	HCN	Urologie
M. Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Xavier LE LOET	HCN	Rhumatologie
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne

M. Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Bruno MIHOUT (<i>surnombre</i>)	HCN	Neurologie
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON (<i>surnombre</i>)	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la Reproduction
M. Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Stéphanie DERREY	HCN	Neurochirurgie
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
M. Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
M. Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie

M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
M. Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

M. Jérémie MARTINET	Immunologie
----------------------------	-------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie
M. François HALLOUARD	Galénique
Mme Caroline LAUGEL	Chimie organique
M. Souleymane ABDOUL-AZIZE	Biochimie
Mme Maïté NIEPCERON	Microbiologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M. Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

III - MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

M. Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

M. Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

M. Alain **MERCIER** UFR Médecine générale

M. Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

M. Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

M. Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
M. Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (phar)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT (phar)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
M. Nicolas GUEROUT (phar)	Chirurgie Expérimentale
M. Antoine OVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
M. Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (phar)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

CB - Centre Henri Becquerel

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

SJ - Saint Julien Rouen

Sommaire

Introduction.....	20
1er chapitre : de la maladie et la souffrance, théories.....	22
I - histoire de la maladie.....	22
I - 1 - la maladie dans les médecines primitives.	22
I - 2 - la préhistoire.....	23
I - 3 - la médecine mésopotamienne.....	24
I - 3 - A - les asû	24
I - 3 - B - Les âshipu.....	24
I - 4 - la médecine égyptienne.....	25
I - 5 - la médecine Hébraïque.....	26
I - 6 - La médecine indienne.....	26
I - 7 - la médecine chinoise.....	28
I - 8 - la médecine dans l'antiquité gréco-romaine.....	28
I - 8 - A - la médecine gréco-romaine.....	29
I - 8 - A - a - l'aire des prêtres médecins.....	29
I - 8 - A - b - L'aire des philosophes médecins.....	29
I - 8 - B - la médecine dans le monde romain.....	31
I - 9 - avènement du christianisme et médecine au Moyen-Âge.....	32
I - 10 - la médecine de la renaissance à la fin du XVIIème siècle.....	34
I - 11 - la médecine au temps des lumières (XVIIIème siècle).....	35
I - 11 - A - l'animisme.....	35
I - 11 - B - le vitalisme.....	35
I - 11 - C - la nosologie.....	36
I - 11 - D - l'hygiène.....	36
I - 12 - du XIXème siècle – et ses révolutions scientifiques – à aujourd'hui.....	36
I - 13 - Conclusion.....	39
II – le travail de maladie.....	40
II - 1 - définition de la maladie.....	40
II - 1 - A - selon les organismes de santé.....	40
II - 1 - B - selon les patients.....	42
II - 1 - C - selon les soignants.....	42

II - 2 - travail de maladie.....	43
II - 2 - A - travail de deuil et travail de maladie.....	43
II - 2 - B - travail de maladie, bases conceptuelles et modèles théoriques.....	44
II - 2 - B - a - selon Freud et la psychanalyse [Freud, 1968].....	44
II - 2 - B - b - selon Bowlby et Parkes, et la théorie de l'attachement.....	46
II - 2 - B - c - le modèle biologique.....	47
II - 3 - travail de maladie, les différentes étapes [Kübler-Ross,Kessler, 2009].....	48
II - 3 - A - le choc.....	48
II - 3 - B - le déni.....	48
II - 3 - C - la colère.....	49
II - 3 - D - le marchandage.....	49
II - 3 - E - La dépression.....	49
II - 3 - F - l'acceptation.....	51
II - 3 - G - discussion autour du travail de maladie.....	51
2ème chapitre : vers l'aboutissement d'un travail de maladie.....	53
Prélude : matériel et méthode.....	53
I - la dépression et ses traitements médicamenteux.....	55
I - 1 - dépression et suicide.....	55
I - 2 - la dépression, définition.....	56
I - 2 - A - la congruence de plusieurs symptômes.....	57
I - 2 - B - les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.....	58
I - 2 - C - EDM et souffrance.....	58
I - 2 - D - EDM et critère d'imputabilité des symptômes.....	58
I - 2 - E - EDM, deuil et idées noires.....	58
I - 3 - la dépression et le cerveau.....	59
I - 4 - dépression et neurogenèse.....	60
I - 5 - la dépression au niveau moléculaire.....	61
I - 5 - A - dépression et monoamines.....	61
I - 5 - B - dépression et stress.....	62
I - 6 - les anti-dépresseurs.....	63
I - 6 - A - les inhibiteurs de la monoamine oxydase	63
I - 6 - B - les antidépresseurs tricycliques.....	64
I - 6 - C - les Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline.....	65

I - 6 - D - les Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine.....	65
I - 6 - E - le lithium	66
I - 6 - F - l'agomélatine.....	67
I - 6 - G - discussion autour des anti-dépresseurs.....	67
I - 7 - les traitements non médicamenteux de la dépression.....	68
I - 7 - A - les psychothérapies.....	68
I - 7 - A - a - la thérapie cognitivo-comportementale	68
I - 7 - A - b - la psychothérapie interpersonnelle	68
I - 7 - B - le traitement par électrochocs ou électroconvulsivothérapie.....	69
I - 7 - C - autres traitements.....	69
I - 8 - antidépresseurs et stratégies thérapeutiques.....	69
I - 8 - A - objectifs et phases de traitement.....	70
I - 8 - B - traitement d'attaque.....	70
I - 8 - C - traitement d'attaque et levée d'inhibition.....	71
I - 8 - D - suivi médical.....	72
I - 8 - D - a - évaluation de l'efficacité.....	72
I - 8 - D - b - surveillance des effets indésirables.....	73
Effets anticholinergiques.....	73
Effets cardiovasculaires.....	73
Effets neuropsychiques.....	74
Effets digestifs et hépatiques.....	74
Effets sexuels.....	74
Effets divers.....	74
Le syndrome sérotoninergique.....	75
I - 8 - D - c - renforcement de la relation thérapeutique.....	75
I - 8 - D - d - psychothérapie, électroconvulsivothérapie et traitement d'attaque.....	76
I - 8 - E - traitement de consolidation.....	76
I - 8 - F - arrêt du traitement.....	77
I - 8 - F - a - modalités d'arrêt.....	77
I - 8 - F - b - syndrome de sevrage.....	77
I - 8 - G - information du patient	78
I - 8 - H - Conclusion.....	79
II - 1 - le patient.....	80
II - 1 - A - l'annulation.....	81

II - 1 - B - la dénégation.....	82
II - 1 - C - l'isolation.....	82
II - 1 - D - le déplacement.....	83
II - 1 - E - la maîtrise.....	84
II - 1 - F - la régression.....	85
II - 1 - G - la projection agressive.....	86
II - 1 - H - la combativité/sublimation.....	87
II - 1 - I - discussion.....	88
II - 2 - le soignant.....	88
II - 2 - A - le mensonge.....	89
II - 2 - B - la banalisation.....	90
II - 2 - C - l'esquive.....	91
II - 2 - D - la fausse réassurance.....	91
II - 2 - E - La rationalisation.....	92
II - 2 - F - l'évitement	93
II - 2 - G - la dérision.....	93
II - 2 - H - la fuite en avant.....	94
II - 2 - I - l'identification projective.....	95
II - 3 - les proches : pré-deuil et deuil anticipé.....	96
II - 4 - Conclusion.....	97
III - la communication dans la souffrance.....	99
III - 1 - des connaissances pharmacologiques au service du patient.....	99
III - 1 - A - un contexte difficile.....	99
III - 1 - B - pharmacologie et maîtrise.....	100
III - 1 - C - pharmacologie, effets indésirables et conseil associé à l'ordonnance.....	101
III - 1 - D - pharmacologie, contre-indications, interactions médicamenteuses et dossier pharmaceutique.....	102
III - 1 - E - les entretiens pharmaceutiques.....	103
III - 2 - handicap : aménagement de l'habitat et matériel médical	104
III - 2 - A - la gestion du handicap à l'officine.....	105
III - 2 - A - a - l'accueil des personnes handicapées moteurs.....	105
III - 2 - A - b - l'accueil des personnes handicapées visuelles.....	106
III - 2 - A - c - l'accueil des personnes handicapées auditives.....	106
III - 2 - B - l'aide à la gestion du handicap et de ses contraintes au quotidien.....	107

III - 2 - B - a - patients à mobilité réduite.....	107
Prévention des escarres et des chutes.....	107
Difficultés à la marche.....	108
Hygiène et risque de chute.....	108
L'habillement.....	109
III - 2 - B - b - patients et incontinence urinaire.....	109
III - 2 - B - c - patients et déficience mentale.....	111
III - 3 - transformations des habitudes et conseils pour le patient et l'entourage.....	111
III - 3 - A - la tristesse et l'inactivité.....	112
III - 3 - B - la colère et la rage.....	112
III - 4 - associations de patients et de professionnels de santé.....	113
III - 5 - le cas particulier des aidants.....	114
III - 5 - A - une expérience éprouvante.....	114
III - 5 - B - mener une vie saine.....	114
III - 5 - C - organiser son emploi du temps.....	115
III - 5 - D - une relation émotionnellement forte.....	115
III - 5 - E - une santé mise à mal.....	116
III - 6 - les autres professionnels de santé et le maintien à domicile.....	117
III - 6 - A - le médecin généraliste.....	117
III - 6 - B - le médecin spécialiste.....	118
III - 6 - C - le psychiatre.....	118
III - 6 - D - le psychologue.....	118
III - 6 - E - les SSIAD.....	119
III - 6 - F - le sophrologue.....	120
IV - cas de comptoir.....	121
IV - 1 - un cas de maladie d'Alzheimer.....	121
IV - 1 - A - maladie d'Alzheimer, maîtrise et vulgarisation médicale.....	121
IV - 1 - B - maladie d'Alzheimer, écoute et conseils aux aidants.....	123
IV - 1 - C - comptoir et limites du pharmacien.....	126
IV - 1 - C - 1er cas : Conclusion.....	127
IV - 2 - un cas de mise en place d'une stomie.....	127
IV - 2 - A - colère, gestion et bénéfices.....	127
IV - 2 - B - stomie, peurs, réassurance et conseils.....	129
IV - 2 - C - 2ème cas : Conclusion.....	130

IV - 3 - un cas de cancer.....	131
IV - 3 - A - déni, prise de conscience et conseils pratiques.....	131
IV - 3 - B - médicaments et adéquation de la prescription.....	132
IV - 3 - C - 3ème cas : Conclusion.....	136
IV - 4 - Conclusion	136
Bibliographie.....	139
Sitographie.....	143
Annexe.....	146

Liste des abréviations

AFA : agence France Alzheimer

AMM : autorisation de mise sur le marché

ANSM : agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

AVK : anti-vitaminique K

BCB : base Claude Bernard

CHU : centre hospitalo-universitaire

EDM : épisode dépressif majeur

HAS : haute autorité de santé

HT : 5-hydroxytryptamine (sérotonine)

IMAO : inhibiteurs de monoamines oxydases

INR : international normalized ratio (ratio international normalisé)

IRSNA : inhibiteurs de recapture de sérotonine et de noradrénaline

ISRS : inhibiteurs spécifiques de recapture de sérotonine

J.-C : Jésus Christ

MAO : monoamine oxydase

MAREDIA : maison régionale du diabète

OMS : organisation mondiale de la santé

RCP : résumé des caractéristiques du produit

SSIAD : services de soins infirmiers à domicile

SPLF : société de pneumologie de langue française

TCC : thérapies cognitivo-comportementales

TIP : thérapie interpersonnelle

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

Introduction

Que ce soit face à un patient ou même un proche, tout praticien a déjà été confronté à la souffrance sans savoir quoi dire ni faire. Cela ne signifie pas pour autant qu'il soit incompetent, ni dépourvu d'empathie. Peut-être n'avait-il jamais vu le visage de la souffrance et ne s'était-il jamais préparé à l'affronter ?

À l'ère de la communication à laquelle toutes les professions sont de plus en plus formées, du reste initiées, le métier de pharmacien ne l'était qu'au cours des deux dernières années de son cursus. Cela n'était fait qu'en quelques heures pendant lesquelles l'enseignant faisait au mieux pour inculquer des principes pour lesquels des dizaines d'heures d'explications et surtout de pratique auraient été nécessaires. Difficile alors de savoir comment réagir, ce qu'il faut dire ou ne pas dire, faire ou ne pas faire, d'autant plus quand il s'agit d'un patient dont la souffrance, par projection, renvoie le praticien à sa propre mort.

En 1969, Elisabeth Kübler-Ross, psychiatre et psychologue américaine, étudia la souffrance de ses patients. Elle reprit les travaux initiés par Freud et que nombre de ses confrères avaient poursuivis. Elle s'appliqua à nommer, décrire et expliquer les différentes phases que traverse le patient à l'annonce d'une grave nouvelle. Elle fit donc la première le parallèle avec le processus qui s'engage dans le deuil, la personne étant alors confrontée au deuil de sa propre santé et de sa vie telle qu'elle la concevait lorsque l'annonce en question est celle d'une lourde maladie.

Fondée sur ses observations, cette thèse a pour objectif de mieux préparer le pharmacien à faire face à la souffrance sans tomber dans certains écueils facilement évitables. Nous nous attacherons donc à éveiller et développer notre conscience vis-à-vis de la connaissance des différentes étapes et autres processus psychiques dans lesquels le patient s'engage.

Nous aborderons donc dans le premier chapitre la maladie dans son aspect théorique. Nous nous intéresserons à l'évolution du concept de maladie au fil du temps et comment d'un concept divin on est arrivé à une vision naturelle, en notant toutefois l'impact sur la personnalité et l'inconscient de l'homme. Puis dans un second temps, nous décrirons, par analogie avec le deuil, les différentes étapes que traversera le patient, de l'annonce de sa maladie jusqu'à son acceptation.

Dans le second chapitre, nous aborderons le processus de maladie sous un angle actif, et interventionnel de la part d'un pharmacien qui peut aider son patient à accepter son nouvel état de santé. La première partie traitera de la dépression dans laquelle le patient peut s'enfermer et rester sans perspective de sortie. La deuxième partie sera consacrée aux réactions défensives et agressives derrière lesquelles le soigné, les soignants, et même l'entourage pourront inconsciemment se réfugier. Que faire face à de telles réactions ? Comment vivre avec ? Comment les éviter ? Des questions qui trouveront ici un début sinon une réponse. Enfin, la troisième et dernière partie sera, quant à elle employée à décrire l'arsenal du pharmacien face au patient souffrant, du simple conseil hygiéno-diététique au recours plus pratique que constitue le matériel médical, le tout illustré par quelques cas de comptoir.

1^{er} chapitre : de la maladie et la souffrance, théories

L'objectif de ce chapitre sera double. Le premier sera de retracer à travers l'histoire l'évolution de la maladie dans la perception qu'en ont eue les hommes. On comprendra alors l'impact qu'elle peut avoir sur l'esprit de l'homme qui glissera doucement d'une cause qu'il pense d'abord divine, vers une cause qu'il finira par identifier comme naturelle.

La seconde partie s'attachera à décrire comment l'homme qui s'était construit va réagir face à la maladie en détruisant l'image qu'il s'était forgée de lui-même afin de se façonner un nouveau moi et sortir tant bien que mal, grandi, sinon transformé de cette épreuve.

I - histoire de la maladie

La mission première de la médecine a toujours été de guérir sinon soigner les malades, de prendre en charge leurs souffrances physiques et morales. Les maladies, selon l'époque ou la civilisation, ont revêtu diverses significations : expérience inéluctable, châtement divin, ou épreuve insoutenable contre laquelle lutter absolument. Combattre la maladie ou s'y résigner furent les deux attitudes, *a priori* contraires, mais qui peuvent s'expliquer d'après les cultures, les convictions religieuses, et selon l'avancée des connaissances de sa physiologie.

I - 1 - la maladie dans les médecines primitives.

Comme l'explique Philippe Hecketsweiler dans son ouvrage remarquable sur l' « *Histoire de la maladie* », les médecines primitives (*du latin primitivus « qui naît le premier »*) [Hecketsweiler, 2010, p. 25-26.] considèrent la maladie comme une manifestation surnaturelle résultant de l'intervention d'une puissance maléfique ou une sanction divine. L'introduction d'un corps étranger peut en être la cause. La guérison consiste alors en son extraction – pour un démon, il s'agit d'un « exorcisme ». Sinon on entrera en contact avec les autorités spirituelles responsables de la maladie pour attirer leur clémence. On aura donc deux catégories de médecins : le médecin magicien, technicien dans l'art des rites magiques, gestes précis, parfois chirurgicaux ou

incantations, et le médecin prêtre qui prie et tente d'apaiser le(s) dieu(x) par des offrandes ou des sacrifices. Cependant, selon l'archétype chamanique, c'est souvent le même intermédiaire qui est à la fois magicien et prêtre.

Toutefois, cela n'exclut pas une démarche empirique de la médecine quant à la maladie. On acquiert de l'expérience par tentatives et erreurs successives. L'efficacité d'une plante sur un symptôme, ou une manœuvre pour la réduction d'une fracture par exemple, sont partagées et transmises au fil du temps. L'observation de la nature et de ses cycles place l'homme au sein d'une boucle de vie perpétuelle (saisons, cycles de lunes ...) et il cherche à en décrypter les signatures auxquelles sa physiologie semble répondre, comme pour les cycles lunaires et menstruels. Il apprend par analogie son anatomie à partir de celle de l'animal et spéculer sur le rôle de chaque organe. On imagine la circulation de fluides, d'énergies dont le rôle quoique parfois proche de la réalité sera souvent fantaisiste.

I - 2 - la préhistoire

De mémoire d'homme ou plutôt d'archéologue, les sociétés humaines ont toujours dû évoluer avec la maladie à leurs côtés comme en témoignent les découvertes paléontologiques.

Dans son article intitulé « *Paléopathologie paléolithique* » [Delluc, 2015], Gilles Delluc en relate quelques exemples.

Le « vieillard » de Cro-Magnon était porteur d'une plage arrondie d'ostéolyse sur sa région frontale atteignant également quelques autres os.

Un *Homo georgicus* de Dmanissi quasi totalement édenté était dans l'impossibilité de mastiquer, comme un *Homo erectus* d'Indonésie (Java), à l'angle de la mâchoire inférieure fracturé. Sans doute les a-t-on aidé à se nourrir.

A Shanidar (Iran) un néandertalien portait les séquelles d'un écrasement de l'hémiface gauche et de l'orbite qui l'avait rendu borgne et de fractures du bras droit, désormais inutilisable, avec perte de la main et de l'avant-bras. Lui aussi devait être à la charge de son entourage.

Le jeune homme magdalénien de Chancelade (Dordogne), en plus de souffrir d'un hallux valgus bilatéral, fut victime d'une fracture temporo-pariétale droite avec un large enfoncement. Il survécut, au prix sans aucun doute d'une assistance sinon médicale du moins nutritionnelle par une tierce personne.

Et les exemples se multiplient.

Même s'ils ne nous renseignent pas sur le caractère divin ou naturel de la maladie, perçue par des hommes que nous pensons doués de raison, nous observons alors deux valeurs parfois oubliées dans notre société mais présentes chez ces chasseurs-cueilleurs : le partage et l'entraide.

I - 3 - la médecine mésopotamienne

Passé ces considérations préhistorico-sociales, nous arrivons à l'âge des premières civilisations mésopotamiennes vers 3500 av. J.-C. où naît l'écriture. Des milliers de tablettes d'argile en écriture cunéiforme ont été traduites et permettent d'apprécier une médecine où médecins (asû) et mages exorcistes (âshipu) exercent leur art. Instruits tous deux et élèves de grands maîtres, sinon de « facultés de médecine », ils sont le symbole de la double conception de la médecine.

I - 3 - A - les asû

Les asû usent de remèdes surtout végétaux, opèrent et isolent leurs patients. Leur façon de penser obéit à un esprit de déduction rationnel. On pouvait par exemple émettre des diagnostics selon une logique « si ... alors » : « *Si, de la tête aux pieds, le malade est couvert de cloques rouges, il est sous le coup d'une maladie vénérienne* » comme le relate Jean Bottero dans son ouvrage « *la magie et la médecine règnent à Babylone* ». [Bottero, 1985, p.21].

Leur savoir est compilé dans des bibliothèques sur des tablettes où l'on retrouve avec précision la symptomatologie de plusieurs maladies, dont l'épilepsie par exemple [Bottero, 1987].

I - 3 - B - Les âshipu

Les âshipu, à l'aide de rituels, demandent l'indulgence des dieux et le retrait du démon. Ils conçoivent la maladie comme la punition d'un outrage commis envers un ou des dieux. Les maladies courantes sont attribuées à des dieux précis. Dans son ouvrage « *Assyriens et babyloniens* », Georges Contenau cite l'exemple du dieu *Adad* et le mal de cou, et de la déesse *Ishtar aux colliers* quand, au mal de cou, s'associe une douleur à la poitrine [Contenau, 1936].

Cependant, il s'agira de retrouver la cause quand la maladie s'avère plus complexe, d'où le recours à des sciences occultes comme l'analyse des rêves, l'analyse des viscères d'animaux sacrifiés, en particulier le foie, se servant de modèles en argile ou en bronze pour l'interprétation. Contrairement aux asû, ils suivent une logique irrationnelle. Dans son ouvrage précédemment cité, J. Bottero illustre cela par une de ces déductions totalement dépourvues de logique : « *si en chemin, l'exorciste aperçoit un cochon rose le malade chez qui il se rend fait de l'hydropisie* » [Bottero, 1985, p. 23].

En outre, que l'on se situe dans l'une ou l'autre de ces visions de la médecine, la maladie qu'elle soit décrite d'une façon ou de l'autre est dans les esprits attribuée au courroux divin.

I - 4 - la médecine égyptienne

Vers 3000 av. J.-C., l'Égypte constitue sans doute la civilisation la plus avancée. Dans ce contexte où apparaissent les premières notions de vie après la mort avec les embaumements, la conception de la maladie évolue. Pour la première fois, on attribue à des causes naturelles l'origine de certaines maladies : contaminations alimentaires ou fécales, parasites digestifs ...

Toutefois, la notion de naturel reste limitée. La cause de la maladie est principalement recherchée dans l'occultisme et avec le concours des dieux. Prêtres et médecins œuvrent donc à la guérison. Certains médecins se spécialisent : médecin des yeux, médecin du ventre, médecin de l'anus (maître de l'art du lavement), dentistes etc. Des « *incantations contre le rhume* » sont déclamées [Erman, Ranke, 1994], des « *diagnostics de grossesse* » sont posés [Fournier-Bégniez, 1936, p.91], des « *protocoles de prise en charge de blessures temporales* » sont mis en place [Fournier-Bégniez, 1936, p.108]. Tant d'exemples de l'évolution d'une pratique médicale qui reste pourtant ancrée dans l'omniprésence du divin.

I - 5 - la médecine Hébraïque

Dans cette culture monothéiste, Yahvé, le Dieu d'Abraham, d'Isaac et de Jacob, est à la fois artisan de la guérison et de la maladie qu'il permet ou provoque. Il est difficile alors d'envisager une place pour le naturel, et donc pour le médecin qui semble illégitime en regard du prêtre. Pourtant, dans le Siracide, l'un des livres de l'Ancien Testament considéré comme saint par les catholiques, les orthodoxes et les juifs alexandrins, on lit :

« Honore le médecin pour ses services, car lui aussi, le Seigneur l'a créé. C'est du Très-Haut en effet que vient la guérison, et du roi le médecin reçoit des dons. La science du médecin lui fait relever la tête, devant les grands il est admiré. Le Seigneur a créé des remèdes issus de la terre, l'homme avisé ne les méprise pas, [...] Mon fils dans la maladie ne soit pas négligent, mais prie le Seigneur et il te guérira. [...] Puis fais place au médecin, car lui aussi, le Seigneur l'a créé, et qu'il ne s'écarte pas de toi, car tu as besoin de lui. »

Siracide 38, 1-4, 9, 12

Malgré ce texte qui place le médecin et ses remèdes d'origine naturelle comme instruments de Dieu, nulle place n'est pourtant laissée au naturel. Et si Dieu encourage son peuple à se remettre à lui et à lui faire confiance, s'insinue dans l'esprit de l'homme un schéma de culpabilité encore présent dans l'inconscient collectif d'aujourd'hui. « Pourquoi moi ? Qu'ai-je fait pour mériter ça ? » sont des questions que nombre de malades se posaient à cette époque comme se la posent nombre de nos contemporains lorsque la maladie les frappe.

I - 6 - La médecine indienne

De 3000 av. J.-C. à 1500 av J.-C., il ne reste de trace de la médecine indienne que des gravures dont la signification n'a aujourd'hui pas encore été décryptée. Au XV^{ème} siècle avant J.-C., les aryas envahirent une grande partie de l'Inde, amenant avec eux leur langue – le sanskrit –, leur religion polythéiste, et leur savoir – les védas –, ensemble de textes sacrés dans lesquels est

décrite une conception analogique entre l'homme et l'univers qui l'entoure, le védisme, qui plus tard, par adjonction successive de strates culturelles donnera naissance à l'hindouisme.

C'est vers le VI^{ème} siècle av. J.-C. que l'Ayurveda donna une nouvelle vision de la médecine. Cette doctrine supposée révélée par les dieux est décrite par les médecins Suçruta et Charaka dans deux traités médicaux. La maladie est représentée comme un déséquilibre corporel qui peut être restauré par l'usage de remèdes animaux, végétaux ou minéraux. Cette doctrine met également en avant les règles d'hygiène corporelle, d'hygiène de vie, ainsi que de bien-être moral. C'est d'ailleurs dans ce contexte que naîtront les techniques de yoga pour la tempérance du corps et de l'âme.

Pour une vision complète, il faut également noter le principe de *samsara*, « *ronde des naissances* » que nous, occidentaux nommons communément la réincarnation. Celle-ci repose sur l'existence d'un karma, que l'on pourrait définir comme un niveau d'équilibre entre nos bonnes et nos mauvaises actions, modulé par le degré de connaissance acquis pendant notre existence. Il obéit à la loi des actes, à savoir la répercussion que chacune de nos actions peut avoir sur notre propre destinée.

« D'après leur conception, on revient sur terre jusqu'à ce qu'on puisse se libérer pour s'unir à Dieu, considéré comme un absolu impersonnel ou encore, dans certains courants, on reste en relation personnelle avec Dieu en partageant sa nature, son bonheur et son ciel. »
[Delahoutre, 1992].

Cette conception est donc à double tranchant. En effet, l'hindouisme et le bouddhisme, qui partagent cette croyance, ignorent donc la grâce miséricordieuse du Dieu du christianisme qui pardonne les actes passés. Elle explique au contraire à l'individu que sa vie précédente dont ils n'ont aucun souvenir est à l'origine de sa condition de vie, y compris la maladie. Elle offre cependant dans le présent la possibilité d'un soulagement par l'usage de divers remèdes. Toutefois, la souffrance et le bien accompli dans cette vie offrent une possibilité de rachat pour une vie prochaine meilleure.

I - 7 - la médecine chinoise

D'après la tradition chinoise, la médecine repose sur deux révélations faites à deux personnages légendaires : la première, à Huangdi, surnommé « *l'empereur jaune* » sur l'acupuncture et la seconde, à Shennong, surnommé « *le divin laboureur* » quant à la science des remèdes. Ils laissèrent pour la postérité des ouvrages éponymes dont les plus vieux écrits retrouvés remontent à 250 av. J.-C.

Selon la médecine chinoise, l'homme, comme tout l'univers qui l'entoure est inscrit dans un système binaire où deux temps, l'un passif, l'autre actif, sont dans une dynamique constante. « *Cet équilibre alternant du yin et du yang est la condition essentielle de la vie, de la santé, de la force* » [Soulié de Morant, 1936]. Quand ces forces sont perturbées dans leur harmonie, c'est alors que survient la maladie. Traiter la maladie consistera en un « *recyclage* » du malade, c'est-à-dire un bon repositionnement de l'homme dans son cycle. Pour ce faire, le médecin opérera en 4 étapes : traiter l'esprit, sustenter le corps, enjoindre des remèdes et enfin piquer avec l'aiguille d'acupuncture qui relie le méridien dans lequel l'énergie – le Qi – circule, au Cosmos par son autre extrémité.

Dans ce cadre, la maladie ressort comme un état anormal qui peut-être régulé. Et même s'il peut évoquer une mauvaise façon d' « *exister dans le cosmos* » [J. Lavier, 1968], la notion de culpabilité est minime. La maladie est décrite comme un phénomène naturel devant être ramené à son état initial.

I - 8 - la médecine dans l'antiquité gréco-romaine

La Grèce connut de 2000 à 800 av. J.-C. une sombre période pendant laquelle sa culture même fut ébranlée, allant jusqu'à la perte de l'écriture dans certaines contrées. Mais comme renaissant de ses cendres, on assista à l'essor d'une Grèce antique qui influença même l'empire romain et rayonna dans le monde entier tant sur le point de vue politique, que social, en passant par la philosophie, et bien entendu la médecine. Cette culture explique les maladies selon des causes naturelles que l'on peut traiter et se met en rupture avec cette conception primitive et magique de la maladie. Pourtant, cette révolution vit le jour au sein d'une culture profondément

ancrée dans la divinité.

I - 8 - A - la médecine gréco-romaine

Dans l'antiquité Gréco-romaine, deux périodes vont se succéder.

I - 8 - A - a - l'aire des prêtres médecins

Celle où prêtres et médecins sont confondus : l'homme cherche à comprendre sa physiologie selon une logique d'intervention divine. Ancrés dans leurs superstitions, grecs et romains considèrent la maladie comme le châtement d'un Dieu dont il faut apaiser le courroux pour obtenir la guérison.

I - 8 - A - b - L'aire des philosophes médecins

Vient ensuite la période des philosophes médecins

Alcméon de Crotoné (vers 500 av. J.-C.) s'intéressa aux sensations (vision, odorat, goût) et mit en évidence par la dissection animale l'existence des nerfs olfactifs et optiques. Ces canaux étaient supposés amener l'information jusqu'au cerveau et leur obstruction provoquait cécité et surdité. Il considérait d'ailleurs le cerveau comme « *le centre de l'intelligence et de l'âme* » [Baissette, 1936]. Il évoque aussi l'humide et le sec, le froid et le chaud, l'amer et le sucré, dont le déséquilibre de l'un par rapport à l'autre peut amener à la maladie, un reste des notions primitives d'équilibre précédemment évoquées.

Hippocrate (460-375 av. J.-C.) et ses disciples cliniciens propagent la théorie des quatre humeurs (bile blanche, bile noire, pituite/phlegme et sang), des éléments dont le déséquilibre serait à l'origine des maladies. Leur traitement consisterait en un rééquilibrage de ces humeurs (par exemple, une saignée pour un excès de sang). Pour la première fois, la maladie perd son caractère mystique et devient un phénomène naturel dans les civilisations occidentales. Sans toutefois rejeter les dieux de sa culture, une conception nouvelle du divin apparaît. Chaque chose est remise à son niveau et l'école hippocratique déclare à propos des maladies que « *toutes sont divines, et toutes sont humaines* » [Hippocrate, 1839].

Convaincu du caractère naturel de la maladie, Hippocrate veut la comprendre, en faire le pronostic et la traiter. Pour cela, il l'aborde avec méthodologie et rigueur : il interroge le malade et l'écoute ; il étudie le mode de vie et l'environnement dans lequel évolue le patient ; il examine le corps (inspection, palpation, succussion, auscultation) ; il procède à l'examen des émonctoires (odeur, voire goût). Pour le traitement, il détermine donc l'humeur en excès et la ramène à son niveau d'origine tout en veillant à l'évolution de la maladie (cycle des fièvres par exemple). On avait recours à la saignée, aux purgatifs et vomitifs, mais le « *primum non nocere* » (*d'abord, ne pas nuire*) encourageait surtout le respect de règles diététiques, de bains ou de fumigations.

Galien (131-v210 ap. J.-C.) naquit à Pergame, ville d'Asie mineure, et fut élevé et enseigné par quatre maîtres philosophes dans un contexte de recherche absolue de la vérité. Il considéra logiquement Hippocrate comme le modèle à suivre quant à son approche expérimentale et rationnelle de la physiologie humaine.

Galien, le premier, donne des définitions précises. Il « *choisit d'appeler maladie, ce qui empêche la fonction ; symptôme, ce qui s'ensuit ; cause, tout ce qui est responsable* » [**Jackie Pigeaud, 2004**]. A l'instar de son père spirituel, il s'impose une méthode rigoureuse de diagnostic :

- Déterminer selon les symptômes, le « *siège de la maladie* » - il décrit certains signes « *pathognomoniques* », c'est-à-dire caractéristiques d'une seule maladie donnée et qui permettent d'en établir le diagnostic certain
- Déterminer la « *nature de la maladie* » : déséquilibre humoral, inflammation etc.
- Préciser la « *cause* »

Un des exemples les plus frappants de cette méthodologie est celui d'un de ses patients qui avait perdu la sensibilité de l'extrémité de ses doigts : « *Je l'interrogeai sur les symptômes antérieurs. Il me répondit que son mal n'avait été précédé ni d'une inflammation, ni d'un refroidissement, ni de coups mais que la sensibilité avait disparu peu à peu. Étonné, je lui demandai s'il n'avait pas reçu un coup plus haut que le siège de son mal. Il me dit qu'il n'en avait pas reçu au bras, mais qu'il avait été frappé à la partie supérieure du dos. Je lui demandais encore comment et quand. Sur sa réponse, qu'allant à Rome, il était tombé d'un char peu de temps avant que ses doigts ne commençassent à être affectés, je conjecturai qu'à l'endroit où le nerf sort après la septième vertèbre cervicale, quelque partie enflammée par suite du coup avait contracté une diathèse squirreuse [c'est-à-dire une inflammation]. Telle fut ma réflexion : car je*

savais de science certaine que les cordons nerveux paraissent avoir, quand ils s'échappent du cerveau ou de la moelle, une circonscription propre » [Galien, 1936].

Cette démarche redoutable dans son efficacité n'est que le reflet de l'adage qu'il s'évertuait à appliquer : « *Je ne crois ni Hippocrate, ni les autres anciens sur parole ; je contrôle ce qu'ils disent par l'expérience et le raisonnement* [Galien, 1851-1876] ».

Les travaux de Galien, et la synthèse qu'il fit des connaissances de l'Antiquité lui assurèrent quinze siècles durant une souveraineté indiscutable. Toutefois, ne retenant pas cette soif résolue de vérité qui l'animait et la minutie de ses démarches, on éleva son enseignement au rang de doctrine durant le Moyen-Âge. « *Sic Galianus dixit, Galien l'a dit, était alors un argument absolu, tout comme le magister dixit l'était pour Aristote* [Hecketsweiler, 2010, p. 81] ».

I - 8 - B - la médecine dans le monde romain

L'établissement du profil de la morbidité dans l'antiquité gréco-romaine consiste dans le fait de déterminer les maladies présentes à cette époque. Il y eut successivement : la « peste d'Athènes » en 428 av. J.-C., une grave épidémie de typhoïde ; la « peste antonine », une épidémie de variole qui dévasta tout l'occident dès 167 av. J.-C. ; de nombreuses maladies parasitaires et infectieuses dont la tuberculose, et le paludisme dont on avait essayé de réduire l'endémie par un drainage des marécages. En effet, selon l'étude de la maladie de Térance Varron (116-27 av. J.-C.), l'origine du paludisme était dans la multiplication de petits animaux « *que l'œil ne peut distinguer* » [Varron, 1995] dans les zones marécageuses .

Les travaux de Galien font de la santé un état sur lequel on peut agir. En effet, il avait divisé l'organisation du corps en trois catégories [Hallé, Nysten, 1812-1822] :

- Les choses « *naturelles* », intrinsèques à l'individu, comme les humeurs ou les différentes parties du corps.
- Les choses « *hors nature* » comme les maladies et leur cause.
- Les six choses *non naturelles* : « *l'air* », « *la nourriture et la boisson* », « *la vidange et le remplissage* », « *le mouvement et le repos* », « *le sommeil et la veille* » et enfin, « *les perturbations de l'âme* ».

Ces « *six choses non naturelles* » sont autant de paramètres sur lesquels l'homme peut agir. Vers 1550, Jean Fernel donnera à cette troisième catégorie le nom générique d'« *hygiène* ». L'homme n'est donc plus seulement spectateur de sa santé ou victime de la maladie. Il en devient acteur. Acteur jusque-là dans le domaine curatif, il œuvre désormais pour la prévention, il éradique certaines causes ou facteurs favorables au développement des maladies dont ses contemporains sont victimes, et il s'assure un équilibre de vie mettant son corps dans des conditions optimales pour résister à la maladie ou en retarder l'apparition ou le développement.

I - 9 - avènement du christianisme et médecine au Moyen-Âge

Le Moyen-Âge (476 – 1453) débuta à la chute du dernier empereur romain d'occident, Romulus Augustule, et se termina lors de la prise de Constantinople. Cette période est considérée comme une ère d'ignorance et de superstition qui considérait « *les paroles des autorités religieuses au-dessus des expériences personnelles et de la réflexion rationnelle* » [Lindberg, 2003]. Pour mieux comprendre, il nous faut regarder au christianisme, religion d'État, qui avait apporté une autre vision du monde et bouleversé les conceptions, notamment de la maladie et de la mort.

Contrairement aux autres religions, le christianisme ne repose pas sur des personnages mythiques, mais sur la personne du Christ que beaucoup ont côtoyé et ses disciples connu. Jésus prêche l'amour du Père, l'*agape* ou « amour spirituel », et reconnaît à chacun sa liberté et sa valeur aux yeux de Dieu, tout en restant respectueux des autorités, elles-mêmes instituées par Dieu.

Comme chez son grand frère, le judaïsme, Dieu est maître de tout. De l'infiniment grand à l'infiniment petit. De notre santé et de nos maladies qu'il permet ou dont il nous guérit, comme l'illustrera Jésus au travers des multiples récits de miracles rapportés dans la Bible. Il nous appelle à une totale confiance en lui, à vivre dans l'abondance comme dans la misère, dans la pleine santé, comme dans la maladie, dans une totale dépendance de sa personne. C'est ce que Jésus fit tout au long de sa vie, s'occupant « *des affaires de [son] Père* » [La Bible, Luc chapitre 2, verset 49, 2010] de son plus jeune âge jusqu'à sa mort à la croix. Cet ultime sacrifice couvre les péchés de ceux qui croient en lui et leur assure une vie éternelle, dans l'amour du Père. Cette condition de

vie avait en effet été perdue par Adam et Eve qui firent entrer la mort et tous les maux des hommes en mangeant le fruit défendu, signifiant par là leur désobéissance à Dieu. Cet espoir placé dans la croix place alors la mort dans une position libératrice d'une condition humaine transitoire et séparatrice d'une vie éternelle de félicité.

Enfin, avec la guérison et la vie éternelle, un des plus grands enseignements de Jésus fut l'amour. « *Tu aimeras le Seigneur, ton Dieu, de tout ton cœur, de toute ton âme, et de toute ta pensée. C'est le premier et le plus grand commandement. Et voici le second, qui lui est semblable : Tu aimeras ton prochain comme toi-même* » [La Bible, Matthieu chapitre 22, versets 37 à 39, 2010]. Et joignant les actes aux préceptes, Jésus ouvrit la voie de la charité, cet élan de cœur pour le secours des voyageurs, des pauvres, des vieillards, des malades et des infirmes. La charité fut pendant cette ère moyenâgeuse « *le moteur de l'action sanitaire et sociale* » [Hecketsweiler, 2010, p. 96.].

Dans la Bible toujours, Paul enseignait à Timothée : « *Ne continue pas à ne boire que de l'eau ; mais fais usage d'un peu de vin, à cause de ton estomac et de tes fréquentes indispositions* » [La Bible, Timothée chapitre 5, verset 23.]. Ce passage nous montre qu'alors, à l'instar de Galien, et d'après les révélations qu'il avait eues de Christ, l'homme pouvait encore se placer en tant qu'acteur de son état de santé par son contrôle sur les choses non naturelles.

Cependant, avec les années, les croyances primitives en un Dieu qui punit et qui fait souffrir ceux qui lui désobéissent finit par « contaminer » le christianisme. Durant le Moyen-Âge, la souffrance est alors mise en avant comme moyen de rédemption. La maladie n'apparaît plus alors comme naturelle mais une épreuve infligée pour prendre part aux souffrances du Christ, une souffrance encensée qui fut le moteur de l'engagement dans les croisades et autres dérives. Mieux que l'auto flagellation : la mort au combat contre l'impie. A celui auquel Jésus recommandait de tendre l'autre joue, le croisé lui tendait désormais le tranchant de son épée.

De plus, l'Église interdit les dissections et vivisections d'animaux, et juge les dissections humaines comme une profanation. La médecine occidentale ne progresse plus, voire régresse. Nous entrons dans la période des moines médecins qui sont alors les gardiens du savoir et de la science (érudits et bibliothèques) et des barbiers chirurgiens, puisque l'Église proscrit aux hommes de foi le contact avec le sang « *Ecclesia abhorret a sanguine* », une interdiction qui prendra fin en 1311 grâce à l'Édit de Charles le Bel.

I - 10 - la médecine de la renaissance à la fin du XVII^{ème} siècle

Après une période si sombre et stérile à tous les niveaux, l'époque de la renaissance fait éruption. Sur un plan intellectuel, « *une reconquête du patrimoine philosophique, littéraire et scientifique des anciens se met en marche* [Bec et al., 1990] ». Historiquement, le monde voit naître de nouveaux héros : Christophe Colomb, Nicolas Copernic, Martin Luther et bien d'autres encore. Enfin d'un point de vue scientifique, le nombre de découvertes crée un fossé considérable entre orient et occident : boussole, gouvernail, imprimerie etc. sont inventés.

La découverte de nouvelles civilisations qui virent leur essor sans la connaissance du Christ ouvre alors la porte à une laïcisation des esprits, et l'homme peut à nouveau concevoir la maladie comme Galien la voyait, enfin presque.

Car malgré un épanouissement du monde dans tous les domaines, il est important de mentionner que cette époque fut aussi « *un temps de guerres, de misère, de peur permanente, d'intolérance, d'irrationnel, de superstition, de sorcellerie et de mélancolie* » [Hecketsweiler, 2010, p. 136.]. La chasse aux sorcières bat son plein. Le nombre de suicides explose : Satan provoque une mélancolie par un déséquilibre des humeurs. Le Malin est également responsable de la possession, mais la « *pensée libérée* » de certains médecins met en évidence le trouble mental qui s'en distingue et est reconnu comme relevant de la compétence du thérapeute.

Paracelse (1493 – 1541), avec sa fougue et sa vision anarchique des choses, met en branle les certitudes instaurées par Galien. Pourtant, en ce qu'il remet tout en question, d'aucun pourrait le considérer comme un disciple de celui qu'il s'évertue à discréditer. En effet, la soif de savoir et de vérité est à nouveau dans l'air.

A la fin du XV^{ème} siècle, la syphilis se répand comme une traînée de poudre. Mais d'où vient cette maladie et pourquoi ? Plus que les réponses à cette question, on retiendra les raisonnements et autres notions qui sont développées lors de cette enquête à l'échelle européenne : les notions de contagé et contagion. La maladie se propage-t-elle par le contact ? La voie des airs ? Les sécrétions corporelles ? La notion d'agent contaminant voit alors le jour. Fracastor, qui est confronté à cette épidémie, envisage également sous ce rapport d'autres maladies comme le typhus, la grippe, la gale et la tuberculose.

La maladie est non seulement redevenue de l'ordre du naturel, mais on sait qu'elle se transmet et qu'elle a différents moyens de le faire.

Pourtant, au XVII^{ème} siècle, l'espérance de vie ne dépasse pas vingt cinq ans. La peste, la dysenterie, la variole, le typhus, ou tout simplement les carences alimentaires (famines, scorbut) en sont les principales causes. A l'avancée de la connaissance quant à l'origine des maladies s'oppose l'impuissance de la médecine. Ainsi, si le scientifique voit dans la maladie un phénomène naturel sur lequel on peut agir, dans l'esprit du souffrant c'est sous la forme des épidémies que Dieu a décidé de manifester sa colère.

I - 11 - la médecine au temps des lumières (XVIII^{ème} siècle)

Depuis l'Antiquité, le modèle de Galien constituait un fondement, une vérité indétrônable. Pourtant sa remise en question, plus que de susciter un engouement général pour la vérité avait surtout laissé le monde de la renaissance sans volonté et perdu dans le domaine médical. « *La pathologie est incertaine, la thérapeutique est incertaine, l'efficacité des médicaments est incertaine, leurs modes d'action sont incertains, le pronostic est incertain, l'issue de la thérapeutique est douteuse et très souvent défavorable* » [Mazzolini, 1995].

Nous assistons alors à une déferlante de théories :

I - 11 - A - l'animisme

L'animisme place l'âme au centre de la vie. C'est d'elle que vient le développement du corps depuis l'embryon jusqu'à l'âge adulte. Elle propage la vie. Elle a le pouvoir d'animer le corps et de le mouvoir.

I - 11 - B - le vitalisme

Le vitalisme met en avant le principe de la vie. Elle est en chacun des organismes, de ses organes et même de ses cellules. La vie est en tout ce qui vit et elle est une force qui s'oppose à la mort.

I - 11 - C - la nosologie

Les nosologistes avaient pour credo de classer les maladies par espèces. Pour cela, ils avaient trois objectifs. Le premier était de définir les critères qui font que la maladie est une maladie, le second, de classer les différentes maladies selon des critères d'espèce, et le troisième et dernier, de définir des signes pathognomoniques, c'est-à-dire des symptômes ou ensemble de symptômes qui, s'ils sont présents, sont la signature d'une maladie caractérisée.

I - 11 - D - l'hygiène

Le contrôle des six choses naturelles de Galien qui est toujours pratiqué sur le plan personnel est élargi au plan sociétal. Des décisions sont prises par le roi et ses conseillers pour préserver l'état de santé des citoyens. En 1348, on assiste au premier règlement sur le nettoyage des rues ; en 1539, François 1^{er} publie une ordonnance obligeant la présence de latrines dans les maisons ; en 1776, Les cimetières sont bannis du sein des villes. Et ce ne sont que trois exemples parmi de très nombreuses décisions. Le concept de santé publique est né. Et la maladie s'inscrit alors davantage dans le registre du naturel.

I - 12 - du XIX^{ème} siècle – et ses révolutions scientifiques – à aujourd'hui

Le coup final à la maladie, manifestation du courroux divin, est porté au XIX^{ème} siècle. Il est illustré par trois révolutions médicales qui se poursuivent jusqu'au XX^{ème} siècle et fondent la médecine d'aujourd'hui. La première anatomo-clinique, la deuxième biophysique, la troisième microbiologique.

La révolution anatomo-clinique débute avec la nosologie, c'est-à-dire le classement des maladies en espèces à la manière des botanistes, avec pour critères les symptômes avec l'aide d'outils comme le thermomètre médical, le marteau à réflexes, l'épingle nourrice, le laryngoscope, l'ophtalmoscope, le sphygmomanomètre ou encore le recours aux examens du sang et des urines. Elle se poursuit par les investigations post-mortem des malades, domaine où s'illustre Giovanni Battista Morgagni, et qui relie les symptômes observés à des lésions organiques. Enfin, la troisième et dernière étape consiste à mettre les deux précédentes étapes en commun pour que symptômes, lésions et maladies ne forment plus qu'un seul et même ensemble anatomo-clinique.

A la fin du siècle précédent, alors que la maladie psychiatrique est reconnue pour être de l'ordre du médical, Philippe Pinel (1745-1828) s'illustre par sa « *Nosographie philosophique* » de 1798 où il classe les névroses en 5 ordres et 45 genres dont « *l'épilepsie, l'hypochondrie, la mélancolie, la manie, la démence, le somnambulisme, la nymphomanie* » pour ne citer qu'eux [Pinel, 1807].

La révolution bio-physiologique sera marquée par le développement des laboratoires et de la démarche expérimentale, grâce à l'appui de l'électricité et l'invention de nouveaux outils d'exploration dont la microscopie. On découvre alors la cellule comme structure de base du monde vivant végétal et animal, et sa structure est décrite jusqu'aux organites et au noyau. Oscar Hertwig (1849-1922) qui étudie la reproduction chez l'oursin observe que la fécondation se produit par la rencontre d'un spermatozoïde, d'un ovule et la fusion de leurs noyaux. Darwin (1809-1882) développe sa théorie de la sélection naturelle sur l'évolution. Gregor Mendel (1822-1884) explore l'hérédité des caractères sur les petits pois.

Dans cette effervescence de découvertes, la biochimie voit le jour. Hans et Eduard Büchner et plus tard Sumner observent les enzymes. Les progrès de la microscopie permettent la distinction entre petites et grosses molécules, les premières « *n'ont d'existence que temporaire, car [elles] constituent des intermédiaires sur des voies de biosynthèse, [et les secondes édifient] des produits stables* » [Jacob, 1970].

François Magendie (1783-1855) et Claude Bernard (1813-1878) sont des acteurs importants dans le domaine de la physiologie expérimentale. Le but est d'attribuer à chaque organe sa fonction.

La toxicologie et la pharmacologie aussi se développent. Mateu Josep Bonaventura Orfila (1787-1853) classe les poisons en classes et espèces selon leurs propriétés et effets. On isole à partir de plantes et découvre les effets des différents alcaloïdes (morphine, caféine, quinine, colchicine, digitaline, aspirine, cocaïne, yohimbine etc.).

La révolution microbiologique marque sans doute le coup le plus important porté à la nature divino-punitive de la maladie. Les notions de contagion, de transmission de la maladie ont déjà évolué dans les esprits. Cependant, s'il y en avait un, l'agent responsable n'est pas identifié. Mais Pasteur met fin à ce mystère qui règne depuis le début de l'humanité en publiant sa « *théorie des germes* ». En effet, il observe dans la bière et autres alcools fermentés la présence de « *corps filiformes* » qu'il définit comme responsables de la fermentation transformant les jus de fruit en alcool. Ces « *bactéridies* » sont alors caractérisés dans les lésions notamment celle présentes chez

les sujets souffrant de la maladie du charbon. Il est alors reconnu scientifiquement que les maladies ont un agent vivant responsable, et que pour certaines, les bactéries en sont responsables. Dans la lancée de Pasteur, Robert Koch (1843-1910) isole le bacille éponyme responsable de la tuberculose.

Dans le sillon de la bactériologie et de son essor, explosent alors la virologie et la parasitologie. La virologie étudie initialement les facteurs contagieux fluides, c'est-à-dire impossibles à observer au microscope, des substances qui transmettent leur pouvoir contaminant à tout ce qui l'entoure, et peuvent même tuer certaines bactéries et provoquer la naissance de tumeurs. Cette discipline ne prend son sens actuel qu'en 1950 avec les améliorations de la microscopie et l'observation du premier virus.

La parasitologie s'intéressera à l'étude des parasites, c'est-à-dire stricto sensu aux êtres vivants aux dépens d'un autre, excluant bien sûr les virus dont on découvrira plus tard qu'ils constituent des « *parasites absolus* ».

L'immunologie fait ses premiers pas après les premières tentatives de transfusion sanguine et de greffes qui ne réussirent pas. On rattacha à ce domaine d'étude les phénomènes d'anaphylaxie et d'allergie.

Enfin, dans la lignée de ces trois grandes révolutions médicales et la découverte des causes des maladies, il fallait maintenant aborder le moyen de traiter les maladies. Le premier pas est celui de la vaccination avec le vaccin contre la variole en 1776 par Jenner et celui contre la rage en 1885 par Pasteur, puis ceux contre le choléra, la typhoïde, la peste etc. Le principe : exposer le sujet aux lésions d'un autre sujet souffrant d'une souche moins virulente (variole/petite variole) ou l'exposer à de vieilles cultures qui ont perdu leur virulence. Plus tard, on comprend que l'injection d'antigènes spécifiquement retrouvés à la surface du virus ou de tout agent infectieux permet à son introduction dans l'organisme de réveiller beaucoup plus rapidement et fortement la réponse immunitaire.

Le second pas est celui de la thérapeutique. Alexander Flemming (1881-1965) découvre que la croissance d'une culture de staphylocoque peut être inhibée par la contamination par du *penicillium notatum*. La pénicilline est isolée plusieurs années plus tard par une équipe de chercheurs Oxfordiens. Et on l'utilise la première fois sur l'homme le 12 février 1941 chez un policier souffrant de septicémie à staphylocoque. Sa remarquable efficacité encourage sa production à l'échelle industrielle et la poursuite des essais sur l'homme.

« Les maladies infectieuses constituaient, surtout depuis le néolithique, une cause essentielle de la mortalité humaine. La révolution microbiologique et ses applications, le développement de l'hygiène individuelle et collective, les vaccinations et les antibiotiques ont permis un véritable déclin des maladies infectieuses modifiant profondément les équilibres traditionnels des sociétés et conduisant à s'interroger sur l'avenir de ces maladies » [Hecketsweiler, 2010, p. 412].

I - 13 - Conclusion

En ce qui nous importe, plus que l'impact sociétal et démographique, c'est surtout le regard des personnes sur la maladie qui a changé. L'humanité qui voit ses premiers pas ne comprend pas la maladie et l'attribue invariablement à la colère de Dieu. L'humanité d'aujourd'hui avec ses progrès scientifiques considérables sait désormais que toute maladie prend sa source quelque part. Qu'elle soit d'origine génétique ou due à l'exposition à un agent pathogène microbien ou chimique, ou encore un traumatisme, elle ne relève désormais plus du domaine magique ou divin. Toutefois, selon notre culture, notre éducation et notre bagage intellectuel, des questions ne peuvent s'empêcher de revenir hanter le souffrant. Pourquoi moi ? Qu'ai-je fait pour mériter ça ? S'il est désormais aisé de comprendre la cause « rationnelle » de la maladie, l'irrationnel fait partie de l'homme depuis toujours.

Le malade n'est pas qu'une maladie à traiter. Et parce que la maladie peut s'installer sur la durée, il doit parfois apprendre à vivre avec. Savoir à quoi il doit sa maladie, ses gènes, un virus ou autre n'apaisera pas sa souffrance pour autant. Le soignant quel qu'il soit doit en prendre conscience pour pouvoir traiter son patient selon une prise en charge globale qui prend en compte toutes les dimensions de l'être.

C'est pourquoi toute maladie pose réellement la question d'une prise en charge palliative, c'est-à-dire un soulagement de toutes les souffrances physiques et morales. De tels réseaux sont déjà en place, et permettent au pharmacien d'officine qui ne s'y implique que trop rarement, sans doute par manque d'information, de prendre part à cette prise en charge globale. Sans toutefois aller aussi loin, et sans parler de réseau, le pharmacien peut considérer cela pour exercer pleinement son métier, pour le bien de son patient, de son entourage, et même pour lui-même.

II – le travail de maladie

Le but de cette thèse est de comprendre le fonctionnement de notre perception de la maladie et des mécanismes mis en place lorsque nous l'apprenons, l'affrontons et l'acceptons. Est-il utile de le préciser, toute maladie ponctuelle, plus ou moins spontanément résolutive et sans séquelle comme un rhume ou une gastro-entérite n'engage pas le patient dans un long processus d'acceptation de son nouvel état, ni des conséquences directes de sa maladie qui sont quasi inexistantes. Ainsi, pour mieux apprécier les bornes de notre sujet, nous définirons dans un premier temps la maladie puis préciserons les critères qui font sa chronicité, outre son installation sur la durée.

II - 1 - définition de la maladie

II - 1 - A - selon les organismes de santé

Avant de définir la maladie, définir son opposé pourrait s'avérer être un exercice intéressant. Dans l'esprit communautaire, quoi de plus logique que de confronter maladie et santé. Pourtant, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dit ceci : « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » [OMS, *FAQ*, 2015]. Cette définition qui n'a pas été modifiée depuis 1946, laisse infuser en nous cette idée : une personne souffrante ne sera pas prise en charge de façon complète si seule sa maladie est prise en compte. Cela nécessite donc une prise en charge globale, c'est-à-dire de toutes les sphères de l'individu et nous permet d'apprécier la pertinence de la considération apportée à la souffrance psychologique du patient, que ce soit à l'officine ou ailleurs.

Cependant, comme nous le disions dans l'introduction, une maladie si dure soit elle, si elle ne s'installe pas sur la durée, n'entraînera pas les cas de souffrances psychologiques auxquels nous nous intéressons dans notre étude. Il convient donc de cadrer notre sujet sur les maladies chroniques.

Selon l'OMS, les maladies chroniques comprennent les maladies non transmissibles dont les pathologies cardiovasculaires, le diabète, l'asthme, la mucoviscidose, le cancer, les maladies

neurodégénératives, et certaines maladies transmissibles persistantes dont l'infection à VIH, la tuberculose et l'hépatite C. Le concept de maladie chronique s'élargit aux « *troubles mentaux de longue durée comme la dépression et la schizophrénie, qui ont souvent une évolution chronique, aux handicaps physiques comme la cécité, l'amputation et aux problèmes de douleurs persistantes* » [Haute Autorité de Santé, 2008]. Mais plus que de souffrir d'une maladie, le patient en endure les conséquences. Au delà de cette liste exhaustive de maladies, le haut comité de la santé publique enrichit cette définition de critères qui élargissent le concept de maladie chronique, ou d'affection longue durée en incluant « *la suite d'actes chirurgicaux ayant un impact sur le quotidien du patient* » [Geneviève Guerin, 2010] comme le sont par exemple les stomies, qui, à proprement parler ne sont pas une maladie en elles-mêmes.

La maladie chronique se définit donc selon un ensemble de caractéristiques. La première est la présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, et appelé à durer. Le deuxième critère est une ancienneté minimale de trois mois, ou supposée telle. Enfin, le troisième et dernier critère est le retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des trois éléments suivants :

- une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale
- une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle
- la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social.

Cette définition s'appuie non seulement sur l'étiologie, qui implique des traitements spécifiques liés à la maladie, mais aussi et surtout sur les conséquences en termes de fonctionnement et de handicap, c'est-à-dire de répercussions sur la santé (par exemple, les séquelles des accidents).

En avril 2007, le ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative publiait son « *plan national 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques* » [Ministère de la santé, 2007]. Dans ce rapport, les maladies chroniques y sont définies comme des pathologies « *de longue durée, évolutives, souvent associées à une invalidité et à la menace de complications graves* ». Elles se caractérisent donc par une évolution lente, sans tendance à la guérison avec diminution de la qualité et de l'espérance de vie.

II - 1 - B - selon les patients

Ce sont d'ailleurs ces deux derniers points que retiennent les souffrants lorsqu'ils définissent eux même la notion de maladie chronique. Ils ne la définissent pas vraiment en tant que telle, mais n'en retiennent que les caractéristiques qui ont un impact sur leur quotidien. Ils évoquent les répercussions sur la vie sociale, notamment la mise en invalidité professionnelle, les éventuelles exclusions, et avec quelle difficulté le regard d'autrui est vécu. Le facteur « temps » dans la chronicité est relié à la gêne qualifiée selon ces mêmes patients de permanente, surtout quand elle implique une perte de contrôle de ses propres actions.

Cela nuit au sentiment d'auto-efficacité défini par Bandura comme « *la croyance profonde en ses propres capacités à organiser et à réaliser des actions* » [OMS, OMS ... , 2015]. L'auto-efficacité nécessite une adaptation, l'apprentissage et l'intégration de nouvelles aptitudes afin de se réapproprier une identité modifiée par la maladie et de retrouver un sens à sa vie. Par exemple, le Professeur Surpas, dans un communiqué au CHU de Rouen en 2014 repris par le SPLF (Société de Pneumologie de Langue Française) évoque le trépied « *ré-entraînement à l'effort, éducation thérapeutique précoce et prise en charge psychosociale* » essentiel pour la restauration du sentiment d'auto-efficacité et une amélioration de la qualité de vie pour les patients souffrants de pathologie pulmonaire chronique. [El Kholly, 2014]

II - 1 - C - selon les soignants

Les équipes de soin, et même les autorités et instances chargées de leur organisation prennent conscience des difficultés de la prise en charge de la maladie chronique. Elle nécessite de s'investir, se coordonner, se concerter, et même de négocier pour l'élaboration de projets de soins qui seront personnalisés en fonction des objectifs fixés pour chaque patient. A. Lacroix et J.-P. Assal proposent de dissocier la « *maladie aiguë* » dont l'objectif est de « *guérir (to cure)* » et la « *maladie chronique* » dont le but est de « *soigner (to care)* ». Selon ce dernier cas, « *les soins ont besoin d'un patient investi, actif, et codécideur pour être efficaces* ». [Lacroix, Assal, 2011]. Ce dernier, ainsi que ses proches, sont souvent confrontés à des changements nécessaires.

Changement de comportements, acquisition de nouvelles compétences. On parle alors de « *transfert d'expertise des soins* » avec un partage des connaissances de la part du soignant. On

responsabilise le patient et son entourage, qui, devenant acteurs à part entière, acceptent alors beaucoup mieux l'absence de guérison. Mais pour que cet apprentissage puisse avoir lieu, il nécessite une coordination pluridisciplinaire dont le pharmacien est amené à être un acteur prépondérant ces prochaines années, notamment avec la mise en place des entretiens pharmaceutiques. Mais sans aller aussi loin, le conseil associé à l'ordonnance qui reste la base de notre exercice quotidien à l'officine entre parfaitement dans ces plans de soins sus cités.

II - 2 - travail de maladie

Avec cet éclairage particulier qui nous aide à comprendre la maladie chronique et les retentissements que peuvent avoir ses conséquences sur le quotidien de la personne, nous sommes plus à même de comprendre et d'aborder les divers processus psychologiques dans lesquels le souffrant est engagé, malgré lui, dès l'annonce de sa maladie. De l'annonce de la maladie à l'acceptation de sa nouvelle identité et sa totale implication dans ses soins, tout un processus psychologique se met en place. Nous n'aurons pas la prétention d'aller creuser profondément du côté de la psychologie qui reste une science complexe, mais nous allons essayer de comprendre simplement ce que pense le patient et ses réactions afin de mieux en envisager la cause et avoir une attitude appropriée.

II - 2 - A - travail de deuil et travail de maladie

Le lecteur se demandera peut-être pourquoi cette partie commence en abordant le deuil. Il convient peut-être alors de s'arrêter sur sa définition. La définition du deuil est triple. Le deuil consiste en la perte d'un être cher. Il s'agit également des signes extérieurs liés à la mort de celui-ci et consacrés par l'usage, et plus exactement de la période pendant laquelle ces signes sont portés. Et enfin, la troisième et dernière définition qui nous intéressera le plus énonce que le terme de deuil inclut tous les sentiments négatifs (douleur, afflications, peine, etc.) éprouvés et les différents « *processus psychiques [Choc, déni, etc.] mis en œuvre par le sujet à la perte d'un objet d'amour externe* » [Dictionnaire de français Larousse, 2015]

Freud fut le premier à investiguer dans ce domaine pour comprendre ce qui se passait en nous lorsque nous perdions un être cher et par extension lors de tout type de perte. Que ce soit

selon les projections libidinales de Freud ou égocentriques d'attachement de Bolwby et Parkes, le déchirement provoqué enclenche irrémédiablement un processus au cours duquel la personne apprend à vivre sans l'objet perdu. Ce processus est appelé travail de deuil.

Sans en décrire les différentes étapes sur lesquelles nous reviendrons après, toutes les études réalisées sur la maladie chronique s'accordent pour décrire l'état de santé comme étant comparable à l'être cher perdu dans le cas du deuil. En effet, la personne vit quotidiennement avec sa santé. Elle lui permet de faire tout ce qu'elle fait, les loisirs auxquels elle s'adonne, le travail qu'elle est en mesure de réaliser ou encore les aliments dont elle peut se nourrir par exemple. Son quotidien, sans même s'en rendre compte est régi par sa bonne santé. Et quand survient un problème de santé chronique, soudainement, le sujet, affligé de la perte de cette dernière, doit apprendre à vivre sans, et même apprendre à vivre avec une santé et pourquoi pas un corps différents, des capacités altérées. En réponse, il doit développer des aptitudes pour compenser la perte des capacités qui lui semblaient jusque là innées. La personne doit donc faire face à une sorte de deuil. Celui de sa santé. Et par analogie, le processus dans lequel le patient entre prendra le nom de travail de maladie.

II - 2 - B - travail de maladie, bases conceptuelles et modèles théoriques

Les travaux sont succincts sur le travail de maladie en tant que tel. Il convient donc de préciser, que dans cette partie, nous ferons référence au travail de deuil et, par analogie, en tirerons des conclusions quant au travail de maladie.

II - 2 - B - a - selon Freud et la psychanalyse [Freud, 1968]

Essayons de comprendre avec de simples représentations la vision de Freud. L'homme serait un être chargé d'énergie. Cette énergie tantôt « *neurobiologique* », tantôt « *de type pulsionnel* » selon les textes de Freud peut être classée en deux catégories : l'énergie positive, et l'énergie négative. Et quand l'homme projettera cette énergie, en fonction de son type, résulteront deux réactions. Si l'énergie projetée sur l'objet est positive, il s'en suivra un « *attachement* ». Si elle est négative, on aura à l'inverse une « *aversion* » pour un objet qui devra à tout prix être évité. Cette notion est celle de l'« *investissement* », en allemand *Besetzung*. Ce mot emprunté au langage militaire évoque « *la prise d'une place forte ou d'un endroit stratégique* ».

Au cours de sa vie, et en fonction de la charge positive ou négative projetée sur tel ou tel autre objet, l'individu se construit un réseau affectif qui sera inévitablement l'objet de changements au cours de son existence. Ces remaniements pourront être sans réel impact sur la psychologie du sujet ou au contraire constituer un bouleversement complet. Dans le cadre du deuil, l'objet perdu, chargé d'un affect positif, verra son énergie fatalement transférée vers un ou plusieurs autres objets. Et c'est ce déplacement d'énergie, qui s'installera sur une période plus ou moins longue, qui constituera le travail de deuil, et en l'occurrence, le travail de maladie s'il s'agit de la santé de l'individu.

Il existera alors plusieurs possibilités :

- La première, et la plus saine consistera en la création d'un objet fantasmatique à partir de l'objet premier perdu. L'énergie positive se retrouve alors transférée vers ce nouveau fantasme. Puis avec le temps, l'affect décroît jusqu'à ne conserver qu'un attachement-nostalgique alors que la charge affective se répartit sur d'autres objets extérieurs.
- La deuxième consiste en une persistance anormale de l'affect sur l'objet perdu, et la santé perdue devient alors le centre de la personne qui, tournée vers une chose morte, devient morte avec elle, et un état de profonde mélancolie s'installe.
- La troisième et dernière alternative, en ce qui concerne les grands schémas freudiens, consistera en une conversion de cette charge positive en une charge négative envers l'objet fantasmatique qui devient le sujet d'une profonde aversion. Cet état maniaque amène le sujet vers un état de triomphe illusoire où, pour arriver à un sentiment d'omnipotence, il sera prêt à mépriser, à écraser père, mère, frères et sœurs, ou toute personne qui, voulant l'aider lui rappellerait la perte de sa bonne santé.

Cependant, si Freud décrit catégoriquement trois types de réactions, la réalité montre que le sujet passera par un degré différent des deux dernières catégories pour y rester enfermé en un cycle sans fin si le travail de maladie n'est pas « *normal* » : il devient « *pathologique* ». Au contraire, l'individu quittera ces étapes transitoires pour rejoindre la première catégorie réactionnelle dans le cadre d'un deuil « *non pathologique* » de sa santé.

II - 2 - B - b - selon Bowlby et Parkes, et la théorie de l'attachement
[Bowlby, 1969]

John Bowlby, dont les travaux seront plus tard complétés par ceux de Parkes et al. décrit la théorie de l'attachement. Il s'agit d'un mode de fonctionnement social qui conditionne le sujet dès son plus jeune âge dans ses relations avec autrui. Ce modèle consiste dans le simple postulat que tout individu a besoin, pour évoluer dans un monde hostile, de la protection et de l'aide de personnes plus expérimentées (et nécessairement âgées quand il s'agit du nourrisson), des aidants dont le prototype est le schéma maternel (plus tard élargi au schéma paternel) ou de son substitut le cas échéant pendant les premiers mois et années de vie. Dans ce modèle, l'attachement primaire lié à la satisfaction des besoins fondamentaux laissera place avec les années à l'établissement de relations ni vitales ni nécessairement basées sur l'utilité ou tout autre lien d'intérêt. Cependant, Bowlby établit une relation entre la qualité de l'efficacité de ce mode d'attachement pendant l'enfance avec ses protecteurs et l'aisance qu'il aura à nouer des relations dans sa vie future.

Concernant le maintien de cet attachement, il repose sur un sentiment d'anxiété de séparation qui conduit le sujet à renforcer voire renouer le lien social et/ou sentimental affaibli par le temps ou la distance. Ce lien affermi, le trouble disparaît et l'individu s'épanouit à nouveau dans l'équilibre de ses relations, telle l'araignée évoluant avec quiétude sur sa toile.

Mais lors de la rupture d'un lien qui ne peut être réparé, c'est alors que naît un profond désarroi qui évolue en trois étapes : rage et protestation, recherche intense et désespoir, puis renoncement.

Dans la première, l'individu verra son anxiété croître à un sommet déclenchant en lui un sentiment qu'il externalisera ou non et qui montera en lui par suite d'essais infructueux de rétablir une chaîne définitivement rompue. Cette étape est décrite par Bowlby comme déclenchant chez le sujet des réactions comparables à celui de l'enfant voire du nourrisson qui cherche à voir son besoin comblé : pleurs, agitation, recherche de l'objet perdu, agressivité envers tout obstacle. En somme, la période de deuil pourrait se résumer à une réorganisation des liens d'attachement.

Cette période de révolte laisse ensuite place à la recherche de substitut et à un transfert de ce lien vers un souvenir qui transcende l'objet perdu pour le faire revivre. Cette étape ne dure

qu'un temps avant de voir devant cet échec un glissement vers une dépression spontanément résolutive en un renoncement et en une acceptation de la perte de l'attachement qui prendra une autre forme. Le survivant accepte de vivre dans une réalité sans l'objet perdu et tisse avec celui-ci un lien nouveau, certes illusoire, mais qui lui permet de faire perdurer celui-ci à l'état de souvenir impérissable.

II - 2 - B - c - le modèle biologique

Panksepp [Panksepp, 1998] définit l'existence d'un « *circuit panic* » stimulé en cas de sentiment d'abandon, ce qu'il reproduit expérimentalement chez l'animal mis seul dans un endroit inconnu. Ce circuit serait également présent chez l'homme et la rupture d'un lien affectif serait la cause d'un déséquilibre chimico-hormonal. Il distingue l'« *amour nourricier* » qui stimule par une libération endogène, les récepteurs de l'ocytocine et les récepteurs opioïdes, et l'« *amour érotique* » lié à une stimulation des récepteurs de la dopamine d'une part, et de la vasopressine d'autre part.

Expérimentant sur l'animal, il remarque que le « *circuit panic* » est apaisé par l'administration d'opioïdes, ce qui ne peut l'empêcher de relier dépendance sociale et dépendance addictive aux opiacés. Des mesures sanguines chez l'homme mettent également en évidence qu'une situation de séparation crée un déficit en sommeil, une diminution de la température du corps, de l'hormone de croissance, et de la cortisolémie, ainsi qu'une augmentation de l'éveil cérébral, de la réactivité comportementale ainsi que d'autres réactions, qui seront apaisées par la stimulation des systèmes opioïdes, de l'ocytocine et de la prolactine.

Ce dernier cas ne nous aidera pas dans la compréhension comportementale de l'endeuillé. Toutefois nous entrevoyons qu'une approche thérapeutique adjuvante pourrait aider à passer un certain cap dans la séparation. Cependant, nous réalisons avec les premiers modèles fondateurs dans l'approche du deuil que cela ne suffira pas, car tout un travail – qu'il puisse s'expliquer chimiquement ou non – doit se faire chez l'individu qui à terme retrouvera un nouvel équilibre de vie.

II - 3 - travail de maladie, les différentes étapes

On comprend désormais, quelle que soit la théorie à laquelle on se réfère, qu'il se crée avec nos proches, tout comme avec notre santé, un lien affectif fort qui crée un déséquilibre émotionnel lorsqu'il est rompu. Le sujet souffrant entre alors dans un état de crise, et ce, pendant une période qui durera un an en moyenne. Détaillons en donc les différentes étapes. On précisera que dans cette partie, chaque étape est mise à part pour plus de clarté, mais que certaines d'entre elles sont en fait la réunion de plusieurs petites étapes et que d'autres seront indissociables. **[Kübler-Ross, Kessler, 2009]**

II - 3 - A - le choc

Cette première étape intervient juste après l'annonce de la maladie grave. On parle de choc mais il s'agit d'une expression qui comprend deux notions. Il y a selon Silverman le choc à proprement parler **[Silverman, 1967]** : la nouvelle va impacter l'esprit violemment par sa teneur et ses sombres perspectives. Le choc est tel qu'il va laisser l'esprit dans un « état de choc ». Et c'est ce dernier que retiendra Clayton **[Clayton, 1973]** pour définir l'état d'hébétude (*numbness*) dans lequel le patient se retrouve. Abasourdi, il continue de vivre selon des automatismes. Hermétique, il ne laisse aucune ou peu d'informations filtrer. Cette période dont il n'aura que peu de souvenirs peut durer de quelques heures (dans la plupart des cas) à quelques semaines dans les cas les plus extrêmes.

II - 3 - B - le déni

Dans cette deuxième étape, le patient, qui sort de sa torpeur suite à l'annonce, réalise ce qui lui a été dit. Pourtant, il ne peut le croire, puisque cela vient rompre un équilibre qu'il savait peut-être ne pas être éternel, mais qu'il concevait inconsciemment comme définitivement acquis. Cela est tout simplement inconcevable. Le patient tentera de trouver une raison plausible expliquant l'impossibilité du diagnostic : erreur d'analyse, incompetence du personnel médical, échange de dossier etc. Instinct de survie et raison s'affrontent en un combat où seul survit ce qui est acceptable.

Dans la littérature, choc et déni sont souvent associés en une seule et même étape. Le choc de courte durée ouvre vers le déni sans laisser quelques éclats dans un esprit mutilé.

II - 3 - C - la colère

La troisième étape est celle de la colère. Si sa maladie ne fait pas souffrir le patient, il souffre au moins du ressenti d'une injustice. Il cherche un responsable à sa situation et, extériorisée ou non, cette colère s'oriente sur le présumé coupable. Elle s'exprime par un sentiment de culpabilité avec un sujet en colère contre lui même s'il s'estime responsable. Autrement, elle se manifestera par une agressivité envers l'auteur « fantasmé » de ses malheurs, ou tout autre personne qui le rappellera à son état de santé : le médecin ou tout membre de l'équipe à l'origine du diagnostic ; un membre de la famille ou un ami qui évoque un événement ou souvenir où l'imagination du patient conjugue sa bonne santé au passé.

II - 3 - D - le marchandage

La situation est désormais acceptée et comprise. Toutefois, le patient est persuadé de pouvoir encore revenir à un état de santé antérieur à l'annonce de sa maladie. Il entre dans une phase magico-religieuse et négocie sa guérison contre divers renoncements. Des promesses sont faites à d'hypothétiques forces supérieures et des rites sont instaurés pour éloigner la maladie. La culpabilité est souvent associée dans cette phase avec une intense introspection, à la recherche de ce qui peut être changé, avec l'espoir que ces rectifications pourraient amener au rétablissement.

II - 3 - E - La dépression

Cette avant dernière étape s'avère souvent être la plus longue et peut durer plusieurs mois, six mois en moyenne, contre plusieurs années pour les cas les plus sévères. La perte de sa santé et de sa vie telle qu'on l'envisageait dans ses habitudes et ses potentiels d'avenir sont tout à coup bouleversés. Cela peut être perçu comme une amputation, et plus qu'une partie « physique » de soi, comme la perte d'une partie de son identité. Elle constitue l'étape durant laquelle le patient souffrira le plus dans le domaine psychique.

On observera des manifestations émotionnelles telles qu'une profonde tristesse, parfois accompagnée de pleurs. Un sentiment de honte vis-à-vis d'une maladie que le patient vit comme un avilissement. Il est à fleur de peau et très irritable. Il est excessivement anxieux vis-à-vis d'un avenir qu'il ne conçoit autrement que semé d'embûches et de malheurs. La culpabilité est, encore une fois, souvent le compagnon du patient au cours de cette étape. Le degré le plus élevé de la dépression pouvant amener à des idées de mort.

Cependant, le sujet ne trouve pas la force de passer à l'acte, car la dépression dont il souffre l'entrave sur un plan intellectuel. Il ressent des difficultés de concentration, une incapacité à travailler. Ce qui constituait son quotidien le désintéresse, et de façon générale on observe une anhédonie, c'est-à-dire un désintérêt total pour tout ce qui constituait pour lui une source de plaisir. Le repli sur soi qu'il expérimente le coupe petit à petit socialement et il ne ressent pas le besoin d'aller vers les autres.

Sur un plan physique, il ressent des difficultés à dormir et ses nuits sont parsemées de cauchemars. L'anhédonie est entre autre responsable d'une perte d'appétit et d'un amaigrissement. Enfin, on peut observer des cas de troubles somatiques.

Mais plus que des manifestations d'ordre émotionnel, intellectuel et physique, la dépression est une étape curative dans ce processus de deuil. Si les autres étapes pouvaient être apparentées à des mécanismes psychiques de défense du patient, le rôle de la dépression a pour but d'apprendre à vivre sans l'objet de notre affection. Un retrait de la « *libido* » investie dans l'objet de la perte selon Freud, la rupture du lien d'attachement et une « *désorganisation* » pour ouvrir vers une « *réorganisation* » prochaine de nos réseaux affectifs selon Bowlby.

La personne se désinvestit de sa vie, parce que ce n'est plus sa vie, mais celle d'un autre. D'un ancien « *moi* ». Elle apprend à abandonner les projets d'une ancienne vie. Même le sentiment de plaisir, parce qu'il se percevait au travers d'un corps en bonne santé doit être désappris. Michel Hanus parle de « *régression* » dans le cadre du deuil et de l'attachement à l'être aimé pour parler de cette dépression [Hanus, 2006]. Notre identité, construite selon un modèle dont la santé était l'architecture inconsciente, plus que de la détruire, nous devons la mettre à nue pour pouvoir recommencer à la façonner avec pour nouveau squelette le nouveau « *moi* » sans sa bonne santé : le nouveau « *moi* » et sa maladie. C'est là le rôle de la dépression.

II - 3 - F - l'acceptation

La dernière étape est l'acceptation. Le patient conçoit désormais sa vie sans les capacités qu'il n'a plus à cause de sa pathologie. Il l'accepte et peut évoquer des souvenirs dans lesquels il se revoit en bonne santé, regarder les photos d'un ancien lui, debout sur sa jambe droite dont il n'a désormais que le souvenir, en train de souffler les bougies d'un gâteau auquel son diabète lui interdit de toucher, en train de faire du sport que sa sclérose en plaque évolutive l'empêche de pratiquer etc. Il peut le faire, certes avec nostalgie, mais sans s'effondrer comme il l'aurait fait auparavant.

Il reconstruit pas à pas son identité. Ses goûts, ses envies. Et même si la tristesse et la douleur du souvenir peuvent parfois le rappeler à feu son ancienne vie, il parvient toutefois à élaborer de nouveaux projets bien que cela nécessite une adaptation. La vie reprend son cours, et malgré le fait que, dans les cas de graves maladies évolutives, chaque jour son état se dégrade et le rapproche de la mort, il apprend à apprécier la vie telle qu'il peut la vivre désormais, avec des liens familiaux changés, parfois renforcés, parfois dégradés, de nouveaux amis peut-être rencontrés lors de son parcours de soin, une vie professionnelle et un regard de ses collègues qui peut également changer en bien (admiration pour une personne combattante au travers de la maladie), ou en mal (condescendance et pitié envers l'« handicapé »).

II - 3 - G - discussion autour du travail de maladie

Plus que de rester sur une note d'optimisme candide, nous préciserons que cette dernière étape n'est malheureusement pas toujours atteinte en laissant les autres derrière. Élisabeth Kübler-Ross fut une pionnière dans le domaine des soins palliatifs et notamment quant à l'approche et la relation à la mort. La première (reconnue mondialement du moins), elle fit le rapprochement entre deuil et annonce d'une maladie grave. Toutefois, elle précise que « *jamais il n'a été question de diviser l'évolution d'un processus complexe en paliers clairement distincts les uns des autres. [...] Tout le monde ne passe pas forcément par ces cinq étapes et les réactions ne suivent pas toujours le même ordre* » [Kübler-Ross, Kessler, 2009] en ce qui concerne les quatre premières étapes du reste. Les deux dernières, la dépression et l'acceptation, seront essentielles et *sine qua non* quant à une vie tournée vers l'avenir, et ce malgré la maladie.

De plus, il convient de préciser qu' « aucune systématisation des étapes de ce travail psychique n'est envisageable, compte tenu de la multiplicité des cas de figure, liée aux circonstances de la maladie, à l'organisation de personnalité du [...] patient et à son entourage. » [Mille, Raffeneau, Dewolf, 2004]. Dans l'article dont est extrait cette phrase, l'étude est centrée sur l'adolescent qui, en plus de vivre des transformations à cause de la maladie, vit des transformations dues à la puberté, ce qui complique encore les choses. C'est pourquoi on recentrera le sujet, non pas en excluant tout patient au profil particulier (enfant, adolescent, personne âgée etc.) mais on précisera que la description précédente est celle d'un travail de maladie général qui pourra servir de base pour tous, pour évoluer vers un processus psychologique engagé propre à chacun car infiniment malléable en regard des particularités individuelles (familiales, parcours de vie, convictions religieuses, éducation etc.).

Pour conclure, la dépression peut entrer dans un cadre pathologique si elle s'installe dans la durée et l'intensité, et le pharmacien tient un rôle dans la résolution de celle-ci. Ce sera le sujet des trois prochaines parties. La première s'intéressera à la physiologie de la dépression « clinique » qui est la manifestation somatique du processus psychique dans lequel le patient est engagé, « *un moyen de protection naturel qui engourdit le système nerveux pour que nous puissions nous adapter à une situation apparemment impossible à affronter* » [Kübler-Ross, Kessler, 2009]. Cette même partie abordera les traitements médicamenteux qui peuvent aider à sortir d'une dépression qui s'installerait dans la durée et sortirait de son rôle reconstructif. La deuxième partie s'articulera entre la compréhension des mécanismes de défenses dans le triptyque soignant-soigné-entourage, et les pièges dans lesquels le pharmacien ne doit pas tomber, ou au contraire les solutions vers lesquelles se tourner. Et enfin la dernière partie s'attachera à toutes les mesures concrètes qui existent dans l'arsenal du pharmacien pour aider à accepter sa maladie, par exemple les conseils hygiéno-diététiques, ou encore le matériel médical aidant à s'affranchir du handicap de la maladie et du mal-être qu'il engendre pour ne citer que ces deux exemples.

2^{ème} chapitre : vers l'aboutissement d'un travail de maladie

Après avoir abordé dans une première partie l'histoire de la maladie qui explique la persistance à travers les âges de sentiments tels que la culpabilité, et avoir expliqué le travail de maladie, nous comprenons que la seule physiologie et sa normalisation par un médicament ne suffit pas à enrayer le processus psychologique d'un patient en reconstruction. Et ce travail une fois commencé doit se finir faute de quoi le patient ne parviendra plus jamais à s'épanouir car toujours dans le deuil de sa santé.

Cette partie s'articulera autour de trois axes. Le premier sera celui de la dépression dans laquelle le sujet peut s'installer de façon anormale et qui prend alors la forme d'un épisode dépressif majeur (EDM) duquel le patient devra être sorti à tout prix.

La deuxième partie expliquera comment, confrontés à la maladie, le patient, le soignant, mais aussi l'entourage pourront réagir. Les processus psychiques mis en jeu constituent alors tantôt des pièges dans lesquels il ne faut pas tomber, tantôt des ennemis à apprivoiser.

Enfin, nous nous attacherons dans la troisième et dernière partie à développer l'arsenal, cette fois-ci pratique, auquel le pharmacien pourra avoir recours, que ce soit dans le domaine du conseil verbal, mais aussi dans le conseil technique par l'apport de solutions concrètes face au handicap, séquelle fréquente de la maladie grave, pour ne citer que cet exemple.

Prélude : matériel et méthode

Nous tenions avant d'entrer dans le vif du sujet à expliquer les démarches entreprises lors de l'élaboration de cette thèse.

Tout d'abord, nous avons été confronté à l'ambiguïté de la langue française. La douleur, comme la souffrance font toutes deux appel à des notions ressenties donc subjectives. Il était donc important de définir le cadre de cette thèse pour ne pas avoir à expliquer chaque fois de quel type de souffrance il était question. Nous avons donc dû trouver les bons mots clefs. Après quelques recherches, nous avons fini par définir la douleur somatique dont il n'était pas ici question, qui est

celle ressentie par le sujet et que peut lui causer son corps. La souffrance psychique qui était notre sujet, est celle que l'on ressent dans son esprit, dans son for intérieur, qui induit tristesse et mélancolie. Elle peut être engendrée entre autres par la solitude et la perte d'un être cher.

Nous voulions donc nous affranchir de cette douleur somatique. Pour cela nous avons entrepris d'aller passer quelques temps dans le service des soins palliatifs du CHU de Rouen afin de nous entretenir avec les professionnels et les patients puisque là où tout est fait pour chasser la douleur, il ne restait pour nous que la souffrance psychique que nous aurions pu alors mieux appréhender.

Introduits par Heidi Chastagner, infirmière dans ce service, nous avons eu quelques entretiens avec des professionnels de santé dont le chef de service, le Dr. Élisabeth Guedon-Retout qui a favorablement accueilli notre démarche. Elle nous a orienté et a notamment insisté sur le fait de bien connaître les traitements et leurs effets secondaires pour pouvoir les gérer et veiller au bien-être du patient. Nous avons également eu une entrevue avec Christiane Denis, kinésithérapeute dans ce service, qui nous a expliqué en quoi consistait chaque jour son métier et comment elle le concevait auprès de ses patients. Elle nous a permis par ailleurs d'avoir une discussion avec l'un d'entre eux, une charmante dame qui s'est prêtée au jeu et nous a permis d'ouvrir les yeux sur un point crucial : la souffrance n'est pas aisée à aborder, car cela « *requiert une certaine conscience réflexive chez les personnes interrogées ou une capacité non défensive à évoquer sa propre vulnérabilité* » [Guex, Stiefel, 2010].

Nous nous sommes heurtés à cela, semblait-t-il, à une personne dont la dénégation de sa propre souffrance était telle qu'elle était parfaitement épanouie ou du moins le laissait paraître dans le monde de sa petite chambre, délaissée par toute sa famille et une amie qui la visitait une fois par mois. Ou alors, une autre option aurait été qu'elle était réellement épanouie mais dans nos échanges et le partage de son quotidien, jamais elle n'a mentionné partager une quelconque conviction religieuse, ni recourir à une forme de méditation ou de philosophie, des moyens qui aident généralement quand on traverse un passage à vide. Son quotidien consistait à faire des mots croisés et à attendre que l'on vienne s'occuper d'elle. Même si cela n'est que le ressenti de novices en la matière, nous étions convaincus qu'elle vivait ce que nous avons plus tard identifié comme une sorte de régression qui lui permettait de s'épanouir dans le rôle d'un enfant que les parents chouchoutent, le rôle des parents étant alors joué par les praticiens hospitaliers.

Nous sommes donc ressortis déçu, réalisant que notre thèse d'exercice n'aurait malheureusement pas ce côté « travail personnel » que nous aurions voulu ajouter, ni l'authenticité d'une personne ayant côtoyé la souffrance pour en parler avec exactitude. A moins de nous plonger dans les mécanismes et les tréfonds de l'âme étudiés par des professionnels de la psyché humaine, ce à quoi nous avons dû nous atteler et achever cette thèse deux ans plus tard.

I - la dépression et ses traitements médicamenteux

I - 1 - dépression et suicide

20 % d'entre nous ont eu, ont ou auront un épisode dépressif majeur (EDM). En France, on compte près de trois millions de personnes souffrant de dépressions légères à majeures. Le taux de guérison est très important sous l'influence des diverses thérapeutiques qu'elles soient médicamenteuses, comportementales ou autres. Mais 50 % des dépressions récidivent dans les deux ans, et ce malgré le maintien d'un traitement antidépresseur à dose efficace. Enfin, 75 % des sujets qui ont fait un épisode dépressif replongeront et 20 % d'entre eux évolueront sur un mode chronique. On parlera alors de dysthymie, c'est-à-dire d'une dépression durant plus de deux ans sans intervalle libre.

Malheureusement, l'autolyse, ou plus communément le suicide, se tapit dans l'ombre de ce syndrome. Nous ne détaillerons pas les chiffres que l'on peut aisément retrouver sur le site du ministère de la santé [**Ministère des affaires sociales, de la santé et droit des femmes, 2015**], mais nous en aborderons les principaux.

Chaque année, les services d'urgence des hôpitaux français prennent en charge près de 200 000 cas de tentatives de suicides, dont entre 5 et 6 % se soldent par un décès. De plus, le taux de mortalité par suicide augmente avec l'âge. Enfin, nous noterons que 28 % des suicides concernent des personnes âgées de plus de 65 ans, une tranche d'âge qui « *d'ici cinq ans constituera une personne sur cinq de la population française* » [**Robert-Bobée, 2006**]. Et, est-ce nécessaire de le rappeler, cette tranche d'âge constitue elle aussi une grande proportion de notre patientèle, dont une grande partie souffre de pathologies chroniques et invalidantes.

Les sociologues se sont intéressés à la question du suicide. Pour eux, ce phénomène est en partie explicable par l'intégration sociale qui est une variable clé : « *plus le réseau social d'une personne est étendu, plus elle a de chance de trouver une oreille attentive à son désarroi, et moins elle va aller jusqu'au suicide* » [Université de McGill, 2015]. Nous comprenons dès lors que dans le cadre où un patient en souffrance pourra s'isoler, nous pourrions être amenés à être cette oreille attentive. À la fin du XIX^{ème} siècle déjà, le sociologue français Émile Durkheim avait constaté que le taux de suicide des célibataires était plus important que celui des veufs, et encore supérieur à celui des hommes mariés. La famille est reconnue comme le groupe de choix diminuant le risque de suicide. [Durkheim, 1897].

Il classera les suicides en plusieurs catégories. Les premiers sont liés à une « *pression sociale excessive avec une valorisation à outrance de la performance* ». Le suicide est vécu comme une porte de sortie loin du désespoir et de l'insoutenable. Les deuxièmes, les « *suicides égoïstes* » sont liés à une intégration sociale défailante (cas de la personne âgée esseulée). Les troisièmes, les *suicides anormaux*, sont liés à la rupture soudaine d'un lien social et/ou affectif fort (licenciement, divorce). Les quatrièmes sont les « *suicides fatalistes* », liés à ce que nous pourrions décrire comme ce que la personne percevra comme une impasse dans sa vie (cas de l'étudiant échouant à un examen indispensable). Enfin, le dernier groupe est en miroir du deuxième. Il s'agit des « *suicides altruistes* » liés à une intégration sociale excessive (avec les cas de suicides kamikazes, originellement japonais lors de la seconde guerre mondiale, terme, par extension qui s'applique aujourd'hui aux attentats suicides terroristes).

I - 2 - la dépression, définition

A défaut de se définir physiologiquement, puisque nous le verrons dans la partie suivante, les causes en sont encore mal connues, la dépression se définit par ses symptômes.

Ainsi, selon le DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), retranscrit ci-dessous, cinq items définiront l'EDM [Haute autorité de santé, 2000]

I - 2 - A - la congruence de plusieurs symptômes

Chez le patient dépressif, au moins cinq des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée minimale de deux semaines, et avoir représenté un changement en regard du fonctionnement antérieur du patient. De plus, par rapport à cette liste, au moins un des symptômes devra être soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir, c'est-à-dire, l'un des deux premiers de la liste.

*« 1 - **Humeur dépressive** présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours signalée par le sujet (par exemple : se sent triste ou vide) ou observée par les autres (par exemple : pleure).*

*2- **Diminution marquée de l'intérêt et du plaisir** pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par l'entourage).*

*3- **Perte ou gain de poids** significatifs en absence de régime (par exemple : modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.*

*4- **Insomnie ou hypersomnie** presque tous les jours.*

*5- **Agitation ou ralentissement psychomoteur** presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).*

*6- **Fatigue ou perte d'énergie** presque tous les jours.*

*7- **Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité** excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).*

*8- **Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision** presque tous les jours (signalées par le sujet ou observées par les autres).*

*9- **Pensées de mort récurrentes** (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider. » [Haute autorité de santé, 2000].*

I - 2 - B - les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte [Haute autorité de santé, 2000]

On exclut donc les patients souffrant d'épisodes maniaco-dépressifs de cette définition.

I - 2 - C - EDM et souffrance

Le DSM-IV-TR explique aussi que « *les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.* » [Haute autorité de santé, 2000].

I - 2 - D - EDM et critère d'imputabilité des symptômes

Le DSM-IV-TR énonce encore que « *les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (ex : une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (ex : hypothyroïdie).* » [Haute autorité de santé, 2000].

I - 2 - E - EDM, deuil et idées noires

Le DSM-IV-TR dit enfin que « *les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.* » [Haute autorité de santé, 2000].

En lisant cette dernière partie de la définition de l'EDM selon le DSM-IV-TR, nous réalisons que le deuil d'un proche, et par extension – selon la démarche de cette thèse – le deuil de la santé est un critère d'exclusion de l'EDM. Cela est d'ailleurs parfaitement logique au vu du travail de maladie qui inclut une période de dépression. Toutefois, nous ne devons pas lire trop vite cette phrase qui dit bien « *pas mieux expliqués par* » et dans le cadre d'un deuil pathologique, la dépression qui s'installe est moins bien expliquée par le deuil puisqu'elle se prolonge au delà de la durée normale, alors que l'EDM reprend toute sa place.

I - 3 - la dépression et le cerveau

Dans son article consacré à l'EDM unipolaire et au déficit frontostriatal, M.- A. Rogers et son équipe expliquent qu'une des régions du cortex préfrontal les plus affectées dans la dépression est le cortex ventro-médian [Rogers et al., 1998]. Cette région se situe en profondeur des lobes frontaux, de chaque côté de la ligne centrale qui sépare les deux hémisphères [annexe]. Elle nous permet de passer d'un affect à un autre tout en étant très impliquée dans le sentiment de plaisir et de renforcement positif. Ce cortex ventro-médian peut être jusqu'à 40 % plus petit chez les personnes souffrant de dépression. À un niveau cellulaire, alors que l'on pensait trouver un nombre diminué de neurones, l'atrophie est alors expliquée par une diminution du nombre de cellules gliales, c'est-à-dire les cellules qui forment l'environnement des neurones et dont certaines comme les astrocytes ont pour fonction d'approvisionner les neurones en énergie, d'où une baisse d'activité prévisible s'ils venaient à manquer. Ce « centre de contrôle des émotions » est presque inactif durant les phases de dépression (comme d'ailleurs plusieurs autres régions du cortex préfrontal) mais devient hyperactif durant les phases maniaques d'un trouble bipolaire. La logique de ces deux états opposés est aussi observable au niveau de certains symptômes comme celui, pour les personnes en phase maniaque, de trouver du sens dans tout ce qu'elles font, par opposition à la perte de sens globale qui afflige la personne en dépression.

Le cortex cingulaire semble également impliqué dans la dépression comme l'explique Murphy dans son article sur les « *processus de biais émotionnel et de contrôle inhibiteur dans la manie et la dépression* » [Murphy et al., 1999]. Cette région du cortex, au contraire, devient quant à elle plus active durant une dépression. Bien que les fonctions du cortex (ou gyrus) cingulaire antérieur semblent très complexes, il semble qu'il agisse un peu comme une interface entre les régions inférieures plus instinctives du cerveau et les conduites plus rationnelles du néocortex. Son activation chez le sujet normal contribuerait ainsi à focaliser notre attention sur certaines choses. Des choses en provenance souvent de notre propre corps, comme la douleur par exemple ou les sentiments négatifs dans le cas de la dépression.

Enfin, DeRubeis, dans son article comparant les traitements par thérapie cognitive et antidépresseur, explique que l'imagerie cérébrale montre l'établissement d'un cercle vicieux entre diverses structures du système limbique suractivées durant la dépression [DeRubeis et al., 2008]. Ces structures sont toutes reliées entre elles par des voies nerveuses. A partir de ces observations,

il émet une suite d'hypothèses : l'amygdale, qui génère de nombreuses émotions reliées à la peur, serait à l'origine de sentiments négatifs ; les lobes préfrontaux réanimeraient de mauvais souvenirs correspondants à ces sentiments ; le cortex cingulaire antérieur empêcherait alors de penser à autre chose ; et le thalamus favoriserait l'activité des circuits qui formeraient cette boucle dépressive.

I - 4 - dépression et neurogenèse

Une nouvelle hypothèse décrit le fait que la dépression pourrait être en lien avec une diminution de la neurogenèse, c'est-à-dire la naissance de nouveaux neurones, au niveau de l'hippocampe. Cependant, cela n'est certainement pas le seul changement neuronal qui survient et ne suffit pas à l'expliquer. Mais plusieurs arguments viennent étayer cette observation, notamment le fait que le stress qui est souvent à l'origine d'une dépression, « *diminue la neurogenèse dans l'hippocampe* » comme l'explique Eriksson dans son article consacré à « *la neurogenèse hippocampique chez l'humain adulte* » [Eriksson and al, 1998].

Il a été mis en évidence que les antidépresseurs, qui améliorent l'humeur des patients ont pour effet, également, d'augmenter la neurogenèse hippocampique. Et lorsqu'on administre des antidépresseurs à des souris, le taux de neurogenèse n'augmente qu'au bout de deux à trois semaines, puis les nouveaux neurones deviennent fonctionnels au bout de quelques semaines encore. Ce délai de deux à trois semaines, qui est sensiblement celui observé pour qu'un antidépresseur commence à avoir un effet positif sur l'humeur d'un sujet traité, serait donc celui nécessaire pour un « *effet positif sur la plasticité cérébrale hippocampique* » [Santarelli et al., 2003].

De plus, si un antidépresseur est donné durant une période de stress chronique, il « *prévient le déclin de la neurogenèse* » [Dayer, 2003] normalement provoqué par l'action des corticostéroïdes libérés par la stimulation de l'axe du stress.

Par ailleurs, l'exercice, qui améliore le moral des personnes en dépression, « *favorise [aussi la neurogenèse] dans l'hippocampe* » [Heyman et al., 2011], ce qui est aussi le cas de l'« *électroconvulsivothérapie* » [Holtzmann et al., 2007]

I - 5 - la dépression au niveau moléculaire

I - 5 - A - dépression et monoamines

A peine plus gros que les acides aminés, les monoamines forment une classe de messagers chimiques ou neurotransmetteurs très répandus. Les principaux représentants sont les catécholamines (dopamine, adrénaline et noradrénaline) et la sérotonine.

Au début des années 1950, des médecins ont remarqué que près de 15 % des patients dont l'hypertension était traitée par la réserpine semblaient alors dans une profonde dépression. Des études ont montré par la suite que la réserpine était responsable de la dégradation des catécholamines, et donc on a conclu à leur implication dans l'état dépressif lors d'une concentration amoindrie.

Dans ces mêmes années, on a fait l'observation inverse avec un antituberculeux, l'iproniazide (MARSILID®) qui améliorait l'humeur des salles de soin dans lesquelles résonnaient alors rires et chants. Une analyse plus poussée de la molécule révéla qu'elle inhibait la dégradation normale des monoamines par une enzyme, la monoamine oxydase (MAO). On en a donc déduit que cet effet bénéfique sur la dépression était attribuable à davantage de monoamines actives dans les synapses du cerveau. On a développé alors la première génération d'anti-dépresseurs, les inhibiteurs de monoamines oxydases (IMAO).

La sérotonine (ou 5-hydroxytryptamine) est un neurotransmetteur impliqué dans plusieurs fonctions physiologiques comme le sommeil, l'agressivité, les comportements alimentaires et sexuels, ainsi que dans la dépression. Les neurones sérotoninergiques qui la sécrètent sont rassemblés en neuf noyaux, les noyaux du raphé, situés le long du tronc cérébral. Deux de ces noyaux, les noyaux du raphé dorsal et médian représentent à eux seuls la principale source de sérotonine dans les parties antérieures du système nerveux central, où l'on retrouve les aires de régulation de l'humeur.

La sérotonine, pour jouer son rôle de messenger chimique, pourra se fixer sur des récepteurs spécifiques dont on connaît une quinzaine de types que l'on peut classer, selon leur mode de fonctionnement, en trois grandes familles. Les trois principales sont : les récepteurs 5-HT1 à forte

affinité pour la sérotonine dont l'activation par la sérotonine aura une action globalement dépressive ; les récepteurs 5-HT2 à plus faible affinité, qui donc ne seront stimulés qu'après saturation des récepteurs 5-HT1, et dont l'activation aura une action excitatrice ; et enfin les récepteurs 5-HT3 dont l'activation sera elle aussi excitatrice. Ainsi, une faible concentration en sérotonine entraînera une stimulation unique des 5-HT1 et sera responsable d'un état dépressif, alors qu'une forte concentration recrutera les trois types de récepteurs avec une résultante positive sur l'humeur.

Mais la sérotonine n'est pas la seule monoamine impliquée dans la dépression, puisque par leur dégradation, nous avons vu qu'on aboutissait à un état dépressif. Depuis des études ont montré les liens étroits qui relient le système sérotoninergique au système noradrénergique (noradrénaline) dans le système nerveux central. Un déficit dans les régions régulatrices de l'humeur en noradrénaline, sur laquelle agissent d'ailleurs plusieurs antidépresseurs, est donc aussi impliqué dans la dépression.

De nombreuses études montrent également l'effet important de l'activation de l'axe du stress sur la dépression. Les patients déprimés ou suicidaires montrent des signes d'hypersécrétion des hormones du stress, notamment les glucocorticoïdes des glandes surrénales, ce qui affecte leur système sérotoninergique.

I - 5 - B - dépression et stress

L'axe du stress met successivement en jeu le système limbique, l'hypothalamus, l'hypophyse et les glandes surrénales qui sécréteront des glucocorticoïdes (dont le cortisol) qui à leur tour interagiront notamment avec les récepteurs à la sérotonine.

Une observation chez le rat montre qu'un taux élevé de glucocorticoïdes altère certains récepteurs sérotoninergiques. En effet, on observe une augmentation du nombre de récepteurs 5-HT2a au niveau cortical et au contraire une diminution du nombre de récepteurs 5-HT1a au niveau hippocampique. Ces mêmes changements sont observés chez des sujets ayant fait une tentative de suicide ou souffrant de maladies responsables d'une hypersécrétion de glucocorticoïdes comme dans le syndrome de Cushing par exemple. Or, l'administration d'antidépresseurs provoque sur le long terme les changements opposés sur les récepteurs

sérotoninergiques à ceux produits par un stress chronique, mais aussi sur l'hypersécrétion des hormones mise en place lors d'un stress. [López, 2002].

De plus, on observe dans l'hypothalamus et l'hippocampe, deux structures connues pour être impliquées dans la capacité à éprouver du plaisir et dans le contrôle de l'humeur, une présence non négligeable de récepteurs aux glucocorticoïdes et aux minéralocorticoïdes. Ceux-ci sont à la fois sensibles au niveau et à la durée d'activation des différents corticostéroïdes dans l'organisme, et leur stimulation aura donc des répercussions sur la réponse comportementale adaptée. Une réponse par ailleurs totalement inadaptée chez les personnes soumises à un « *stress continu* » et chez lesquels le « *support social ou familial est peu présent voire absent* » [Tarquinio, Monte, 2014].

Enfin, et cette observation constitua pendant longtemps jusqu'à l'observation de la plasticité hippocampique le principe de base des traitements antidépresseurs

I - 6 - les anti-dépresseurs

Précisons pour commencer, puisque la question est légitime, que la prise directe de sérotonine serait totalement inefficace pour lutter contre la dépression dans la mesure où elle ne passe pas de la circulation sanguine au cerveau puisqu'elle est incapable de franchir la barrière hémato-encéphalique, ces vaisseaux sanguins à la paroi moins perméable qui transportent l'oxygène et les nutriments au cerveau.

I - 6 - A - les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO)

Les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) furent, nous l'avons vu, parmi les premiers antidépresseurs développés. Pour comprendre comment agissent les IMAO, il faut d'abord savoir que les monoamines sont des neurotransmetteurs impliqués entre autre dans le contrôle de l'humeur (cf. supra). Ils sont catabolisés, c'est-à-dire dégradés, par une enzyme, la monoamine oxydase dont il existe deux types : les MAO A responsables de la dégradation de toutes les monoamines, les MAO B, spécifiquement responsables de la dégradation de la

dopamine. Les IMAO B seront donc utilisés dans le cadre de la maladie de Parkinson, pathologie dans laquelle on observe une déplétion en dopamine.

Beaucoup moins utilisés de nos jours en première ligne pour traiter la dépression, les IMAO présentent de nombreux effets secondaires et interactions médicamenteuses. Pour ne citer que cette interaction, un patient sous IMAO, dont le traitement ne convient pas, et qui doit passer à un antidépresseur tricyclique, doit attendre au moins quinze jours entre la dernière prise de l'IMAO contre trois jours pour le schéma inverse. D'autre part, on doit observer de strictes restrictions alimentaires en ce qui concerne les aliments riches en tyramine (fromages fermentés, vins, thon en conserve, chocolat). Cette substance normalement dégradée par les MAO hépatiques ne l'est alors plus. Au niveau cérébral, la tyramine entre en compétition avec la noradrénaline qui se retrouve en très forte concentration provoquant ce que les anglo-saxons nommèrent le « *cheese effect* » (en rapport avec le fromage qui pouvait en être responsable) avec notamment des cas sévères d'hypertension artérielle.

On citera la mocloamine (MOCLOBEMIDE®), IMAO sélectif de type A, et l'iproniazide (MARSILID®), IMAO non sélectif.

I - 6 - B - les antidépresseurs tricycliques

Développés dans les années 1950 et 1960 les antidépresseurs tricycliques tirent leur nom de leur structure chimique à trois cycles. Ils agissent principalement en bloquant la recapture présynaptique de sérotonine et de noradrénaline, ce qui augmente leur disponibilité dans la fente synaptique. Les tricycliques compensent et améliorent ainsi l'humeur de la personne dépressive dont les taux de ces deux neurotransmetteurs anormalement faibles sont alors rehaussés.

Efficaces, leurs multiples effets secondaires leur font parfois préférer des substances plus modernes comme les ISRS. Les tricycliques influencent par exemple aussi l'histamine et l'acétylcholine, ce qui explique plusieurs de leurs effets secondaires (bouche sèche, vision embrouillée, sueurs, gain de poids, etc.). Par une recapture sélective de la sérotonine les ISRS sont

dépourvus de cette action sympathomimétique, aussi appelée anticholinergique.

Nous aurons dans cette famille l'amitriptyline (LAROXYL[®], ELAVIL[®]), l'amoxapine (DEFANYL[®]), la clomipramine (ANAFRANIL[®]), la dolusépine (PROTHIADEN[®]), la doxépine (QUITAXON[®]), l'imipramine (TOFRANIL[®]), la maprotiline (LUDIOMIL[®]), et la trimipramine (SURMONTIL[®]).

I - 6 - C - les Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline (IRSNA)

Comme l'indiquent leurs noms, ces antidépresseurs auront une action inhibitrice au niveau de la recapture synaptique de sérotonine et de noradrénaline. Leur concentration synaptique est donc augmentée, ce qui aura des répercussions positives sur le redressement de l'humeur.

Nous aurons dans cette famille la venlafaxine (EFFEXOR[®]), le milnacipran (IXEL[®]) et la duloxétine (CYMBALTA[®]).

I - 6 - D - les Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS)

Derniers nés de la famille des antidépresseurs, les ISRS sont déjà très connus du public grâce à la fluoxétine, devenue célèbre en 1986 sous le nom de PROZAC[®]. Comme leur nom l'indique, les ISRS diminuent la recapture de la sérotonine dans le neurone pré-synaptique d'où une plus grande présence dans la fente synaptique, qui compense le taux de sérotonine plus bas chez le patient dépressif.

N'affectant spécifiquement que la recapture de la sérotonine, ils affectent indirectement les taux de noradrénaline puisque par fixation au niveau de certains récepteurs, la noradrénaline verra son taux augmenter aussi.

Grâce à leur spécificité, les ISRS ne jouent pas sur les taux d'histamine, de tyramine ou d'acétylcholine. Ils sont donc à l'origine d'effets secondaires plus bénins comme des nausées, des diarrhées, des maux de tête, une baisse de libido ou des tremblements qui disparaissent après le premier mois d'utilisation.

Les ISRS sont la fluoxétine (PROZAC[®]), le citalopram (SEROPRAM[®]), l'escitalopram (SEROPLEX[®]) la fluvoxamine (FLOXYFRAL[®]), la paroxétine (DEROXAT[®], DIVARIUS[®]) et la sertraline (ZOLOFT[®]). Ces substances sont aussi utilisées dans le traitement des troubles obsessionnels compulsifs, les attaques de panique et le syndrome de stress post-traumatique.

I - 6 - E - le lithium

Constituant le thymorégulateur (ou régulateur de l'humeur) le plus utilisé dans la prise en charge des troubles bipolaires, le lithium est efficace chez près des trois quart des patients maniaco-dépressifs. Le lithium est un métal alcalin tout comme le sodium dont il altérerait le transport à travers la membrane cellulaire, ce qui modifierait la conduction nerveuse et augmenterait ainsi l'activité du système sérotoninergique.

Il agirait également sur le neurone post-synaptique en inhibant l'enzyme chargée de transformer l'inositol phosphate en inositol libre. Sous sa forme phosphorylée, l'inositol est à l'origine de chaînes de réactions qui interviennent lors d'une stimulation sérotoninergique, d'où de nombreux effets dans le neurone post-synaptique.

La contrainte principale du lithium reste la nécessité d'un dosage sanguin très précis, c'est-à-dire situé entre 0,6 et 0,9 mmol/L afin d'assurer une efficacité du traitement tout en minimisant ses effets secondaires. Un surdosage pourra entre autre entraîner des nausées, des diarrhées, une perte d'appétit, des fasciculations musculaires et même une insuffisance rénale.

Nous ne citerons dans les médicaments contenant du lithium et utilisé pour cette indication que le TERALITHE[®].

I - 6 - F - l'agomélatine

L'agomélatine (VALDOXAN®) est un agoniste mélatoninergique. Il est utilisé dans le cadre du traitement de l'EDM afin de resynchroniser les rythmes circadiens, souvent déréglés chez le sujet dépressif.

I - 6 - G - discussion autour des anti-dépresseurs

On a longtemps expliqué la dépression en invoquant un « déséquilibre chimique » pour parler de ses causes physiologiques, ce qui, au vu des récentes découvertes n'est plus tout à fait adéquat. Cela ne remet pourtant pas en cause l'efficacité des traitements antidépresseurs dont l'axe de développement fructueux au cours des dernières décennies du XX^{ème} siècle était justement cette potentialisation des concentrations en monoamines. De plus, relayant les troubles de l'humeur au stade de dysfonctionnement physiologique, cette hypothèse diminuait le sentiment de culpabilité inutile souvent présent chez le sujet dépressif. Mais les études visant à identifier plus précisément ce déséquilibre ont ouvert sur des résultats décevants et contradictoires.

Les recherches se tournent maintenant davantage vers les récepteurs des neurotransmetteurs, et sur les événements moléculaires qui participent à la régulation des gènes. Mais là encore, il y a relativement peu de preuves directes de l'altération des récepteurs ou d'anomalies de l'expression génique liée à ces récepteurs ou d'autres enzymes lors de la dépression. Enfin l'un des derniers axes de recherche est celui de la neuroplasticité qui nous l'avons vu, permet d'apporter une explication supplémentaire au fonctionnement des antidépresseurs sans toutefois ouvrir vers de nouvelles thérapeutiques.

Enfin, le délai de deux à trois semaines entre l'effet des médicaments antidépresseurs sur les neurotransmetteurs et l'observation de leurs effets positifs sur l'humeur n'est toujours pas bien comprise : délai nécessaire pour une saturation/désensibilisation des récepteurs sérotoninergiques ? délai pour la mise en place d'une neuroplasticité ? délai pour une action au niveau génétique et sur l'expression des récepteurs ? Autant d'interrogations qui constituent des pistes d'explorations sur lesquelles se penchent les chercheurs actuellement.

I - 7 - les traitements non médicamenteux de la dépression

I - 7 - A - les psychothérapies

La psychothérapie permet de travailler les aspects psychologiques et sociaux reliés à l'épisode dépressif. Susceptibles d'apporter des changements en profondeur, les psychothérapies sont des processus longs où compétence et affinités naturelles entre le thérapeute et son patient comptent beaucoup. Plusieurs types de psychothérapies existent, mais deux se sont avérées particulièrement efficaces dans le cadre du traitement de la dépression : la thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie interpersonnelle.

I - 7 - A - a - la thérapie cognitivo-comportementale

Cette thérapie a pour objectif de modifier les comportements et les pensées dysfonctionnelles qui accompagnent la dépression. En effet, dans la dépression s'opère souvent une distorsion sur ce que le sujet pense de lui-même, de ses relations avec les autres et de son rapport avec le monde en général. Afin d'élaborer de nouveaux schémas de pensée, la personne se verra proposer divers exercices.

Cette thérapie peut procurer une aide efficace aux personnes qui souffrent de dépression légère ou modérée. Elle peut également contribuer à prévenir les rechutes.

I - 7 - A - b - la psychothérapie interpersonnelle

Dans la psychothérapie interpersonnelle, le postulat de départ est l'existence d'une perturbation des relations interpersonnelles chez le sujet souffrant d'une dépression dont on pourra stabiliser les symptômes en résolvant ses difficultés. Par exemple, le rapport au chagrin ou au deuil, l'adaptation à un nouveau rôle, les tensions interpersonnelles comme les conflits au travail les déficits interpersonnels tels un manque d'habiletés de communication sont autant de facettes sur lesquelles le thérapeute tentera d'agir.

I - 7 - B - le traitement par électrochocs ou électroconvulsivothérapie

Le traitement par électrochocs est aussi utilisé pour atténuer les symptômes de la dépression. Il consiste à appliquer au cerveau du patient, sous anesthésie et relaxant musculaire, de petits chocs électriques d'une ou deux secondes. Son mécanisme d'action reste encore mal connu, mais il favoriserait la production de certains neurotransmetteurs en pénurie lors de la dépression ainsi qu'une neuroplasticité hippocampique.

Généralement, on a recours à l'électrochoc après avoir essayé le traitement médicamenteux. Il n'entraîne habituellement que des pertes de mémoire temporaires et est efficace tant pour les personnes dépressives que pour celles en phase maniaque. Il permet souvent aux patients de reprendre une vie productive plus rapidement que le traitement médicamenteux.

I - 7 - C - autres traitements

Sans les développer, nous citerons aussi quelques autres voies de traitement plus rarement utilisées que sont la privation de sommeil et la photothérapie.

I - 8 - antidépresseurs et stratégies thérapeutiques

[Caulin, 2014][Perlemuter, Perlemuter, 2015]

[Vital-Durand, Le Jeune, 2015]

La prise en charge d'un épisode dépressif vise trois points principaux : amener à une rémission complète c'est-à-dire une disparition des symptômes et le retour à un fonctionnement normal par un **traitement d'attaque** ; affermir cette rémission, afin de prévenir les rechutes, c'est-à-dire la réactivation du même épisode, par un **traitement de consolidation** ; et enfin guérir les patients et prévenir les récurrences, c'est-à-dire l'apparition d'un nouvel épisode, par un **traitement de maintenance**.

Les protocoles habituels excluent de traiter par antidépresseur les sujets ne rentrant pas

dans le cadre de la définition de l'épisode dépressif autre que majeur selon le DSM-IV-TR. Ils n'auront donc pas d'indication dans le trouble dysthymique, c'est-à-dire une dépression légère, mais chronique, même s'ils sont souvent utilisés en pratique.

I - 8 - A - objectifs et phases de traitement

La prise en charge d'un EDM isolé comprend deux phases : la phase aiguë durant laquelle on administre un traitement d'attaque visant une rémission complète c'est-à-dire une disparition des symptômes et le retour à un fonctionnement normal, puis la phase de consolidation, afin de préserver le patient d'une éventuelle rechute.

Le traitement par antidépresseur trouvera une réponse favorable chez seulement un tiers des patients. Malheureusement, peu d'éléments renseignent sur la meilleure thérapeutique à utiliser en cas de résistance aux thérapeutiques de première intention.

Le traitement de maintenance quant à lui sera indiqué dans le trouble dépressif majeur unipolaire s'il y a eu « *au moins trois épisodes dépressifs majeurs au cours des quatre dernières années. Cela est d'autant plus vrai si ceux-ci ont été rapprochés et/ou sévères (risques suicidaires, caractéristiques psychotiques, et incapacité fonctionnelle), et surtout lorsqu'il existe des symptômes résiduels, des pathologies associées, des antécédents familiaux de dépression.* » [Perlemuter, Perlemuter, 2014, p. 1984]

I - 8 - B - traitement d'attaque

On recourra aux antidépresseurs en première intention. Ceux qui sont commercialisés ont l'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) avec l'indication « *épisode dépressif majeur* ». Aucune molécule n'est plus efficace qu'une autre selon les études cliniques réalisées. Le praticien choisira donc l'antidépresseur selon ses habitudes de prescription, le respect des contre-indications, les souhaits du patient et son environnement social, à savoir principalement s'il possède ou non une activité professionnelle.

Le recours temporaire à un anxiolytique benzodiazépinique permettra de contrôler rapidement certains symptômes dépressifs tels que les symptômes anxieux et les troubles du sommeil.

La posologie optimale efficace se définit comme celle qui présente le meilleur rapport efficacité/tolérance. Elle variera d'un patient à l'autre, d'un produit à l'autre, et même au sein d'une même famille. On débutera avec la posologie minimale recommandée dans les textes officiels (RCP, Vidal, protocoles, bonne pratique clinique etc.), jusqu'à atteindre cette posologie optimale en l'augmentant par paliers successifs.

Certains cas particuliers nécessiteront lors de la phase d'attaque un dosage plus important, réévalué par la suite. Chez les sujets âgés de plus de 70 ans, au contraire, on recommande une posologie diminuée de moitié, notamment pour les imipraminiques, puis on augmente ensuite progressivement les doses.

Quoi qu'il en soit, la « *molécule choisie doit être prescrite à dose efficace tout en respectant la posologie recommandée par l'AMM* » [Perlemuter, Perlemuter, 2014, p. 1986]. L'utilisation de posologies insuffisantes sera l'une des premières causes de non réponse au traitement. Que ce soit pour les phases d'attaque, de consolidation, et, si besoin, de prévention de récurrences, les posologies recommandées seront les mêmes. Selon la réponse et la tolérance au traitement, une adaptation de la posologie pourra s'avérer nécessaire sans toutefois négliger de s'assurer préalablement de l'observance du patient.

I - 8 - C - traitement d'attaque et levée d'inhibition

L'un des effets secondaires reconnu des antidépresseurs est le passage à l'acte suicidaire. Cela procède d'une action du traitement en deux phases. La première est celle de la levée de l'inhibition motrice de la dépression. Puis s'opère dans un second temps la levée des idées noires. Ainsi, il persiste un laps de temps pendant lequel le patient traité retrouvera la force de passer aux

actes que lui inspirent ses pensées noires avec lesquelles il continue de vivre.

C'est pourquoi les praticiens avaient pris l'habitude de prescrire un anxiolytique afin de maintenir le patient dans un état d'inhibition motrice artificiel, le temps que le traitement opère sur l'hypothymie même. Mais l'association systématique d'un anxiolytique afin de prévenir la levée d'inhibition est désormais contestée puisqu'il a été observé que de faibles doses de benzodiazépines pouvaient entraîner chez certains patients un effet désinhibiteur favorisant le passage à l'acte suicidaire.

I - 8 - D - suivi médical

I - 8 - D - a - évaluation de l'efficacité

L'effet thérapeutique d'un antidépresseur n'est pas immédiat mais s'exerce habituellement après un délai d'action d'environ deux à trois semaines. Un traitement sera donc reconnu comme inefficace après une durée d'au moins trois à quatre semaines et, bien entendu, le respect d'une bonne observance.

« 60 à 70 % des patients répondent à un premier antidépresseur. Ce chiffre s'élèverait à 80 % après essai d'un second antidépresseur. 20 % des dépressions résistent donc à au moins deux antidépresseurs. Ces [formes] résistantes soulèvent des questions thérapeutiques complexes, souvent réservées aux spécialistes. Différentes procédures thérapeutiques sont actuellement proposées dans ces situations : élimination des fausses résistances, changement de molécule, posologie très élevées, association d'antidépresseurs, adjonction de sels de lithium, d'extraits thyroïdiens, ou encore d'antipsychotiques atypiques [dont le seul représentant qui possède l'AMM est le quétiapine (XEROQUEL®)], association d'une psychothérapie structurée, recours à la photothérapie, à l'électroconvulsivothérapie. » [Perlemuter, Perlemuter, 2014, p. 1988]

I - 8 - D - b - surveillance des effets indésirables

De la nature de l'antidépresseur prescrit dépend le type d'effets indésirables. La première approche est d'associer des traitements correcteurs. Cela rend le traitement plus lourd et entraîne souvent une mauvaise observance. La seconde option est de recourir aux nouvelles molécules généralement mieux tolérées que les tricycliques, mais qui présentent des effets secondaires spécifiques que l'on doit connaître afin de pouvoir les dépister et les traiter.

La prise de poids reste l'effet indésirable majeur. Elle survient tardivement et sera à l'origine de problèmes d'observance. Toutefois, les effets secondaires apparaissent plus généralement en début de traitement ou après augmentation de la posologie, ils dépendent de la dose et sont temporaires.

Effets anticholinergiques

Les antidépresseurs pourront entraîner des effets périphériques comme une xérostomie (sécheresse buccale), une constipation, une rétention aiguë d'urine, des troubles de l'accommodation etc. On observera également des effets centraux avec sédation, confusion, agitation, crises convulsives et d'autant plus si le sujet est âgé pouvant alors aller jusqu'à l'encéphalopathie atropinique (sédation, confusion, agitation, convulsion).

Ces effets seront plus marqués avec les antidépresseurs tricycliques.

Effets cardiovasculaires

Cette seconde catégorie d'effets indésirables est également plus prononcée avec les tricycliques. L'amitriptyline est le produit le plus cardiotoxique en cas d'intoxication aiguë. Alors que les effets se limitent à une tachycardie et une hypotension orthostatique à dose thérapeutique, des troubles du rythme et de conduction peuvent survenir à dose toxique.

Une forte hypertension peut être déclenchée par une forte dose de venlafaxine.

Effets neuropsychiques

On peut observer une sédation et une somnolence diurne qui peuvent être invalidantes mais disparaissent généralement après quelques jours de traitement. L'imipramine, et les IMAO au contraire, pourront induire une excitation. Les tricycliques sont responsables de tremblements fins et de céphalées. Enfin, tous les antidépresseurs sont responsables d'un abaissement du seuil épileptogène, d'où des risques de convulsion.

Effets digestifs et hépatiques

Tous les antidépresseurs pourront être à l'origine de nausées, vomissements, constipation, et douleurs abdominales.

Certains produits peuvent être à l'origine d'hépatites cytolytiques ou mixtes. Il s'agira d'observer une surveillance particulière avec la miansérine, la tianeptine, les IMAO et l'agomélatine, avec bilan hépatique régulier recommandé.

Effets sexuels

Surtout observés avec les tricycliques et les ISRS, les effets secondaires de cet ordre seront, chez l'homme, l'impuissance érectile, l'éjaculation retardée, voire une anorgasmie qui peut aussi être observée chez la femme avec une absence de désir sexuel plus ou moins associée.

Effets divers

Nous le citons plus haut, il y a le problème de la prise de poids surtout observé pour les tricycliques et la miansérine. Au contraire, un amaigrissement pourra être observé sous fluoxétine qui exerce un effet anorexigène.

Les tricycliques pourront provoquer sueurs et bouffées de chaleur.

Enfin, même si cela reste très rare, la miansérine et la mirtazapine peuvent être à l'origine d'une agranulocytose.

Le syndrome sérotoninergique

Lors d'un surdosage et la potentialisation de traitements, on pourra observer ce syndrome qui signe une accumulation trop importante de sérotonine et sera provoqué par une stimulation trop intense particulièrement des récepteurs 5-HT1A et 5-HT2.

Ce syndrome évolue en 4 phases :

- Premièrement, le sujet anxieux présentera agitation et confusion. Il manifestera encore HTA, tachycardie et mydriase
- Deuxièmement, le syndrome évolue vers des troubles digestifs à type de diarrhées, et des troubles musculaires à type d'hypertonie et/ou de myoclonie (secousses musculaires)
- Troisièmement, le sujet présente des troubles de la conscience, crises d'épilepsies, et rigidité
- Enfin, la dernière phase est celle où le patient évolue vers le coma, une hypotension sévère, une insuffisance rénale, avec une évolution mortelle possible.

De façon générale et vis-à-vis de tous les effets secondaires, il est recommandé d'instaurer une surveillance clinique, notamment en début de traitement et à chaque adaptation posologique. Les effets indésirables attendus doivent être recherchés et évalués de façon systématique à chaque consultation.

I - 8 - D - c - renforcement de la relation thérapeutique

Un soutien psychothérapeutique, des conseils professionnels voire des mesures d'aide sociale devront être associés à la thérapie médicamenteuse. L'acceptation de la maladie et de ses conséquences est alors facilitée, l'observance améliorée et l'efficacité des traitements renforcée.

I - 8 - D - d - psychothérapie, électroconvulsivothérapie et traitement d'attaque

« La place et l'indication des psychothérapies en première intention dans le traitement d'attaque des dépressions restent imprécises. Les psychothérapies peuvent être proposées seules ou en association avec les antidépresseurs dans les formes de dépression modérée, avec un risque mineur de suicide, en cas de réponse antérieure à la psychothérapie et selon le souhait du patient. Les formes délirantes avec un retentissement somatique et cognitif important sont des contre-indications initiales à la psychothérapie. Les psychothérapies cognitivo-comportementales et interpersonnelles sont celles dont l'efficacité est la plus documentée dans le traitement des dépressions. Les sismographies sont indiquées dans les formes graves de dépression souvent résistantes avec un risque suicidaire majeur, un retentissement somatique menaçant le pronostic vital (catatonie dépressive etc.). » [Perlemuter, Perlemuter, 2014, p. 1990]

Des protocoles de recherches incluent de nouvelles techniques encore peu utilisées en routine : la stimulation du nerf vague, la stimulation magnétique transcrânienne et la stimulation cérébrale profonde.

I - 8 - E - traitement de consolidation

Lors d'un arrêt prématuré de traitement, les trois quarts des patients rechutent dans l'année suivante. A l'introduction de la phase de consolidation, il faudra d'abord persuader de l'utilisé de la poursuite du traitement plusieurs mois durant, un patient devenu asymptomatique.

« La posologie du traitement de consolidation est celle qui a permis d'entraîner la rémission. Il en est de même pour la posologie d'un éventuel traitement de maintenance. La prévention des récurrences dépressives peut faire appel soit à un traitement antidépresseur au long cours, soit à un thymorégulateur, soit aux deux. En ce qui concerne le recours aux thymorégulateurs, il est usuel de l'envisager après 3 épisodes dépressifs. » [Perlemuter, Perlemuter, 2014, p. 1992]

La psychothérapie introduite en début de traitement et poursuivie durant cette phase limite notamment l'anxiété, les attitudes phobiques, la baisse de l'estime de soi, ainsi que les autres séquelles qui accompagnent les épisodes dépressifs.

I - 8 - F - arrêt du traitement

I - 8 - F - a - modalités d'arrêt

On ne met pas subitement un terme à une thérapeutique bien menée. Selon les recommandations, on diminuera très progressivement les posologies. Il est premièrement recommandé de diminuer les posologies progressivement afin de prévenir l'éventuelle mise en jeu d'un « *syndrome de sevrage* » ou « *syndrome d'arrêt* ». D'autre part, le risque de rechute sera géré par une augmentation de la fréquence des consultations.

Généralement de un à six mois, la période de diminution des posologies sera d'autant plus longue que l'aura été celle du traitement d'attaque. Pour un traitement qui aura duré moins d'un an, on pourra envisager un arrêt en quelques semaines avec une diminution hebdomadaire de la posologie journalière. Pour un traitement qui aura duré plus d'un an, on pourra considérer un arrêt en quelques mois avec une diminution mensuelle de la posologie journalière.

I - 8 - F - b - syndrome de sevrage

Le syndrome de sevrage qui est à différencier d'une dépendance aux antidépresseurs, apparaît dans la semaine suivant l'interruption, rarement au delà. Il dure généralement moins d'une semaine. Le patient manifeste alors, dans la majeure partie des cas, anxiété, irritabilité et tension nerveuse, mais aussi cauchemars et autres troubles du sommeil. Il peut éprouver des sensations de vertige, des troubles de l'équilibre et autres troubles neurosensoriels. Enfin, il pourra manifester un syndrome pseudo-grippal.

Trois facteurs favoriseront l'apparition d'un syndrome de sevrage : une forte posologie, un traitement étendu dans le temps et une interruption brutale du traitement.

Il faudra alors rassurer le patient sur la nature temporaire des symptômes. La stratégie à adopter sera, si nécessaire, un retour temporaire à la posologie antérieure de l'antidépresseur, et par la suite un sevrage encore plus progressif.

I - 8 - G - information du patient

« Il est indispensable d'informer les patients afin d'améliorer leurs connaissances sur leurs troubles dépressifs ou anxieux et sur les propriétés du traitement médicamenteux. Il est recommandé de prévenir le patient du risque de chute et de lui apprendre à repérer les signes (en particulier précoces) des troubles dépressifs. L'information doit également porter sur :

- Les modalités de prise des médicaments*
- le délai avant l'apparition des effets bénéfiques du traitement*
- la nécessité de poursuivre le traitement même après l'amélioration clinique*
- les effets indésirables les plus fréquents du traitement*
- les possibilités de contact avec le médecin en cas de question ou de problème, voire d'aggravation des troubles*
- la nécessité d'un avis médical pour l'arrêt du traitement ou l'introduction d'un autre médicament pendant le traitement.*

Il faut insister sur le fait que l'effet thérapeutique n'est pas immédiat et qu'une amélioration ne doit pas entraîner l'arrêt du traitement sans avis médical. Ces éléments qui s'intègrent dans le cadre de l'alliance thérapeutique, sont une des clés de l'observance et d'une bonne efficacité du traitement.

Dans le cadre des épisodes dépressifs caractérisés d'intensité légère, le médecin peut proposer aux patients les conseils d'hygiène de vie suivants [qui, à eux seuls, pourront suffire à améliorer l'humeur, ce que tout pharmacien peut d'ailleurs recommander au comptoir devant une personne venant demander conseil et qui se plaint d'un moral en baisse] :

- l'arrêt de l'alcool, la diminution de la consommation de caféine chez les patients de nature anxieuse*
- la pratique régulière d'une activité physique*
- la pratique d'une méthode de relaxation/méditation »*

[Perlemuter, Perlemuter, 2014, p. 1994]

I - 8 - H - Conclusion

L'épisode dépressif majeur est l'allié du « deuil pathologique » qui fait que le sujet s'enferme dans une dépression qui, au lieu de jouer son rôle de déconstruction/reconstruction, n'endossera qu'un rôle de destruction. Bien sûr, dans le contexte de cette thèse, nous ne parlons pas vraiment du « *deuil pathologique* » qui se rattache au travail de deuil, mais de son pendant dans le travail de maladie. Dans cette partie, nous avons donc appréhendé l'arsenal thérapeutique auquel les soignants pourront avoir recours pour sortir le patient d'un épisode dépressif majeur dans lequel il se trouve prisonnier afin de sortir le patient de l'impasse de la dépression. Toutefois, s'il existe nombre de traitements, qu'ils soient médicamenteux ou non, plutôt que d'avoir à traiter une situation, il sera toujours préférable d'éviter qu'elle n'arrive. Dans le contexte de travail de maladie, nous avons donc notre rôle à jouer pour la prévention de la complication de ce dernier. Et comme nous nous attacherons à le décrire dans les deux prochaines parties, nous ne sommes pas démunis et avons à notre disposition plus de recours que nous ne pourrions le soupçonner que ce soit par nos paroles, et même nos attitudes comme nous le verrons dans la partie suivante, ou dans les divers conseils, réponses et autres solutions concrètes.

II - mécanismes de défense et intérêt

Le but de cette thèse est triple. En effet, il va de soi que bien vivre sa maladie est important pour le patient afin de (re)vivre, le regard porté vers l'avenir. Quoique moins flagrant de prime abord, l'entourage sera la deuxième cible des effets néfastes d'une maladie mal vécue. Il vit aux côtés du malade, le supporte tant bien que mal dans ses choix, il vit – certes de l'extérieur, mais le vit quand même – la dégradation de l'état de santé de son proche et doit commencer à envisager la possibilité de perdre cet être cher. Car la maladie est un phénomène qui nous projette invariablement vers la mort. Enfin, le dernier intérêt, nous le verrons, est pour le soignant. Car plus que de se soucier de son ego et d'une quelconque prétention narcissique envers ses capacités de soignant, voir son patient sombrer dans la maladie sans rien pouvoir faire peut l'affecter profondément dans sa représentation de la profession, dans son travail, et même dans sa santé psychique.

Ainsi, nous allons dans cette troisième partie aborder deux aspects. Le premier sera celui des mécanismes de défense psychologique mis en place face à la maladie. Il faudra garder à l'esprit que tout mécanisme de défense permet de lutter et faire face à une angoisse soudaine : pour le patient, celle de sa mort que lui rappelle la perte de sa santé, du moins comme il la concevait avant ; et pour le soignant, celle de son incapacité à soigner, qui vient briser l'image d'idéal qu'il s'était forgé de sa profession ou encore sa propre mort vers laquelle le projette l'état de santé de son patient. Le second aspect sera les erreurs à éviter pour l'intérêt du « bien vécu » de la maladie, de façon à contourner ou au contraire apprendre la cohabitation avec ses barrières psychologiques qui constituent à la fois un obstacle et un partenaire incontournable sur le chemin de l'acceptation.

II - 1 - le patient

Le patient est le premier concerné par sa maladie. Auparavant il était informé le dernier, après sa famille, et si les médecins jugeaient bénéfique de l'en informer. Les lois ont évolué et il en est désormais toujours le premier informé si ses capacités intellectuelles lui permettent de comprendre ce qui lui est annoncé. Toujours selon ces mêmes réserves, ces informations ne seront partagées avec sa famille et/ou sa « *personne de confiance* » qu'avec son assentiment [Code de la

santé publique]. Il porte donc sur lui tout le poids de la maladie. C'est sur lui qu'elle a décidé de s'arrêter, c'est lui qui doit faire face à la dégradation de son corps et de ses capacités. Inconsciemment, le patient s'armera d'une panoplie de mécanismes de défense visant à « *l'assoupissement de l'angoisse et le rejet partiel ou global de la menace* » [Ruszniewski, 2014, p.37] que constitue la maladie, comme l'explique Martine Ruszniewski, dans son livre « *Face à la maladie grave* », dans lequel elle décrit ces diverses armes et armures.

II - 1 - A - l'annulation

Ce premier moyen de défense peut sembler inconcevable vu de l'extérieur. Dans ce processus, le patient va se raccrocher à toute nouvelle un tant soit peu rassurante. Comparée à l'annonce de la maladie grave en contradiction avec l'instinct de survie du sujet, ce facteur positif vient annuler l'annonce négative et l'efface tout simplement.

Ce sera le cas d'un patient qui apprend que son cancer est opérable malgré une chimiothérapie et radiothérapie préalables ; qui se raccroche au fait que son cancer peut être traité ; qui ne retient que le fait qu'il souffre d'une maladie qui sera traitée, donc qui n'existera plus prochainement ; qui après l'annonce de son cancer « traitable » s'exclame soulagé « Oh, merci Docteur, j'ai cru avoir un cancer ! ». Ce mécanisme empêche jusqu'à l'éclosion même du concept de maladie grave dans l'esprit du patient et évite toute réaction à type d'angoisse, de révolte ou autre réaction "normale" dans cette situation.

Le problème, avec l'annulation, est l'empêchement pour le patient d'entrer dans ce travail de maladie, bénéfique pour la reconstruction et à terme le bien-être du patient. Les autres mécanismes de défense mis en place par le patient, nous le verrons s'intégreront dans le travail de maladie et ses différentes étapes qui sembleront d'ailleurs pour certaines faire écho avec les stades décrits dans la partie précédente. Toutefois, si l'annulation fait barrage, elle n'est pas un obstacle que l'on doit essayer de détruire par l'usage de la persuasion, même si parfois, le soignant est alors perçu par l'entourage comme incapable de par son impuissance à raisonner le malade qui s'ignore. Détruire cette carapace reviendrait à mettre à nu un esprit déjà fragilisé que le temps finira par amener doucement à la réalité. Les éléments pénétreront un à un dans sa conscience qu'ils effleurent déjà et ce verrou sautera de lui-même.

II - 1 - B - la dénégalion

Le but de la dénégalion est de permettre à la personne d'avancer en intégrant l'acceptable, tout en niant l'existence même de ce qui va à l'encontre de son instinct de survie et d'une confrontation prématurée avec la mort.

C'est l'exemple de cette mère qui refuse de voir son fils qui tente de lui faire accepter son cancer. Elle explique qu'elle souhaite l'entendre de la bouche d'un médecin, et quand vient le moment tant redouté, elle réoriente la conversation sur les nausées que provoquent sa chimiothérapie.

Cette défense n'est pas sans rappeler le déni évoqué précédemment. Nous précisons donc afin de ne pas avoir l'impression de lire et relire la même chose que le déni est l'étape au travers du processus de travail de maladie, et que la dénégalion sera l'arme utilisée pour y parvenir. Ainsi, elle se situe à mi-chemin entre l'intégration de l'information et déni absolu. Le soignant adoptera la même stratégie à savoir la patience et l'exposé de la vérité sans chercher à convaincre, puisqu'elle s'imposera d'elle-même à l'esprit du patient quand il sera prêt à l'accepter.

II - 1 - C - l'isolation

Attention, ce terme est un faux ami. Il ne s'agit pas ici d'isolement, situation où le patient se couperait de tous, mais d'isolation. Pour prendre deux exemples dans le domaine du bâtiment, la laine de verre est bon isolant contre le froid. Il s'agit d'empêcher les fuites de chaleur en hiver ou au contraire son entrée en été. Le double vitrage, avec sa couche d'air, isole du bruit extérieur. Et bien pour l'isolation, il s'agira de mettre une couche isolante autour de la maladie afin qu'elle n'atteigne pas le patient.

Le but est ici de créer une dissociation entre l'intellect du patient et son affect. Il comprend parfaitement de quoi il souffre, mais par un discours scientifique dans lequel la maladie et son traitement sont parfaitement décrits, le patient vit sa maladie comme au travers d'un écran de télévision, comme si elle touchait le personnage principal d'une série dont il est le héros, mais un corps qui n'est pas le sien.

C'est l'exemple de ce patient que l'infirmière va voir après l'annonce de son cancer par le médecin et qui s'attend à le voir morose. Mais dès son entrée, il lui décrit avec enthousiasme son cas avec autant de passion qu'il aurait pu lui raconter son épisode préféré du Dr. House.

Ici encore, il s'agira pour le soignant d'être attentif envers son patient. Il intègre suffisamment les informations pour les traiter et bien suivre son traitement, tout en se sentant bien, même s'il s'agit de mettre pour un domaine de sa vie son affect de côté. Ne pas forcer à faire réaliser des choses qui nous affecteraient si elles nous touchaient s'avère un élément indispensable pour le bien du patient. Il ne faut pas croire que parce que les choses nous affectent, nous les vivront mieux. Là aussi, le temps fera son œuvre, nul besoin de briser un bouclier qui n'est que temporaire et salvateur pour l'esprit du patient.

II - 1 - D - le déplacement

Le principe du déplacement est le suivant. Le patient apprend une nouvelle qui le confronte à sa propre mort plus ou moins lointaine, mais certaine. Il ne peut faire face à l'angoisse que suscite cette maladie sur laquelle il n'a aucune sorte de pouvoir. Il décide donc, plus ou moins consciemment de transférer toute cette angoisse sur l'objet d'une souffrance qu'elle soit liée à la maladie ou à une situation extérieure.

C'est l'exemple de la femme qui, à la suite de l'annonce de la récurrence de son cancer, s'effondre à l'idée de la perte de ses cheveux à cause des futures chimiothérapies. C'est encore l'exemple du père en phase terminale obnubilé par le pseudo échec scolaire d'un fils en pleine adolescence qui s'éloigne de l'image d'enfant idéal qu'il représentait jusque là.

Bien sûr, notre rôle sera dans cette situation celui de l'écoute. Nous essaierons de ne pas nous laisser déborder au comptoir, mais ce genre de patient quoique chronophage aura besoin de partager ses malheurs non liés à la maladie. Comme tout patient, il aura besoin de partager ses angoisses et comme nous l'avons vu, il s'attachera à porter son attention sur les autres problèmes de son existence qui pourront s'avérer nombreux mais qu'il ne faudra pas négliger, car ils seront l'expression de son angoisse sous-jacente.

II - 1 - E - la maîtrise

Jusque là, l'idée de base du mécanisme était et reste le moyen de s'extraire d'une situation où tout nous échappe. Avec la maîtrise, plutôt que la fuite, le sujet va se reconstruire selon deux modèles pour se créer l'illusion de maîtriser à nouveau les choses et de reprendre le contrôle.

Le premier modèle est celui de la rationalisation. Ici, le patient décide de répondre au « pourquoi moi ? » et de trouver une explication, un fautif, sur lequel décharger tout le poids de la l'angoisse que cause cette entité abstraite qu'est la maladie grave, cette menace qui pend comme l'épée de Damoclès au-dessus de sa tête.

Cette raison pourra tout autant être réelle, comme le patient qui souffre de fibrose pulmonaire après avoir travaillé toute sa vie sur des chantiers couverts d'amiante. Mais elle pourra aussi, par le truchement de la langue et d'une certaine dérision, partir d'une expression qui à force d'être répétée par le patient prendra forme et réalité dans son esprit. Ainsi, nous prendrons l'exemple de cette femme de nature anxieuse souffrant d'une leucémie, qui à force de se faire du « *mauvais sang* » se persuade que son divorce et le « *sang d'encre* » qu'elle s'est fait est la cause de sa maladie. Ainsi, que ce soit scientifiquement explicable ou totalement irrationnel, l'esprit tente de ne rien laisser au hasard afin d' « *avoir le sentiment de pouvoir influencer encore sur le cours de l'inéluctable* » [Ruszniewski, 2014, p.47].

Le second modèle est celui des rites obsessionnels. Suite à l'annonce de sa maladie et à un état de santé dont le contrôle semble lui échapper, le patient peut alors s'imposer un certain nombre de rituels qui lui donneront l'illusion de reprendre le contrôle. Intransigeant avec ces nouvelles règles, un oubli de sa part sera vécu comme une catastrophe qui pourra être minimisée par le doublement des rituels ou l'instauration de nouveaux afin de rattraper cet écart. Toutefois, quand l'entourage ou le soignant dérogera à l'une de ces règles, cela sera vécu comme un affront, voire une menace à son intégrité. Le patient pourra ainsi se couper de ses proches et se mettre en position de carence affective ou encore préférer évincer certaines équipes de soin si leur intervention est ressentie comme menaçante.

Nous prendrons ici deux exemples. Le premier sera celui du patient qui, arrivé dans le service de soin fera de chacune de ses constantes l'objet d'une étude sérieuse avec des graphiques et des courbes, il s'attachera à une relecture après la mesure de l'infirmière de sa tension, sa température, la saturation en oxygène etc. Il vérifiera avec minutie l'heure de prise de chaque

médicament et étudiera chacun d'entre eux, leurs effets bénéfiques, indésirables etc.

Le second exemple sera celui de la personne dont les traitements affaiblissent le système immunitaire qui mettra un point d'honneur à toutes les règles d'hygiène de base, se lavant les mains plus que de raison, imposant le port de masque à tout son entourage, refusant de voir toute personne dont une quinte de toux inopinée pourrait potentiellement apporter la mort dans son domicile.

Pourtant, si ces comportements peuvent sembler tyranniques, ils signent la seule volonté du patient à conserver un certain contrôle sur cette situation qui leur échappe, et par là-même, exprime sa détresse en filigrane. A aucun moment le soignant ne devra faire son cheval de bataille que d'abattre ces forteresses que le patient se construit. Il doit au contraire apprendre à faire avec, au mieux, car sans cela, le patient s'effondrerait.

II - 1 - F - la régression

La régression procède de la rupture soudaine de l'image du patient dans les différentes sphères de la vie. D'un point de vue professionnel, il peut être confronté à une incapacité à accomplir ce dans quoi il excellait auparavant. Au niveau social, un fossé peut se créer entre celui qu'il était et celui, amoindri, que sa maladie le force à être. Ou encore à un niveau familial, sa maladie peut le rendre dépendant de ses enfants, et l'amener à penser qu'il puisse être un mauvais parent. Tant de cassures du moi fantasmé et des idéaux, qu'un sentiment d'inutilité s'installe. L'angoisse est tellement forte qu'elle ne peut plus être supportée. Le sujet peut alors transférer ce poids sur les personnes qui auront à le prendre en charge. Il n'est alors plus responsable en rien et se laisse flotter au gré de l'avancée de sa maladie. Il laisse sa famille ou les soignants décider ce qu'il y a de mieux pour lui et adopte alors le statut de l'enfant, sous l'autorité de ses parents qui sera assumé par la famille et les soignants selon la situation.

M. Ruzniewski [Ruzniewski, 2014, p.51] signale dans son ouvrage l'exemple extrême d'un patient en aplasie médullaire, que son état obligeait à manger dans les plus grandes conditions d'asepsie. Le patient accepta et cela, pendant une durée considérable, de ne se nourrir que de biberons et de petits pots, retournant littéralement à son statut d'enfant.

Toutefois cette barrière psychique que se crée le patient est en miroir de la dépendance aux autres que la maladie implique. En effet, elle pourra être transitoire si le patient retrouve une certaine autonomie. Ou au contraire définitive et durer jusqu'à la fin si la dépendance persiste jusqu'à la mort.

Un dernier aspect de la régression qu'il convient d'évoquer est l'image positive qui se dégage du soignant qui doit prendre garde de ne pas endosser avec trop d'empressement ce rôle de parent. Car il faut prendre conscience que le soignant pourrait dans cette situation flatteuse et valorisante amener le patient à une certaine dépendance à son égard, et régir ses choix en termes de soin premièrement, et si cela va plus loin dans toutes les sphères de sa vie. Je parle là d'un cas extrême bien sûr, mais si notre objectif en tant que pharmacien est la santé et le bien être de nos patients, cela ne doit être que notre unique objectif et prendre garde de ne point aller au delà.

II - 1 - G - la projection agressive

Nous abordons ici la réaction démesurée diamétralement opposée à la précédente. Si dans le cadre de la régression, le sentiment d'inutilité est accepté et si le patient résigné, s'en remet à tout son entourage, la réaction peut-être inverse. Le patient nie alors son incapacité en bloc et la transfère sur son entourage. Il devient selon lui victime de l'incapacité de tous ceux qui le prennent en charge (médecins, infirmières, aides-soignantes, famille, pharmacien ? ...). Il évolue dans un univers qui est vécu comme hostile à sa survie et l'exprime par son agressivité.

Ce sera l'exemple de cette dame acariâtre qui se plaint de tous dans le service hospitalier et notamment de son médecin : *« je ne l'aime pas beaucoup [...], il n'a sûrement pas assez d'expérience [...], je me demande s'il est vraiment capable »* ; ou de son infirmière : *« elle ne sait pas bien faire les piqûres, elle m'a fait mal ce matin ! »* [Ruszniewski, 2014, p.53].

Ce mode de protection/projection n'est pas forcément le plus déstabilisant car le discours de ces personnes est construit sur une certaine logique. Toutefois lorsqu'il s'exerce à notre rencontre, il est tout de suite plus difficile à gérer. Cette personne remet notre capacité, notre professionnalisme en doute, alors même que nous faisons ce qu'il y avait de meilleur pour elle. Mais doit-on pour autant la priver du meilleur de nous-même dans les soins que nous lui prodiguons ? Certainement non. Il faut donc dans ce cas apprendre à faire abstraction de certaines

remarques, et tenir compte d'autres peut-être pertinentes selon un système de logique propre au patient agressif afin d'apaiser la situation.

Quoiqu'il arrive, il nous faudra ne pas transiger sur le respect que nous devons inspirer et donc recadrer en douceur le patient. Mais surtout ne pas oublier le respect que nous devons à chacun de nos patients si désagréables soient-ils. Il nous faudra alors peut-être plus longuement expliquer pourquoi nous avons fait tel ou tel choix, appeler le médecin, ou refuser de délivrer tel ou tel médicament. Et dans ce cadre, le patient bien qu'hostile verra que nos choix, qu'il les comprenne ou non ne sont pas justifiés par le désir de lui "pourrir la vie" mais nous sont dictés par notre conscience professionnelle. Et ainsi, le respect mutuel sera rétabli, bien que cette agressivité puisse malheureusement perdurer par la suite et nécessiter à chaque entretien patience et diplomatie.

II - 1 - H - la combativité/sublimation

Il est pourtant des mécanismes de défense qui s'expriment « positivement ». Car si jusque là l'angoisse était combattue au détriment de la réalité et de l'entourage, le patient peut décider dans le cas de la sublimation de la combattre en utilisant son énergie à faire le bien autour de lui. Il décide d'utiliser ses forces non plus dans un combat perdu d'avance, mais met à l'épreuve sa capacité à s'ouvrir à l'autre. Une nuance quant à la réalité sera ajoutée toutefois dans les cas les plus "maniaques" où la personne, dans un excès de positivité, pourra aller jusqu'à croire en sa guérison par la seule force de sa volonté.

Les formes les plus altruistes de cette sublimation donneront lieu à un investissement entier dans la création d'associations de patients, dans la rédaction d'ouvrage consacrés à expliquer leur ressenti, et bien d'autres projets encore, dans le but d'aider toute personne traversant la même épreuve, afin de donner un sens à cette souffrance.

Chacun des échanges, conversations, sera vécu comme un moment intense, le but étant de se donner entier à chaque instant, sans doute pour laisser l'image d'un idéal après une mort qu'il pressent comme plus proche que jamais. Mais quoi qu'il en soit, ce patient rassemblera toutes ses forces pour vivre au présent. Il ne vit plus pour un avenir par trop incertain. Le *carpe diem*, de Horace prend alors tout son sens pour ces personnes qui n'attendent plus que la fleur tant désirée

pousse pour être cueillie, mais ils ont alors cette capacité de voir des fleurs où ils n'en voyaient pas auparavant et aussi de s'intéresser à celles pour lesquelles ils n'avaient jusque là aucun égard.

II - 1 - I - discussion

Nous voyons dans cette première partie consacrée au patient que certains mécanismes ne sont pas sans faire écho à quelques étapes du travail de maladie décrit précédemment, les uns étant souvent l'outil des autres comme nous l'avions abordé pour la dénégation. Elles s'exprimeront à des degrés variables et plusieurs se retrouveront chez un même patient. Pourtant nous ne devons à aucun moment perdre de vue le serment de Galien par lequel nous sommes éthiquement liés au patient et selon lequel nous avons des responsabilités et des devoirs non seulement à son égard, mais aussi envers sa dignité.

Et il nous faut comprendre que tous ces moyens dont le patient use, de façon inconsciente qui plus est, font partie des notions qu'il nous faut connaître afin d'appréhender le patient sous un éclairage toujours plus complet. Nous comprenons alors que certains comportements qui passaient pour des caprices ou le côté acariâtre de quelques autres patients doivent être respectés. Car réduisant en miettes ces carapaces qu'ils forgent pour se protéger de l'angoisse d'une mort imminente, nous piétinerions simplement leur dignité.

II - 2 - le soignant

Le second acteur, avant même l'entourage du patient est le soignant. Et le patient n'est pas le seul à se forger des armes pour lutter contre son angoisse. Nous l'avons vu, le patient exprime de l'angoisse vis-à-vis de la mort vers laquelle sa maladie le projette. Mais le soignant a lui aussi des angoisses. Elles peuvent être liées à deux grands facteurs : premièrement la souffrance du patient et son angoisse qui pourront être contagieuses envers le soignant empathique qui n'arrivera pas à gérer sa sensibilité ; deuxièmement l'incapacité à prendre en charge un patient souffrant qui remet en question les schémas de la profession, voire même sa capacité en tant que soignant.

Lorsque le soignant perçu jusque là comme sauveur est confronté à l'échec thérapeutique de son patient, il peut écoper de blessures répétées et ce, quotidiennement. Comme de

nombreuses études en témoignent, cela engendre souvent des conséquences sur la santé physique et psychologique du soignant allant de la « *fatigue de compassion* » jusqu'au *burn out*. Ces blessures quoiqu'invisibles ne seront d'ailleurs pas sans conséquences sur la qualité des soins prodigués aux malades. Et c'est afin de se protéger de cela que le soignant tendra à s'ériger des protections, user de parades pour s'éviter ces souffrances récurrentes. Une panoplie que, là encore, M. Ruzniewski a pris le soin de détailler dans son ouvrage sus-cité. Quoique protectrice et parfois nécessaire pour amortir l'atteinte du soignant qui n'en est pas moins réelle, la connaître pourra nous éviter d'y avoir recours au détriment du patient.

II - 2 - A - le mensonge

Ce "pare-excitation" comme l'auteur le nomme repose directement sur l'interprétation du patient quant à ses conceptions. Par exemple, certains soignants refuseront d'aborder le sujet du cancer car ils l'associent eux-mêmes à la mort et projettent leur conception des choses chez leurs patients, ne tenant alors aucun compte de sa capacité d'intégration. Il s'agit aussi de garder pour certains professionnels de santé ce statut de sauveur, piédestal sur lequel certains prennent plaisir à rester, même en imposteur.

A double tranchant, il empêche également le sujet souffrant d'entrer dans ce travail de maladie qui débute avec les premières angoisses liées à l'annonce ou aux premiers examens. Au comptoir, nous devons choisir nos mots lorsqu'un patient nous demande de lui expliquer telle ou telle autre maladie. Mais quand arrive le moment où l'annonce d'un diagnostic a été faite et que la personne arrive au comptoir en nous demandant la signification de certains mots qu'elle n'a pas compris dans la conversation avec son médecin et qu'ils évoquent un avenir sombre, il faut prendre le risque de bien expliquer sans toutefois se substituer aux équipes mises en place dans les services formées pour ce type d'annonce. Mais attention, car souvent, la personne qui en parle ne va en fait qu'évoquer des hypothèses faites par le médecin voire même répéter des diagnostics trouvés sur des sites internet de charlatans ou de patients hypocondriaques qui jouent les apprentis médecins.

Il s'agira donc d'être sincère sans toutefois livrer la vérité nue qui confronterait trop brutalement le patient à la réalité, l'habiller subtilement pour amortir le choc, la révéler pas à pas, laisser le patient s'envelopper de ce matelas d'angoisse qui amortira le choc. Le but sera d'utiliser

l'anxiété dans son rôle physiologique, à savoir l'anticipation de situation mettant l'intégrité de l'individu en danger. L'annonce pas à pas d'une maladie est essentielle afin de s'y préparer. Devant des questions qui expriment un doute et un questionnement quant à la gravité d'un diagnostic que le patient pressent plus grave que ce qui lui a été énoncé, le pharmacien ne doit pas se précipiter. Il doit se poser la question de savoir s'il ne pourrait pas court-circuiter le travail de toute une équipe médicale qui prépare le patient au plus grave. Ainsi, ne l'oublions pas, le diagnostic est exclu de notre profession. Nous ne pouvons qu'émettre des hypothèses, des pistes. Faisons le avec beaucoup de réserve, et laissons le médecin remplir pleinement son rôle de diagnosticien, et nous de conseiller avisé auprès de nos patients.

II - 2 - B - la banalisation

Il est tentant, quand un patient se plaint de sa maladie au comptoir, de dévier la conversation sur un aspect restreint comme celui de tel ou tel effet indésirable que par un conseil hygiéno-diététique nous pouvons aider à résoudre. Et bien c'est cela la banalisation : ne se confronter à la réalité qu'en acceptant de voir que la partie que l'on maîtrise. Il s'agirait du pendant de la dénégation mais côté soignant cette fois-ci. Pour ne pas être confronté à ses propres limites, le praticien occultera alors tout ce qui échappe à sa maîtrise ou au champ de ses connaissances.

Ce qui constitue le plus grand obstacle dans ce bouclier que constitue la banalisation est l'incompréhension mutuelle dans laquelle le patient et le soignant évoluent. Le praticien entend la plainte du patient, alors que celui-ci est dans le registre de la plainte. Il veut être entendu et compris. Il ne cherche pas nécessairement une solution à des problèmes qui n'en ont parfois aucune. Il veut juste pouvoir partager sa souffrance. Et le pharmacien est un des soignants les plus disponibles. Il nous faut prendre conscience de cette dimension, et comprendre que dans ce cas, le patient prétextera peut-être un symptôme dont il se plaindra pour introduire la conversation. Ne nous engouffrons alors pas dans le conseil, même s'il est tentant de franchir cette porte ouverte à une vente. Mais prenons le temps de quelques questions si toutefois notre temps le permet. Car il est évident que ce genre de « demande » nécessite du temps et ne sera pas rémunérateur, ce qui constituera sans doute une grande barrière avec les pressions financières de la conjoncture actuelle.

II - 2 - C - l'esquive

La version supra de la banalisation sera l'esquive. Avec la banalisation, le soignant ne percevait que partiellement les souffrances du patient et ne sélectionnait que celles pour lesquelles il possédait une réponse. Avec l'esquive, le soignant va tout bonnement ignorer la souffrance du patient. Dans ce cadre clairement défini, il réorientera systématiquement la conversation vers un sujet souvent en rapport avec le patient même, ses enfants, son entourage, voire, quand l'imagination lui manque, le beau temps et trouvera rapidement un moyen de mettre fin à la conversation en prétextant un travail à faire.

Inutile de dire que ce genre de comportement laisse le patient démuni face à un mur qui refuse de porter un peu de sa souffrance. Mais que faire d'autre quand on n'est pas armé pour faire face à la souffrance des autres qui renvoie à notre incapacité à gérer nos propres souffrances, ou par projection, celles que nous ressentirions si nous étions à la place du patient comme l'explique Adam Smith dans sa « *théorie des sentiments moraux* » [Smith, 2014] ?

Que nous soyons démunis d'empathie ou au contraire pétrifié à l'idée d'être submergé par les souffrances de cet autre, sans aller jusqu'à la psychanalyse, peut-être nous faut-il alors apprendre à écouter l'autre et travailler sur nous-même. Prendre du temps pour écouter nos proches ou amis et leurs soucis du quotidien afin d'apprendre à les comprendre ou au contraire apprendre à maîtriser cette empathie débordante. Puis petit à petit, monter dans le degré de l'anxiété en partageant des fardeaux de plus en plus lourds. Toutefois, il ne faudra jamais aller au delà de l'écoute et notamment franchir le pas de l'identification projective comme nous le verrons plus tard.

II - 2 - D - la fausse réassurance

La fausse réassurance consiste dans le fait que le soignant, dans l'incapacité de maîtriser ses propres angoisses, pourra être tenté de se rassurer lui même en se montrant plus optimiste que de raison, parfois même vis-à-vis d'un patient ou de son entourage qui n'y croient même plus. Le professionnel de santé, désarmé par le découragement auquel il fait face, pourra mettre alors en avant la qualité des soins, la façon dont les médecins l'ont pris en charge, il ira même jusqu'à tenter de faire renaître la flamme de l'espoir qu'il voit s'éteindre en envisageant une rémission,

voire une guérison. Alors que dans le fond, il sait pertinemment, au vu de ses connaissances médicales, qu'il est tout simplement en train de mentir.

Face à cette tentation qui nous menace quand nous sommes confrontés au désespoir, ne mentons jamais. La vérité peut-être habillée pour être moins blessante, mais elle doit rester la vérité. Les cas de guérisons inespérées sont nombreux mais ne sont pas un argument suffisant pour se permettre de faire espérer au-delà des espoirs fixés par la limite de la médecine et ses traitements. Pour le reste il y a la foi. Mais nous sortons du cadre de notre profession.

II - 2 - E - La rationalisation

Certains professionnels de santé s'arment de la rationalisation pour reprendre consistance face à l'autre qui souffre. Pour cela, ils vont prendre pour arme l'art oratoire et mettre dans le chargeur, une à une les munitions d'un discours scientifiquement exact, mais totalement incompréhensible par le *quidam* pour lequel la médecine est un voyage en terre inconnue. Dès que le patient désorienté et perdu cherche une explication, quelque chose à quoi se raccrocher devant cette santé qui lui échappe, le soignant dégaine alors et tire en rafale, faisant mouche par la rigueur savante de son discours. Mais alors qu'il pourrait d'ailleurs y ressentir une certaine fierté d'avoir été le plus fidèle dans ses explications, le patient jonche le sol, terrassé par le poids de mots qu'il ne comprend pas. Son corps et sa maladie lui semblent plus intangibles que jamais, et son angoisse croît toujours plus.

Pour reprendre l'exemple de l'exercice officinal, il s'agira simplement de s'entraîner à une certaine pédagogie rigoureuse, mais simplifiée, épurée, pour pouvoir faire passer toutes les informations nécessaires à une compréhension mutuelle. « A quoi sert mon traitement ? Le médecin m'a parlé de tel ou tel effet indésirable ». Ne nous lançons pas dans des explications que nous, pharmaciens comprendrions sans problème grâce à, ne l'oublions pas, nos six années d'étude. Mais au contraire, il s'agit de faire passer l'information avec un discours clair, accessible, et surtout adapté à notre interlocuteur.

II - 2 - F - l'évitement

L'évitement consiste à se concentrer sur le savoir-faire de la profession, et à faire abstraction du côté relationnel. La relation avec le patient ne sera réduite qu'à des échanges techniques et indirects.

Pour un pharmacien, cela se manifestera de manière caricaturale de cette façon. Il salue à peine le patient dont il évite de croiser le regard. Il lui demande sa carte vitale si elle n'est pas encore sortie. Les yeux rivés sur son ordonnance, il s'empresse de disparaître à l'arrière pour aller chercher les médicaments – si un automate ne les lui apporte pas directement. Une fois de retour au comptoir, il détaille la prise de chaque médicament éventuellement en écrivant les posologies sur chaque boîte. Il mène à bien la facturation de l'ordonnance, sort un sac, y range les médicaments, rend la carte vitale et l'ordonnance en souhaitant une bonne journée.

Le but est de nier la présence du patient en traitant sa maladie, ou pourquoi pas en prenant en charge son entourage, mais en relayant le patient dont la santé dégradée met le soignant mal à l'aise. Concentré à éviter le contact avec le patient, il pourra encore profiter du jour des soins hospitaliers pour venir installer le lit médicalisé, ou encore lors d'un passage au domicile, il s'adressera plus volontiers à la famille présente.

Une piste de réflexion pour éviter ou se prémunir de ce comportement sera celle du travail sur soi. On ne s'habitue jamais à la souffrance dans le regard de l'autre. Mais il faut apprendre à vivre avec et ne pas ignorer un patient qui compte sur le soignant pour partager sa douleur à défaut d'y apporter une solution.

II - 2 - G - la dérision

D'aucun pense que l'humour permet d'apaiser les souffrances et de voir le monde sous un meilleur jour. C'est un fait, mais encore faut-il que le concerné puisse en rire. Et rire d'une situation que l'intéressé n'accepte pas, cela sera à ses yeux, ni plus ni moins, comme rire de lui. Assurons nous donc toujours, avant de rire d'une situation que le patient la prenne avec humour. Car plutôt que d'apaiser une quelconque souffrance, cela ne fera que remuer le couteau dans une plaie loin d'être cicatrisée, et creuser un fossé d'incompréhension entre nous et nos patients.

L'humour au comptoir ? Bien sûr que oui. Mais évitons les sujets ambigus qui touchent de trop près nos patients comme leur état de santé ou la situation d'un proche. Et même dans le cas de figure où un patient introduirait lui-même le sujet et s'en amuserait, il vaudra mieux éviter ce type de thème glissant, les patients, comme toute personne acceptant souvent d'user de dérision à propos d'un objet quand ils ne l'acceptent pas des autres.

On parlera alors peut-être de susceptibilité et certains penseront que s'encombrer de telles considérations, c'est créer un obstacle à l'authenticité de la relation soignant-soigné. Mais notre santé et celle de nos proches, et sous-entendue la mort, est un sujet par trop sensible qui doit être abordé sans dérision. Il s'agira sur le registre de l'humour de se concentrer sur des objets extérieurs, ou bien rire de nous même si l'auto-dérision est de notre ressort.

II - 2 - H - la fuite en avant

Comprendre et réaliser la dégradation de la situation d'un patient, par la lourdeur des traitements mis en place, ou encore par la révélation de certaines informations reçues de la part du médecin que ce soit directement ou par l'intermédiaire du patient ou d'un proche, peut inciter le soignant à se délester du poids d'une angoisse devenue trop lourde à porter. Nous sommes alors dans le cas de la rationalisation sans l'habillage de la vérité par le discours rendu hermétique par le langage scientifique. Ici, la vérité est nue et claire. Le patient comprend tout, mais il a trop à comprendre.

Ce sera l'exemple d'un patient souffrant d'une rechute de son cancer avec des métastases cérébrales inopérables ne répondant pas aux traitements. Les médecins sont pessimistes et tentent de faire comprendre que c'est la fin et qu'il faut envisager certaines démarches ... mais le soignant est débordé émotionnellement par la situation. Parce qu'il lit encore un espoir qu'il juge illusoire chez le patient et son entourage, ou parce qu'il surestime leur maturité psychique, il va craquer. Il parle ouvertement de mort, de testament etc. Il évoque maladroitement l'exemple de son expérience avec de nombreux patients qui n'avaient pas compris qu'il n'y avait plus rien à espérer.

Les conséquences sur le patient seront désastreuses quant à la qualité du peu de temps de vie qu'il leur reste. Il ne parvient alors plus à se réfugier dans l'asile de l'espoir même illusoire, nécessaire à apaiser leur angoisse. Il n'a nulle part où s'abriter et quand un moment d'accalmie

permet à nouveau d'espérer, les mots du soignant ressurgissent et la détresse du patient réapparaît et le poursuit.

II - 2 - I - l'identification projective [Ruszniewski, 2014, p.30]

Enfin, quand le soignant est submergé par la souffrance du patient, plutôt que d'assister en spectateur à sa propre impuissance, il peut décider de tout prendre en main. Mais ce qui pourrait passer pour une réaction protectrice « paternelle » n'est en fait qu'une mesure de protection visant à apaiser des angoisses qui ne naissent que de cette projection et de l'imagination du soignant qui désormais pense pour son patient. *« Il s'attache à inculquer au patient son mode d'emploi, la marche à suivre [...] sans jamais se douter qu'il ne fait que projeter sur le malade ses propres souhaits et aspirations ».*

Pourtant, cela ne fait qu'accroître une souffrance que le patient n'arrive pas à partager avec un soignant qui ne lui laisse même plus le droit de parole. Chaque tentative de prise de position est d'ailleurs chassée d'un revers de la main par celui qui « agit pour le bien de son patient ».

Que dire donc du pharmacien dont le patient qu'il affectionne tant semble voir son état de santé se dégrader malgré les traitements délivrés ? Le médicament prescrit est le même que chez une personne qui présentait les mêmes symptômes et dont l'évolution n'a pas été favorable. Il lui conseille d'en parler à son médecin, voire d'arrêter le traitement qu'il juge inutile. Devant la persistance du médecin, il préconise à son patient de changer de médecin, pourquoi pas celui qu'il connaît bien dans la rue voisine. La suite est peu favorable, alors il s'assure que son patient aille voir un spécialiste qu'il lui recommande etc. Petit à petit il s'ingère dans la vie de son patient sans même en prendre conscience, convaincu d'agir « pour son bien ».

Nous nous arrêtons dans le récit car l'exemple plus ou moins caricatural est assez développé sans avoir besoin d'aller plus loin. Il est vrai que par nos connaissances, nous pouvons apporter un avis éclairé. Toutefois, il faut prendre garde à ne pas faire de cet avis une décision que nous imposerions comme la meilleure et la seule à prendre pour le bien du patient. Il ne faut pas sous-estimer le pouvoir d'autorité que peut dégager le statut de pharmacien et l'influence que nous pouvons avoir sur nos patients. Quand nous en usons, veillons à ce que cela ne soit que dans un but objectivement bénéfique pour le patient, et sans sortir du cadre de notre profession.

Nous pouvons d'ailleurs préciser que cet ascendant sur le patient est, certes, lié au diplôme et au degré de connaissance dans le domaine de la santé, mais qu'elle l'est aussi par la séparation géographique opérée par le comptoir. Cet espace pourra donc être quitté lorsqu'il devient un obstacle. En effet, chez certaines personnes impressionnées par le détenteur du savoir dont dépend leur santé, un blocage mental à la compréhension du traitement et de ses posologies peut se mettre en place. Ou encore sous le choc, une autre personne pourra avoir besoin d'être rassurée, et se retrouver à ses côtés facilitera la réassurance, améliorera l'écoute et donc la compréhension du patient. C'est pourquoi dans la pratique, lors de la réalisation des entretiens pharmaceutiques sur lesquels nous reviendrons – et qui consistent globalement en une série de rendez-vous entre pharmacien et patient afin de mieux comprendre le traitement et ses enjeux pour l'état de santé du patient – les entrevues se feront dans une salle où la confidentialité sera respectée, les deux protagonistes assis à un même bureau, et en pratique parfois du même côté afin de s'affranchir de la séparation de l'espace de travail et de toute rupture. Cela met en évidence une implication du pharmacien et démontre au patient la volonté du professionnel de s'adapter à son niveau de compréhension, et cela par un acte symbolique, mais perçu comme rassurant.

II - 3 - les proches : pré-deuil et deuil anticipé

Face à la maladie de leur proche, tous les moyens de défense évoqués chez le malade sont valables pour l'entourage. Devant la responsabilité qu'ils ont de devoir prendre soin de leur proche parfois devenu dépendant, ils sont alors projetés dans un rôle de soignant malgré eux, sans aucune formation sinon la volonté de faire au mieux. Face aux souffrances de leur proche qu'ils ne sont pas préparés à gérer, ils pourront aussi recourir aux moyens de défense évoqués chez l'équipe soignante. Une artillerie dont il nous faudra prendre conscience, et à côté de laquelle nous serons parfois amenés à cheminer.

Toutefois, il faut comprendre que confronté à la maladie grave de leur proche, l'entourage doit faire face à la mort prématurée de l'être cher à plus ou moins long terme. Exposé à cette agression psychique, le cercle intime du patient pourra avoir recours à un dernier moyen de défense qui laisse le patient totalement démuné et seul face à sa maladie : le deuil anticipé.

À l'idée de perdre un parent ou un ami, l'individu qui réagit sainement entre dans un un « *processus adaptatif de préparation à la mort [de cet] être aimé, grâce auquel il s'accoutume*

progressivement à ces perspectives de séparation et de perte irrémédiables [Fasse et al., 2013]». Cependant, quand l'idée même de la disparition de cet être cher est insurmontable, il arrive que le sujet s'engage dans un processus de pré-deuil, c'est-à-dire un repli total et brutal hors de cette relation, « comme si l'amour disparaissait entièrement avec l'idée de la perte » [Bacqué, 2003]. Psychiquement désarmé pour entamer un travail de deuil où la perte serait progressivement acceptée, le proche désinvestit « brutalement le mourant qui était autrefois un prolongement narcissique [de lui-même]. Les soignants peuvent alors devenir les témoins de ce désinvestissement : espacement des visites du malade, froideur affective ou même maltraitance [Fasse et al., 2013]».

Le deuil anticipé sévira préférentiellement chez des personnes vulnérables narcissiquement chez lesquelles la mort à venir constitue une menace qui retentit comme une fracture inconcevable. Psychiquement impuissants à amorcer un travail de deuil et d'accéder à cette dépression corollaire. On observera chez ces personnes l'apparition de toutes les manifestations résultant d'un travail de deuil (cf supra travail de deuil et de maladie), sans toutefois que la mort du proche se soit produite.

Face à cette défense désarçonnante pour le soignant et plus encore pour le patient qui se retrouve seul et abandonné, quel est donc notre rôle ? Avons-nous d'ailleurs un rôle à jouer dans ce cas ? Pouvons-nous faire quoi que ce soit ? Nous n'avons sur ce sujet que des succinctes études qui mettent désormais des mots sur des phénomènes que nous observions déjà sans comprendre pourquoi ces personnes réagissaient ainsi. Mais le sujet reste encore assez obscur pour les néophytes de la psychologie que nous sommes au comptoir. Faire réaliser au patient le processus dans lequel il est engagé relève clairement de la psychologie, voire de la psychanalyse. Confronté à un tel cas, le pharmacien ne pourra que se montrer présent pour le patient souffrant sans porter de jugement trop hâtif à l'encontre de l'« endeuillé par anticipation ».

II - 4 - Conclusion

Avec cette partie abordant les moyens de défenses respectifs des divers protagonistes, nous commençons, si cela n'était pas déjà le cas, à réaliser à quel point le patient n'est pas qu'un malade souffrant d'un mal que seul les médicaments traitent. Et que si le concept de prise en charge globale existe, il est difficile à mettre en œuvre avec de multiples obstacles que nous,

pharmaciens, pouvons intellectuellement intégrer mais pour lesquels nous ne sommes aucunement formés à faire face.

Ainsi, nous le comprenons, il faut faire appel à notre instinct, concept encore plus abstrait et dans lequel ne réside aucune science. Un ressenti qui nous fait agir pour le mieux avec désormais la conscience de l'existence que nous évoluons au dessus d'un précipice, prêts à tomber tant les oppositions sont nombreuses, mais maintenant mieux équipés pour y résister. Un homme averti en vaut deux comme le dit le vieil adage.

Pour conclure, nous avons donc identifié l'existence de nombreux écueils au bon déroulement du travail de maladie, et réalisé que certains pouvaient se situer dans la façon de réagir du patient, de son entourage, et même du soignant, donc de la nôtre. Ces multiples dangers évités, nous avons alors bon espoir que le patient puisse atteindre après les diverses étapes de ce processus de reconstruction, l'étape salvatrice de la dépression. Le but de celle-ci étant une déstructuration psychologique visant à renaître affranchi de l'objet du deuil, en l'occurrence, de sa bonne santé et de sa vie telle qu'il la connaissait et l'avait prévue.

III - la communication dans la souffrance

Il s'agira maintenant pour cette dernière partie de nous tourner vers ce que le pharmacien a de plus concret dans son arsenal pour répondre aux besoins de ses patients et apaiser la souffrance psychologique qu'engendre la maladie. La réponse à ces besoins, qu'elle soit d'un ordre matériel, qu'il s'agisse d'un conseil, ou encore le simple fait de réorienter la personne vers un praticien plus approprié ou une association, constitue un nombre de solutions important que nous allons explorer de façon la plus exhaustive possible.

Toutefois, il ne faut pas se leurrer, nous n'aurons pas toujours la solution. Mais plus que la résolution d'un problème, il faut garder à l'esprit que la personne, que ce soit le patient ou son entourage ne fait qu'exprimer la demande d'un soutien dans son épreuve. Et répondre à leur sollicitation, même en avouant ses limites, ne constitue pas un échec. La personne percevra au contraire positivement cette implication tant attendue du professionnel de santé.

III - 1 - des connaissances pharmacologiques au service du patient.

III - 1 - A - un contexte difficile

Après avoir donné du thalidomide dans les années 80' comme anti-nauséeux et sédatif chez les femmes enceintes alors qu'il était un agent malformatif ; après le scandale plus récent du médiateur, antidiabétique dont on fit un usage détourné pour ses propriétés coupe-faim et dont la responsabilité dans plusieurs morts lui fut reconnue ; après la désinformation médiatique sur les génériques qui ne seraient qu'une façon de faire du profit sur le dos des patients en leur donnant des produits moins chers et selon toute logique moins efficaces ... l'industrie pharmaceutique n'est pas en odeur de sainteté chez la population française.

Ajoutez à cela une exigence toujours plus poussée dans une société de consommation où les clients, à l'aire du bio, sont de plus en plus soucieux de savoir ce qu'ils ingèrent – sans colorant, sans conservateur, sans paraben, sans phtalate, sans huile de palme etc. – , nous devons dans ce contexte, en tant que professionnel du médicament et responsable de sa délivrance être

plus que jamais à la page sur ce que nous délivrons.

De plus, nous l'avons vu, le patient et son entourage, déjà influencés par ce contexte sociétal, seront soucieux de prendre le contrôle dans une situation de maladie qui leur échappe, et donc avides de connaître les médicaments qui symboliseront pour eux l'arme qu'ils utilisent pour lutter contre cet ennemi qu'est la maladie. Ils insisteront parfois même pour connaître avec exactitude la famille du médicament, son mécanisme, effets indésirables, etc. ce qu'ils s'appliqueront pour certains à vérifier le plus tôt possible en allant sur internet ou en décortiquant la notice. Bien sûr, la situation est ici caricaturée, car de nombreux patients seront juste soucieux de prendre leur traitement au bon moment.

Ainsi, appliquons nous à apporter les informations nécessaires pour répondre aux besoins de nos patients. A cet effet, le pharmacien aura à sa disposition un certain nombre d'outils auxquels il pourra avoir recours afin de maîtriser un certain nombre de domaines, notamment ceux, incontournables de la pharmacologie, des effets indésirables, et des interactions médicamenteuses, essentielles pour l'exercice quotidien de son métier.

III - 1 - B - pharmacologie et maîtrise

Au vu du mécanisme de défense que constitue la maîtrise, nous comprenons, que nous aurons au comptoir des patients avides de connaissance, une des armes qu'ils ont pour lutter contre cette maladie qui fait désormais leur quotidien est le médicament. Mais cette arme est à double tranchant comme nous le verrons avec les parties suivantes, puisqu'elle peut se retourner contre son utilisateur avec de multiples effets indésirables que le patient aura l'importunité de manifester seul ou encore s'il interagit avec d'autres médicaments.

De plus, loin de cette image déifiée du médecin et du pharmacien d'autrefois à qui les patients remettaient leur vie et leur santé, nous sommes désormais dans une ère d'information, et les patients veulent savoir ce qu'ils ont entre les mains. S'ils n'ont pas l'information au comptoir, il faut prendre conscience qu'ils iront la chercher sur tous les médias disponibles, y compris et surtout sur internet, où les sites se multiplient avec toujours plus de charlatans et d'hypocondriaques apprentis médecins capables de diagnostiquer un cancer de la prostate à une femme ou de l'utérus à un homme. Et si, de par notre formation, nous pouvons, avec nos

connaissances, discerner le sérieux ou non des informations fournies par une source quelle qu'elle soit, le patient, sans connaissance pharmacologique pourra rapidement sombrer dans le désarroi en s'alarmant des multiples diagnostics ou effets secondaires dont il se persuadera souffrir.

Nous restons cependant conscients que notre connaissance et notre mémoire peuvent être défaillantes. Il faudra donc, devant toute demande quant au mécanisme du médicament, être capable de fournir l'information, quitte à avouer notre défaillance et prendre le temps d'aller consulter nos bibles (BCB, Vidal, Dorosz etc.). Toutefois, un travail de vulgarisation médicale sera nécessaire afin d'éviter le recours aux sources douteuses dont nous parlions quelques lignes plus haut par le patient suite à l'entretien. Il faudra donc s'assurer de la bonne compréhension des informations délivrées avec le recours à un vocabulaire simple voire l'explication de quelques bases physiologiques si cela s'avère nécessaire.

Bien sûr cela n'étant pas rémunérateur au comptoir, il faudra composer entre la pression économique d'un client chronophage et celle d'une queue de clients qui s'accumulent et au sein desquels seront probablement quelques impatients. C'est d'ailleurs par rapport à ce genre d'arguments que les entretiens pharmaceutiques prennent toute leur place. Nous pouvons alors, même si cela n'est pour l'instant limité qu'à quelques pathologies, prendre notre temps – alors rémunéré – afin d'expliquer les mécanismes et les enjeux du traitement, desquels découleront, une fois ces données assimilées par le patient, les moments de prise, les effets indésirables, les aliments à éviter etc. Il faudra donc être en mesure de fournir des informations exactes à un patient insatiable de savoir quant à son état de santé, et qui les entendra avec intérêt, voire plaisir lorsqu'il découvre, pour ne citer que l'exemple des effets indésirables, qu'ils peuvent être évités ou atténués en modifiant d'autres facteurs comme le moment de prise ou l'association à certains aliments.

III - 1 - C - pharmacologie, effets indésirables et conseil associé à l'ordonnance

Les effets indésirables représentent le premier facteur nuisible à l'observance d'un traitement médicamenteux. Une somnolence ou des étourdissements invalidants, des nausées, des diarrhées ou une constipation rendent la prise des médicaments de plus en plus pénible. Ce ne sont que quelques exemples parmi ceux les plus fréquemment rencontrés et pour lesquels nous pouvons fournir des solutions, que ce soit avec une simple recommandation ou le recours d'un

médicament conseil.

Nous ne serons pas exhaustifs, mais nous prendrons quelques exemples qui couvriront des situations courantes :

- Quand les sulfamides hypoglycémiantes doivent être pris le matin, au début du repas, il sera bon de préciser que de façon générale, ils doivent être pris au premier repas de la journée, et que si le petit déjeuner est sauté, il ne faudra pas le prendre, mais le retarder au déjeuner qui constituerait alors le premier repas de la journée. Cela évitera les cas d'hypoglycémie facilement évitables.
- Dans le cas de la prise de metformine, il n'est pas rare que cela provoque des diarrhées. Ainsi, une petite astuce sera de la prendre simplement en fin de repas afin qu'elle soit beaucoup mieux tolérée.
- Dans le cadre de douleurs persistantes, les morphiniques ont pour effet quasi systématique de provoquer des constipations. Les personnes viendront d'ailleurs au comptoir sans préciser qu'ils prennent un traitement pour la douleur. C'est en creusant un peu que nous réaliserons que les origines proviennent du traitement de fond contre la douleur. Nous recommanderons au patient de voir avec son médecin pour la prescription d'un laxatif doux que nous lui donnerons en attendant. Des recommandations de base pourront être faites sur la façon de manger afin de privilégier une normalisation du transit.

III - 1 - D - pharmacologie, contre-indications, interactions médicamenteuses et dossier pharmaceutique

Dans le cadre d'une lourde pathologie, il n'est pas rare de voir s'accumuler les médicaments : traitement pour la pathologie-même, traitement pour les effets secondaires, traitement pour les pathologies intercurrentes. On arrive rapidement à plus de cinq spécialités, ce qui constitue le nombre minimal de médicaments incluant nécessairement une interaction. Il faudra donc réévaluer avec davantage de précaution toute ordonnance présentant au moins cinq lignes de prescription [ANSM, 2015].

D'autre part, un cas fréquent est celui de l'accumulation d'ordonnances venant de différents prescripteurs : celle du médecin généraliste, celle du pneumologue, celle du cardiologue, celle de l'oncologue etc. Et en discutant avec les patients, on se rend fréquemment compte que les uns

n'ont pas forcément conscience de l'existence des prescriptions de l'autre. Plutôt que d'avoir recours systématiquement à l'appel téléphonique au spécialiste qui s'avérera parfois indispensable au regard de certaines interactions, il faudra s'attacher à donner au patient le simple conseil de se munir systématiquement de ses ordonnances en cours de validité lors de la consultation chez tout spécialiste.

Cela pourrait d'ailleurs être utile pour un simple conseil à l'officine, les médicaments conseils n'étant pas anodins comme le pensent certains qui voudraient les voir dans les rayons de nos supermarchés pour plus de profit au détriment de la santé de nos concitoyens. C'est souvent le moment de leur suggérer de créer leur « *dossier pharmaceutique* » [Ordre national des pharmaciens, 2015], qui consiste, pour un meilleur suivi du patient à recenser sur la carte vitale tous les médicaments délivrés au cours des quatre derniers mois. D'aucun le ressent comme une violation de son intimité, persuadé que la sécurité sociale les surveille. Pourtant, il faut ouvrir le dialogue et aller au delà de ces appréhensions afin de démontrer le bien-fondé d'une telle mesure qui vise à lutter contre la iatrogénie médicamenteuse. Utilisable dans toutes les structures de soin, elle permet d'ailleurs de coordonner les soins entre la ville et l'hôpital. Si le travail de communication est bien mené par le pharmacien, par l'ouverture de son dossier pharmaceutique, en plus de mettre en place un outil très utile dans l'exercice de son métier, il renforcera la relation de confiance entre le soignant et le soigné. Le patient se sentira encore plus sécurisé et n'hésitera pas, lors d'un passage au comptoir pour un simple rhume, à sortir sa carte vitale afin d'éviter toute interaction.

III - 1 - E - les entretiens pharmaceutiques

Pour l'instant limités à quelques pathologies et traitements médicamenteux (AVK, asthme, diabète), les entretiens pharmaceutiques permettent un dialogue constructif avec nos patients pour s'assurer de la connaissance complète de leur maladie et de l'intégration des traitements mis en place.

Il se déroule dans un espace où l'intimité sera respectée. C'est un moment privilégié où patient et pharmacien sont à un même niveau, n'étant plus séparés par le comptoir, mais réunis autour d'un bureau ou d'une table. Cette relation de subordination alors mise de côté, le dialogue d'égal à égal peut s'ouvrir : le patient se sent moins gêné de poser des questions qu'il considère

comme idiots, sans craindre d'être humilié, le comptoir est alors oublié.

Muni de questionnaires et de formulaires, le pharmacien mène alors l'entretien. Il y aura plusieurs objectifs à atteindre :

- Le premier : bien comprendre les principes du traitement (rôle du traitement, nom des médicaments, posologie, heure de prise, réaction en cas d'oubli, importance de l'observance et de la surveillance).
- Le deuxième : s'assurer de la mise en place et du suivi par le médecin des constantes biologiques du patient et en expliquer les principes et l'importance (INR (International Normalised Ratio), fréquence des INR etc.).
- Le troisième : connaître les effets secondaires du traitement ou les signes de surdosage et leur gestion.
- Le quatrième : appréhender les interactions médicamenteuses avec les autres traitements mis en place.
- Le cinquième : inculquer les règles hygiéno-diététiques notamment celles des habitudes alimentaires dans le cas des patients sous AVK.
- Le sixième : s'assurer que tous les prescripteurs du patient sont au courant de la prise des différents traitements.
- Le dernier : s'assurer que les interactions et contre-indications principales sont bien intégrées par le patient.

Ces divers objectifs devraient être ceux du comptoir au quotidien mais les conditions d'exercice ne le permettent malheureusement pas avec autant d'investissement qu'on pourrait le souhaiter de façon à exercer pleinement notre art.

III - 2 - handicap : aménagement de l'habitat et matériel médical

Aborder la notion de handicap peut paraître surprenante au vu d'une thèse qui ne traite pas spécifiquement ce sujet. Pourtant, notre souhait est de traiter la souffrance qui peut découler de tous les aspects d'une pathologie chronique. Et cela en fait donc partie. De plus, le handicap pourra très bien découler d'une complication comme l'amputation d'un membre inférieur suite au mauvais entretien d'un pied diabétique pour ne prendre que cet exemple. Il conviendra donc de

faire en sorte que dans notre officine, ce handicap ne soit plus vécu comme tel mais qu'au contraire, à l'aide d'aménagements et de comportements adaptés, nous le supprimions tout simplement, lui et la souffrance qu'il peut engendrer. Nous verrons ensuite les possibilités d'aménagements et d'aides pour que ce handicap soit réduit voire supprimé non seulement dans les murs de l'officine, mais au quotidien pour notre patient. Nous verrons donc en quoi nous pouvons aider par de simples conseils ou le recours à du matériel médical adapté, un handicap à ne plus être vécu dans la souffrance permanente.

III - 2 - A - la gestion du handicap à l'officine [Drouadaine A., 2013]

III - 2 - A - a - l'accueil des personnes handicapées moteurs

En premier lieu, il s'agira d'assurer une bonne accessibilité aux personnes à mobilité réduite, qu'elles soient en fauteuil roulant ou souffrant de toute difficulté à la marche. Nous éviterons les obstacles à la fois à l'intérieur et à l'extérieur de l'officine.

Si l'aménagement le permet, il sera préférable de mener notre entretien au niveau d'un comptoir adapté permettant un échange d'égal à égal où le patient en fauteuil ou assis (s'il a des difficultés à rester debout) se verra délivrer les médicaments par un pharmacien lui même assis sur une chaise, le comptoir prenant alors l'aspect d'un bureau.

Si le patient est l'objet d'un handicap mental, séquelles d'une maladie ou d'un accident, et dont l'intelligence et la compréhension n'est pas altérée, il conviendra de s'adresser à lui de façon normale, et de lui laisser le temps de répondre, peu importe le temps que cela doit prendre.

Enfin, n'hésitons pas à quitter notre zone de confort que constitue le comptoir, et à proposer notre aide à une personne ayant des difficultés à se mouvoir. Que cela soit pour l'installer au comptoir ou sur une chaise pour patienter, sortir son ordonnance et autres papiers nécessaires (carte vitale, mutuelle etc.), ou encore à lui apporter le sac de médicaments prêt à emmener, voire le ranger dans le panier du fauteuil par exemple.

III - 2 - A - b - l'accueil des personnes handicapées visuelles

La première notion à comprendre est celle qu'une personne handicapée visuellement ne voit pas nécessairement si le comptoir se libère. Ainsi, lorsque c'est le cas, que la personne soit accompagnée ou non, il faudra prendre le réflexe de s'adresser à elle, et non pas à l'accompagnant, cela pouvant être source de souffrance, d'humiliation.

Un autre réflexe à avoir sera celui de prévenir quand on quitte le comptoir afin d'aller chercher les médicaments prescrits sur l'ordonnance.

Enfin, nous n'hésiterons pas à prévenir la présence d'éventuels obstacles qui pourraient gêner dans ses déplacements, malgré l'usage éventuel d'une canne blanche.

III - 2 - A - c - l'accueil des personnes handicapées auditives

Tout d'abord, le pharmacien sera attentif à tout signe pouvant l'interpeller sur un problème d'audition, que cela soit la présence d'un carnet et d'un crayon, un doigt tendu vers l'oreille associé à un signe négatif de la tête, ou simplement une personne communiquant par le langage des signes.

Les personnes malentendantes compensent en partie en prenant l'habitude de lire sur les lèvres. Nous devons donc dans ce cas acquérir le réflexe de parler sans tourner le dos à notre interlocuteur et bien s'adresser à lui face à face. D'autre part, nous éviterons tout obstacle à la lecture labiale (chewing-gum, main devant la bouche, port de moustache et/ou de barbe, faible éclairage)

Enfin, deux autres précautions seront prises. La première sera l'absence de bruit de fond dans la pharmacie, les fonds sonores avec radio étant très fréquents. Deuxièmement, les phrases prononcées seront courtes et bien articulées, et si elle n'a pas été comprise, on préférera reformuler voire avoir recours à l'écriture plutôt que de répéter.

III - 2 - B - l'aide à la gestion du handicap et de ses contraintes au quotidien

Notre rôle de conseil est ici primordial. Il faut faire prendre conscience à nos patients qui souffrent d'un handicap quel qu'il soit, qu'ils ne doivent pas se sentir diminués. Un handicap est vécu comme tel dès lors que la personne vit dans un environnement inadapté. Pour illustrer cette notion, il suffit d'imaginer une personne de taille « normale » évoluant dans une maison adaptée à une personne de petite taille. Se cognant la tête à chaque montant de porte, devant se plier en deux pour aller chercher ce que les meubles situés très bas contiennent.

Ainsi, le recours à des équipements qui rendraient l'environnement du patient parfaitement adéquat à sa physiologie supprimerait simplement la notion de handicap et la souffrance qui l'accompagne.

III - 2 - B - a - patients à mobilité réduite

Prévention des escarres et des chutes

Il faudra tout d'abord assurer une prévention des escarres lors de l'alitement. Leurs difficultés à se mouvoir les forcent à rester (trop) longtemps en appui sur des points de pression créant alors une nécrose tissulaire locale : l'escarre. Plutôt que d'avoir à la traiter le moment venu, notre rôle est de conseiller un matériau adapté comme des coussins ou un matelas anti escarres selon le degré d'invalidité. On pourra également recommander à l'entourage de vérifier que la personne change de temps en temps de position, soit d'elle-même, soit en la mobilisant par de simples mouvements qui pourront être appris par un kinésithérapeute.

À propos du coucher, il pourra être précisé au patient qu'il existe des lits médicalisés pouvant d'ailleurs être équipés de matelas anti escarres et qui permettent avec leur relève-buste, leur hauteur variable et leur plicature optionnelle au niveau des jambes, d'adapter la position en fonction des moments de la journée, et de rentrer ou sortir du lit en toute sécurité. Pour l'entourage, la présence de barrières optionnelles pourra être la solution pour pouvoir laisser le patient souffrant sans redouter une chute éventuelle. Enfin, des relève-bustes mobiles, des tablettes, des arceaux de lits, pourront permettre au patient alité de garder son autonomie et son

confort.

Difficultés à la marche

La démarche des personnes dépendantes peut être mal assurée et se mouvoir difficilement. En outre, leur mauvaise appréhension de l'espace et des distances les exposent à des risques lors de leurs déplacements. On devra donc anticiper leurs mouvements en diminuant les obstacles qu'ils pourraient alors rencontrer. De plus, on supprimera tous les meubles susceptibles d'entraver leur circulation dans les couloirs et les pièces du domicile, ainsi que tout objet pouvant blesser comme les meubles très anguleux et les revêtements rugueux.

Concernant les difficultés à la marche, nous aurons trois types de solutions. La première sera celle des fauteuils roulants dont il existera deux types en fonction du degré d'invalidité. Il s'agira de savoir si le patient peut lui même assurer ou non sa propre mobilité à l'aide de ses bras en poussant les roues. La deuxième solution sera celle des déambulateurs de type adapté aux capacités du patient. S'il peut le soulever, nous aurons préférentiellement recours au déambulateur classique. Sinon, ce sera les déambulateurs à roues. Si la personne est apte à utiliser un système de frein, le recours aux déambulateurs trois ou quatre roues sera possible, sinon, on préférera le recours aux déambulateurs deux roues. Enfin, le troisième et dernier recours sera celui des cannes.

Enfin, un simple encouragement quant à la faisabilité du trajet pourra rassurer le patient.

Hygiène et risque de chute

Une des grandes complications lors de difficultés à la mobilité est celle des chutes lors de la toilette. Il ne faut donc pas hésiter à recommander les équipements d'aide à l'hygiène. C'est le cas aussi des personnes âgées de plus de 65 ans chez qui les chutes au domicile sont pour 50 % des chutes dans la salle de bain. La chute, symbole de dépendance et de perte d'autonomie doit être dédramatisée et faire l'objet d'une discussion qui permet aussi d'apprécier l'état de santé et la qualité de vie du patient. Dans la salle de bain, on peut recommander la chaise ou le tabouret de douche ainsi que les tapis antidérapants qui permettent au patient d'économiser ses forces. Dans la baignoire, un siège de bain, une éponge à long manche, des barres d'accès au bain sont idéaux pour limiter les efforts et faciliter l'accès à la baignoire. Enfin, dans les toilettes, des barres de

maintien, un rehausseur ou un cadre de toilettes sont autant de dispositifs permettant un accès facilité aux commodités.

L'habillement

Nous habiller le matin est un rituel où la plupart de nos mouvements sont irréfléchis car ancrés dans notre cerveau comme des automatismes, des gestes auxquels nous ne pensons même plus. Mais pour certaines personnes, le simple fait de mettre une chaussette est inenvisageable sans aide.

Pour les personnes ayant préservé un minimum d'autonomie, il ne faudra pas hésiter à mettre à disposition des instruments auxiliaires comme un chausse-pied, un enfile-chaussette, des lacets élastiques permettant de lacer les chaussures à l'avance ou encore un enfile-bouton, autant d'accessoires que nous pouvons fournir à nos patients via nos fournisseurs de matériel médical, et auxquels nous ne pensons pas de prime abord. On privilégiera les vêtements amples faciles à enfiler. Pour les femmes, on recommandera le port de soutiens-gorges s'ouvrant par devant. Enfin, on préférera l'usage de chaussures montantes généralement plus faciles à mettre.

L'autonomie est à encourager au maximum. Il ne faut aider son proche que lorsqu'il en a besoin. Et s'il le fait même très lentement, laissons-le le faire à son rythme.

III - 2 - B - b - patients et incontinence urinaire

L'incontinence urinaire peut être la conséquence d'un certain nombre de traitements.

Incontinence urinaire transitoire : les causes iatrogènes	
Médicaments	Effets
Diurétiques	Remplissage vésical brutal
Anticholinergiques	Inhibition des contractions vésicales
Sédatifs et hypnotiques	Confusion mentale
Opioïdes	Inhibition des contractions vésicales
Agonistes alpha-adrénergiques	Hypertonie sphinctérienne
Antagonistes alpha-adrénergiques	Hypertonie sphinctérienne
Antagonistes calciques	Diminution des contractions du détrusor

[Collège National des Enseignants de Gériatrie, 2000]

Pour commencer, les personnes avec ce genre de traitements et souffrant d'incontinence pourront se voir conseiller des mesures hygiéno-diététiques et/ou comportementales :

- Malgré ce que l'on pourrait penser, il faut insister sur le fait qu'il faut continuer à boire au moins 1,5L d'eau afin d'assurer une bonne hydratation. Toutefois, on peut recommander de reporter la plus grande partie des prises en début de journée si l'incontinence est à prédominance nocturne.
- Il faut limiter la consommation de boissons diurétiques dont les principales représentants sont l'alcool, le thé, le café et les sodas contenant de la caféine.
- Une réévaluation des traitements médicamenteux susceptibles d'aggraver ou de provoquer l'incontinence doit être suggérée.
- On recommande de s'obliger à bien vider sa vessie après chaque miction, notamment avant le coucher.
- Il faut prévenir les infections urinaires qui peuvent être fréquentes dans ce genre de cas, ainsi que les troubles de la prostate, le cas échéant.
- La constipation doit être traitée dans la mesure où une sollicitation trop intense des muscles abdominaux lors de la selle peut s'avérer néfaste pour le sujet au muscle vésical déjà hyperactif.
- Le sujet doit faire en sorte d'éviter surpoids et sédentarité qui sont non seulement des facteurs de constipation, mais aussi parce que le surpoids exerce une pression supplémentaire sur les muscles et la vessie, aggravant l'incontinence.
- Le tabac peut majorer l'incontinence d'effort par la toux qu'il provoque et la pression abdominale que cela provoque.
- On recommande d'éviter les sports sollicitant trop le périnée, notamment la course à pied, les sauts, l'aérobic, le volley-ball ou la musculation intensive.

En second lieu, il est pertinent d'aborder la rééducation périnéale. Les appareils de rééducation uro-gynécologiques agissent par électrostimulation du plancher pelvien. Cela provoque une stimulation des muscles élévateurs de l'anus (faisceaux musculaires du périnée) et par conséquent, du muscle sphincter de l'uretère (celui qui assure la continence urinaire) ainsi que du sphincter de l'anus. Cependant, les résultats n'étant pas instantanés, il sera aussi intéressant de conseiller l'usage de protections adaptées à la mobilité de la personne, allant de la protection à disposer dans le fond du sous vêtement comme une serviette intime, au change complet, dont le

système sera proche de celui d'une couche culotte pour bébé pour les personnes à mobilité très réduite qui seront toutefois beaucoup plus pratiques à changer. Pour les fuites importantes mais un patient encore mobile, on aura le *pant*, modèle intermédiaire entre la simple protection et le change complet qui peut s'enfiler aussi simplement qu'un boxer.

III - 2 - B - c - patients et déficience mentale

Outre la réévaluation des traitements qui pourront être responsables de démences à l'origine de déficiences mentales, quelques conseils pourront aider au quotidien et le patient, et l'entourage :

- placer des pancartes avec des images sur les portes et dans sa chambre ; utiliser des couleurs ou symboles facilement identifiables pour l'aider à s'orienter.
- Il faut s'assurer que la personne ne quitte pas seule la maison et il est recommandé d'installer des verrous aux portes. Le cas échéant, prévenir les voisins et amis qu'elle ne doit pas sortir seule.
- Enfin, on fera en sorte que la personne soit identifiable en tout temps (gourmette, pendentif avec inscription de l'identité et de l'adresse.
- L'entourage devra avoir sur soi une photo récente.

III - 3 - transformations des habitudes et conseils pour le patient et l'entourage.

Nous l'avons vu, la perte de la bonne santé s'accompagne d'une transformation parfois radicale de la personnalité et, plutôt qu'une diminution, on parlera d'évolution des capacités du patient. Avec elle, il sera parfois dans l'impossibilité de s'épanouir dans ses anciens loisirs physiques, dans ses habitudes qui jalonnaient ses journées, dans ses plaisirs culinaires, etc. Face à ces circonstances, nous l'avons décrit dans les réactions du patient face à la maladie grave et au handicap parfois consécutifs, le patient réagira schématiquement de deux façon diamétralement opposées.

III - 3 - A - la tristesse et l'inactivité

Face à une telle réaction, on peut donner plusieurs conseils à l'entourage que nous pouvons d'ailleurs appliquer à nous même au comptoir :

- Il faut faire sentir au souffrant qu'il déborde de vitalité et qu'il peut être actif, même dans l'hypothèse où sa mobilité est réduite.
- Il faut l'encourager à faire des activités physiques, manuelles et/ou culturelles compatibles avec son état de santé.
- Pourquoi pas également l'inciter à maintenir une vie sociale en devenant membre d'un club ou d'une association.
- Il faut stimuler et entretenir sa bonne humeur en étant à son écoute et en jouant sur le terrain de la confiance (en veillant toutefois à préserver la distance nécessaire entre un professionnel de santé et son patient pour ce qui concerne le pharmacien). Pour ce faire, user de compliments et exprimer le plaisir à partager avec lui seront un bon moyen.
- Mais quoiqu'il advienne, la règle d'or à respecter sera de ne jamais le forcer et le laisser faire uniquement ce dont il a envie.

III - 3 - B - la colère et la rage

Même si l'on a un reste dans l'armoire à pharmacie et qu'on a pu s'en servir pour soi même ou dans une autre circonstance, il ne faut JAMAIS recourir à des médicaments pour calmer le patient hors de lui sans avis médical. Nous l'avons vu dans les projections agressives, il faut un fautif et sa violence verbale n'est que la manifestation d'un esprit qui cherche à reprendre prise sur le présent.

Dans des schémas de régression, il sera parfois utile de se comporter avec lui comme avec un enfant, l'ignorer pour lui montrer que s'énerver ne lui donnera pas ce qu'il veut, garder son calme et au contraire récompenser sa gentillesse. Il faut éviter de céder à des demandes injustifiées car plus tard, dire non sera plus difficile.

III - 4 - associations de patients et de professionnels de santé

La réaction du souffrant face aux associations de patients auxquelles il pourrait se joindre sera ambivalente.

Il pourra y être fermement opposé, car ce serait pour lui admettre son état qu'il juge diminué. Partager cela sans complexe avec des personnes souffrant du même mal serait alors pour lui à la limite de l'indécence. En effet, partager son tourment avec des inconnus reviendrait à ouvrir son intimité qui reste son seul refuge face à des souffrances qu'il n'est pas en mesure de supporter.

Ou, au contraire, le patient pourra se montrer ouvert à toute solution et verra en ces associations le moyen de s'informer sur sa maladie. En effet, elles rassemblent de nombreux patients mais aussi des professionnels de santé. Le but de ces associations est multiple.

Le premier objectif sera celui d'une meilleure connaissance de sa maladie, de sa physiopathologie, son évolution et ses traitements. Avec la connaissance des traitements, le deuxième objectif qu'elles remplissent grâce à l'intervention des professionnels de santé est l'éducation thérapeutique, complémentaire de celle que nous ferons au comptoir. Notons au passage qu'une information entendue deux fois, plutôt que d'impatisser, renforcera la relation de confiance entre patient et pharmacien. L'éducation thérapeutique permettra d'éviter de nombreux mésusages des médicaments, une des premières causes de iatrogénie. Le troisième objectif sera celui de l'intégration sociale avec des personnes qui partagent les souffrances du patient, une communauté plus apte à le comprendre que son monde qui se dérobe autour de lui. Cette intégration sociale permettra également le partage de « trucs et astuces » concernant les traitements, la gestion des effets secondaires, les règles hygiéno-diététiques qui seront mieux acceptées et intégrées si elles viennent d'une personne qui y a eu ou y a recours. Enfin, cette communauté composée de patients et de professionnels de santé est disponible pour répondre aux questions même les plus simples que le patient n'osera parfois pas poser au pharmacien ou aux autres praticiens, mais qu'il osera poser au sein de personnes avec lesquelles il évolue sur un pied d'égalité.

Conscient de cela, il sera dès lors judicieux d'en connaître certaines pour quelques grandes

pathologies comme le diabète et l'asthme par exemple, deux pathologies qui font partie du pool de celles couvertes ou en phase de l'être par les entretiens pharmaceutiques. Ainsi, nous citerons respectivement MAREDIA, la maison régionale du diabète, et la maison de l'asthme qui remplissent tous ces objectifs auprès des patients et les aident à mieux vivre et accepter leur maladie.

III - 5 - le cas particulier des aidants [TENA, 2014]

III - 5 - A - une expérience éprouvante

Prendre soin d'un proche est une expérience généralement intense qui peut s'installer sur la durée et exiger de la part de l'entourage une refonte totale du planning et du mode de vie. Focalisés sur le bien être et la qualité des soins de leur proche dont ils s'occupent ils auront parfois tendance à négliger leurs propres besoins.

Il ne faut pas se charger seul de toutes les tâches et assumer seul toutes les responsabilités, ce qui épuiserait les ressources de l'aidant qui doit prendre conscience que demander de l'aide n'est pas un aveu de faiblesse. C'est même le meilleur moyen d'apporter au proche que l'on aide des soins d'une meilleure qualité. Il faut encourager l'aidant à solliciter les autres membres de la famille ainsi que les associations et les SSIAD (Services de Soins Infirmiers À Domicile). Il ne faut surtout pas s'enfermer dans des systèmes de pensées comme « personne ne peut s'occuper mieux de mon proche mieux que moi ». Enfin, ce qui est primordial sera le fait d'apprendre à s'occuper de soi.

III - 5 - B - mener une vie saine

Afin de pouvoir donner le meilleur de soi-même pour son proche, il ne faut pas perdre de vue qu'on ne peut le faire que si l'on conserve de bonnes conditions physiques et psychologiques.

Un manque de sommeil est fréquemment rencontré chez l'aidant qui doit s'occuper de son proche, parfois même la nuit. Si le sommeil est altéré, il faut prendre du temps pour soi dans la journée pour compenser cette fatigue qui ne ferait qu'augmenter le stress émotionnel qui pourra

être évacué par la pratique d'un exercice physique régulier.

Un deuxième risque avec le manque de sommeil sera celui de l'isolement. Il n'est pas rare en effet que l'aidant culpabilise à l'idée de laisser son proche pour prendre du bon temps et se détendre avec ses amis. Il est pourtant essentiel, toujours afin de limiter le stress émotionnel voire même l'apparition de troubles physiques et psychologiques, de s'aérer l'esprit avec des amis ou en consacrant du temps à ses passions et ses loisirs. Il faudra également ne pas s'isoler du reste de la famille et leur consacrer aussi du temps.

III - 5 - C - organiser son emploi du temps

Il n'est pas évident d'associer obligations et besoins. Pour cela, il va falloir faire du tri, surtout dans les obligations, et établir des priorités. La question de base à se poser sera de savoir si ce que l'on fait est vraiment nécessaire. Cela permettra déjà de faire un premier élagage.

Il faut se fixer des objectifs réalistes avant de s'engager en quoi que ce soit, et pourquoi pas même s'en fixer certains nécessitant la participation de plusieurs membres de la famille, ce qui ne pourra qu'être bénéfique pour tous. Il ne faut pas en outre exclure les autres membres de la famille mais leur montrer qu'ils peuvent eux aussi se rendre utiles.

Enfin, il faut que l'aidant apprenne à dire « non » lorsque la limite est atteinte et qu'on lui en demande trop.

III - 5 - D - une relation émotionnellement forte

A la fois réconfortante et envahissante, la responsabilité de s'occuper d'un proche entraîne des bouleversements professionnels, sociaux et émotionnels.

On observe chez les aidants la naissance d'un sentiment de satisfaction quant au fait de s'occuper de son proche. L'aidant va se découvrir des qualités méconnues et souvent avouer évoluer en tant que personne de par cette situation. On recense six qualités reconnues : une qualité de rassemblement des personnes et de création de liens plus étroits ; une valorisation du temps passé avec un proche ; une amélioration des capacités d'organisation ; un élargissement des valeurs ; une augmentation du sentiment de compassion ; le déclenchement de questions sur son propre futur.

En fonction de l'évolution de l'état de santé du proche, l'aidant se verra tiraillé entre des sentiments antagonistes. Il sera à la fois satisfait de contribuer au bien-être de son proche mais aussi confronté à un sentiment d'impuissance devant une maladie qui évolue parfois. Il appréciera et trouvera gratifiant de passer du temps avec son proche mais culpabilisera dès qu'il voudra s'accorder du temps pour lui, voire même culpabilisera de s'occuper de son proche au détriment de son foyer. Ces hauts et bas sur le plan moral peuvent être mieux appréhendés par le recours à des aides que constituent les psychologues ou autres associations d'aidant, services sociaux, sans oublier les autres membres de la famille.

Il n'est pas rare non plus que des problèmes d'ordre financier surviennent à cause des bouleversements professionnels et une augmentation des dépenses (frais médicaux, aménagements du domicile etc.). Il faut alors recommander à l'entourage de ne pas hésiter à recourir aux aides disponibles en les orientant vers les services sociaux.

III - 5 - E - une santé mise à mal

La fatigue qui souvent s'accumule pourra constituer un facteur qui aggrave, voire contribue aux problèmes de santé de l'aidant qui aura tendance à s'ignorer en mettant ses souffrances de côté. Il faudra que l'aidant prenne conscience de l'importance d'aller consulter un médecin rapidement en cas de problème de santé et de ne pas se négliger. En tant qu'aidant ou proche de l'aidant, il est donc vital de veiller aux multiples signaux d'alertes d'une dégradation de la santé physique et/ou mentale.

On recensera la perte d'énergie, le sentiment constant de fatigue, la somnolence qui signe un épuisement des ressources physiques de l'aidant ; l'isolement qui montre une implication trop grande au détriment de sa propre personne ; l'augmentation de la consommation d'alcool, de tabac et/ou de médicaments, témoins d'une situation de fuite ; la perte de mémoire, les difficultés de concentration, une productivité généralement faible, marque d'un début d'atteinte psychologique ; la diminution de l'intérêt pour les activités et les gens, premiers signes d'une dépression débutante; de même pour l'augmentation ou la diminution de l'appétit ; les sautes d'humeur fréquentes, l'irritabilité, la nervosité mettront en évidence un point de limite atteint ; un manque de considération inhabituel envers les personnes que l'aidant côtoie ; des problèmes au travail ou économique ; une diminution de l'affection et de l'intérêt ou un traitement méprisant à l'égard du proche avec une inversion des sentiments.

Devant tout signe de cette liste exhaustive, le pharmacien aura son rôle quant à la sonnette d'alarme à actionner. Il devra informer l'aidant et son patient quant aux complications sur un état de santé galvaudé et mettre en garde contre tous les points sensibles d'une prise en charge trop impliquée d'un aidant qui aura tendance à se négliger. Enfin, il ne faudra pas hésiter à insister sur l'importance des acteurs sociaux et de santé et leur recours pour aider à la prise en charge du souffrant, ce réseau que nous allons développer dans la dernière partie.

III - 6 - les autres professionnels de santé et le maintien à domicile

Si le pharmacien possède une position centrale et de première ligne car accessible sans rendez-vous, il n'est qu'un maillon parmi la longue chaîne des professionnels de santé. Il ne faudrait pas que galvanisés par cette pseudo autorité dans la vie de nos patients nous frôlions l'exercice illégal de la médecine et nuisions à leur santé et leur équilibre parfois précaire. Il nous faut au contraire reconnaître et avouer nos limites quand une souffrance nous apparaît ou qu'une aide est explicitement demandée et que cela sort de notre domaine de compétence. Il nous paraît alors utile pour clôturer cette thèse de faire un rapide panorama sur les différents éléments du réseau de soin français. Sans entrer dans les détails, nous ne ferons que mentionner leur rôle, ce qui pourra constituer la connaissance indispensable pour savoir quand et pourquoi réorienter le patient vers chacun de ces professionnels.

III - 6 - A - le médecin généraliste

Les missions du médecin traitant sont définies dans la convention médicale du journal officiel de la république française du 25 septembre 2011 :

- il garantit le premier niveau de recours aux soins ;
- il dirige son patient vers les spécialistes nécessaires et les informe de l'état de santé de ce dernier ;
- il concourt à l'élaboration de protocoles de soins ;
- il réunit les informations sur les soins prodigués au patient et l'insère dans son dossier médical personnalisé ;
- il doit informer des possibilités d'accès aux soins aux heures de fermeture de son cabinet.

III - 6 - B - le médecin spécialiste

Comme son nom l'indique, il dispose d'une expertise lui permettant, dans un domaine précis, des investigations médicales poussées et une réponse ajustée au patient. Il participe à la santé de ses patients quant aux pathologies relatives à sa spécialisation.

Dès le diagnostic établi, il met en œuvre le traitement le plus adapté. Il accompagne le patient sur la durée et surveille l'évolution de son état de santé. Il possède par ailleurs une fonction de surveillance et de prévention non négligeable auprès des populations à risques. Ils assurent par ailleurs l'encadrement et l'éducation thérapeutique lors de la mise en place de traitements lourds.

III - 6 - C - le psychiatre

Le psychiatre est avant tout un médecin, il pourra par conséquent démêler problèmes d'ordre psychologique, et les symptômes derrière lesquels il faut soupçonner une maladie physique. Le psychiatre est habilité à prescrire n'importe quel médicament. En plus d'une compétence psychothérapique générale, il peut avoir une surspécialisation en thérapie familiale, en thérapie cognitivo-comportementale (TCC), en thérapie interpersonnelle (TIP) ou en psychanalyse dont nous avons vu la nécessité dans la prise en charge de la dépression dans certains cas.

III - 6 - D - le psychologue

Le psychologue assure une qualité d'écoute et de thérapie. N'étant pas médecin, il n'a cependant pas droit de prescription. En plus d'une compétence psychothérapique générale, il peut avoir, tout comme le psychiatre une surspécialisation en thérapie familiale, en thérapie cognitivo-comportementale, en thérapie interpersonnelle ou en psychanalyse.

Toutefois, le psychologue n'a aucune formation systématique à reconnaître les intrications maladies physiques et psychiques. Il n'est donc pas apte à les détecter ni à les soigner, contrairement au psychiatre qui lui est médecin.

III - 6 - E - les SSIAD (Services de Soins Infirmiers A Domicile)

Les SSIADS ont pour objectifs de faire bénéficier aux patients de soins infirmiers, de soins d'hygiène générale et de soins paramédicaux pour prévenir ou retarder la perte d'autonomie, afin de repousser une entrée en institution (maison de retraite), d'éviter une hospitalisation ou au contraire faciliter le retour au domicile du patient après une hospitalisation.

Gérés par des infirmières coordonnatrices, les équipes pluridisciplinaires sont constituées :

- **d'infirmiers(ères)** qui assurent une surveillance médicale et les actes infirmiers classiques : pansements, injections, médicaments, soins d'escarres ...
- **des aides-soignants(es)** qui effectuent les soins d'hygiène et de confort : lever, toilette, habillage, repas si celui-ci a été préparé, coucher ...
- **de kinésithérapeutes [Insitut national du cancer, 2015]** spécialisés dans la rééducation des différentes parties du corps. Cela assure au patient un maintien voire une récupération de la facilité de mouvement. Ils interviendront sur prescription médicale. Une prise en charge adaptée au patient (âge, maladie, état de santé, antécédents médicaux etc.) est alors proposée. Une activité régulière permet au patient de réduire sa fatigue et d'améliorer son rythme cardiaque, sa capacité respiratoire et sa force musculaire, ce qui limitera les douleurs osseuses et musculaires que certains traitements pourront occasionner. L'amyotrophie ou perte musculaire dont certains traitements comme les corticoïdes ou tout simplement l'inactivité pourront être à l'origine sera limitée par une activité physique qui suscitera la fabrication de nouvelles fibres musculaires. Une « bonne fatigue » physique liée à la reprise d'une activité permet un endormissement plus court et un sommeil davantage réparateur. Des techniques de relaxation pourront être enseignées afin d'optimiser les périodes de repos et la récupération. Dans le cadre des cancers, gymnastique et massages pourront rétablir une bonne circulation sanguine et lymphatique afin de retrouver une facilité de mouvement, qui, ajoutée à la force retrouvée rendent le goût de l'effort. Enfin, ce programme individuel sera instauré par le masseur-kinésithérapeute et l'équipe soignante.
- **de pédicures-podologues** spécialisés dans les soins des pieds particulièrement fragiles chez des patients dont la mobilité réduite les sollicite peu.
- **d'ergothérapeutes** dont le rôle est la prévention et la réduction des situations de handicap en maintenant les activités du quotidien de manière sécurisée, en tenant compte des

habitudes de vie et de l'environnement du patient. Pour faciliter ces activités du quotidien, l'ergothérapeute étudie, conçoit et aménage l'environnement pour le rendre accessible. Il préconise et utilise entre autres des appareillages de série et des aides techniques. Les ergothérapeutes interviennent à tout âge de la vie et exercent dans des domaines d'activité variés, notamment le maintien à domicile.

- **d'aides ménagères** dont l'implication dans les activités quotidiennes sera diverse et variée, tant que cela ne touche pas les soins.

La sollicitation de ces services se fera auprès de diverses instances dont, en premier lieu, la mairie et le conseil municipal qui en sont les gestionnaires. Toutefois, on pourra également se renseigner auprès des services sociaux parfois plus accessibles. Enfin, certains centres pour seniors ont des rapports privilégiés avec ces réseaux de soins et pourront aisément renseigner le patient et son entourage dans les démarches à suivre.

III - 6 - F - le sophrologue

Nous pouvons aussi citer le sophrologue, qui, utilise des techniques de méditations basées sur des exercices respiratoires et la détente qui permet notamment de lutter contre l'anxiété et le stress.

IV - cas de comptoir

IV - 1 - un cas de maladie d'Alzheimer

M. P. Loïc, jeune homme d'une vingtaine d'année arrive à la pharmacie avec une ordonnance pour sa grand mère.

Docteur X.

Médecine Générale

Le 01/04/2015

Mme P. Huguette

1 - Perindopril 2 mg	[Coversyl® 2,5 mg]	1 le matin
2 - Rabéprazole 20 mg	[Pariet® 20 mg]	1 le matin à jeûn
3 - Atorvastatine 20 mg	[Tahor® 20 mg]	1 le soir
4 - Mémantine 20 mg	[Ebixa® 20 mg]	1 / jour
5 - Rivastigmine 9,5 mg patch	[Exelon® 9,5 mg]	1 / jour
6 – Oxazepam 10 mg	[Seresta® 10mg]	1 le soir

Docteur X.

IV - 1 - A - maladie d'Alzheimer, maîtrise et vulgarisation médicale

Quand le pharmacien demande à Loïc si le traitement est habituel ou s'il y a des changements de posologie, celui-ci répond qu'il ne sait pas trop. En effet, explique-t-il, sa grand-mère a été diagnostiquée comme souffrant de la maladie d'Alzheimer depuis une petite dizaine d'année. Son grand-père s'en est toujours très bien occupé. Mais récemment, un accident l'a obligé à rester à l'hôpital pour un temps, rendant nécessaire pour son épouse un hébergement provisoire chez ses enfants, les parents de Loïc. Il est donc chargé de ramener le traitement de sa grand-mère à la maison.

En discutant avec Loïc, il manifeste alors la volonté de comprendre la maladie. Il voyait très peu sa grand-mère, mais il n'arrive pas à comprendre comment le cerveau peut se détraquer au point de ne plus reconnaître même sa famille. Et comment des médicaments peuvent-ils aider à retrouver la mémoire ? Va-t-elle guérir ?

Avec ces premiers éléments, il est aisé de remarquer que Loïc accorde un intérêt non négligeable à la pathologie, ses mécanismes et ses traitements. Nous pourrions lui mettre une étiquette et dire que Loïc est dans l'isolation, en cherchant à comprendre la maladie et ses traitements afin d'arriver à une certaine maîtrise. Cela créerait une certaine distance avec sa grand-mère par le truchement d'une connaissance scientifique de la maladie, et d'autre part, il pourrait avoir l'impression d'avoir un certain pouvoir sur celle-ci, puisqu'il en connaîtrait désormais les mécanismes et les traitements. Et quand bien même cela serait exactement le cas, pourquoi priver Loïc de nos connaissances scientifiques à propos de cette maladie ? Dans ce cas de figure, il pourrait être adéquat, avec un discours scientifiquement exact mais intelligible de décrire en quelques minutes ce que la recherche nous a amenés à découvrir de la physiologie de la maladie d'Alzheimer.

Par exemple : « pour une raison encore mal connue, certaines régions du cerveau se trouvent altérées par des plaques dites « séniles ». Une de ses causes est la trop grande stimulation de certains récepteurs par des substances que libère trop intensément le cerveau de votre grand-mère. Cela a notamment pour conséquence, une sécrétion devenue insuffisante de l'acétylcholine, une substance importante dans les mécanismes de mémorisation. Concernant le traitement, l'objectif sera donc double, à la fois diminuer la stimulation nocive des récepteurs cérébraux impliqués dans l'apparition et le développement des plaques, le rôle de l'Ebixa®. L'autre stratégie sera de faire en sorte que l'acétylcholine qui est en trop faible quantité augmente dans le cerveau, et cela en empêchant la destruction, le rôle du patch d'Exelon®. »

Avec un discours comme celui-ci, somme toute, assez simple à comprendre, la maladie est alors désacralisée et le caractère tout-puissant d'une force, qui s'abat sur qui elle veut, perd de son emprise.

Ensuite, pour répondre au second questionnement de Loïc quant à une éventuelle guérison, il faudra bien prendre garde à la façon d'aborder le sujet de l'avenir de sa grand-mère. En tant que praticien, nous pourrions être tenté devant quelqu'un qui semble posé et apte à comprendre, de

révéler que selon l'avancée de la recherche, la guérison n'est pas envisageable et que la maladie ne fera qu'empirer, ce qui constituerait la « fuite en avant » abordée dans les *mécanismes de défense du soignant*. Il conviendra donc d'expliquer que malheureusement, les traitements ne guérissent pas la maladie d'Alzheimer. Toutefois, on peut espérer un retardement de l'évolution de la maladie, voire même dans quelques cas une amélioration. Nous devons, sans toutefois aller sur le terrain du mensonge ou de la fausse réassurance en parlant de guérison, dire qu'il faut espérer que le traitement puisse l'aider à aller un peu mieux, ou à défaut, l'aider à ne pas aller moins bien. Car ne l'oublions pas, même si ce jeune homme expliquait au début de la conversation qu'il n'était pas très proche de sa grand-mère, il n'en est pas moins affecté. Quoiqu'il en dise, elle reste de sa famille, ce qui constitue un lien particulier. D'autre part, l'image de la personne vieillissante le renvoie à sa propre vieillesse, et mort, et pourquoi pas aussi à la question de l'hérédité de la maladie qu'il pourrait se poser un jour.

IV - 1 - B - maladie d'Alzheimer, écoute et conseils aux aidants

Une semaine plus tard, Loïc revient et demande une cure de vitamines. En effet, depuis une semaine que sa grand-mère est chez eux, ses parents ne trouvent plus le sommeil, trop inquiets de la laisser sans surveillance, effrayés qu'elle puisse se lever et sortir de la maison. La première nuit, ils l'avaient en effet retrouvée dans la cuisine en train de fouiller dans le réfrigérateur. Devant l'horloge indiquant 1h du matin, elle était persuadée qu'il était 13h et ne comprenait pas pourquoi il faisait nuit à cette heure là.

Cette deuxième demande n'est manifestement pas celle d'un remède miracle pour rester éveillé afin de toujours garder un œil sur sa grand-mère. On peut en effet déceler en filigrane une alerte quant à une situation qui semble aller droit dans le mur. Mais quelle solution apporter ? Nous savons, et nous l'avons précédemment énoncé au patient avec tact, que la situation n'allait pas miraculeusement s'arranger au vu d'un traitement qui ne vise pas la guérison, mais la limitation de l'avancée de la maladie. Nous devons donc reconnaître nos limites sans toutefois nous avouer vaincus. Car devant une telle situation, par le simple fait d'en parler, notre patient se décharge d'un poids que nous pouvons l'aider à supporter par un partage et une écoute. Deuxièmement, nous pouvons apporter des réponses qui ne seront pas nécessairement prodigieuses, mais qui pourront ouvrir des pistes de réflexion comme des petites astuces

constituant une aide précieuse.

Pour ce type de réponse, le premier choix sera de faire preuve de bon sens ce qui n'est pas la meilleure des possibilités. En effet, nous risquons d'apporter des réponses auxquelles l'entourage aura la plupart du temps déjà pensé, ce qui renforcera le désarroi du patient. La deuxième option, la meilleure, sera de recommander des « trucs et astuces » éprouvés que l'on connaîtra soit pour avoir été confronté à la même situation, ou soit parce qu'ils auront été apportés par des professionnels de santé spécialistes dans le domaine, ou des associations de patients. C'est par exemple le cas de l'association « *France Alzheimer* » (AFA) créée à l'initiative des familles et des professionnels du secteur sanitaire et social. Elle a quatre principaux objectifs : soutenir les personnes malades et leur famille, contribuer aux progrès de la recherche, sensibiliser l'opinion et impliquer les pouvoirs publics, et enfin former les aidants familiaux, les bénévoles et les professionnels. Elle possède d'ailleurs un site internet accessible en quelques clics et qui regroupe, en plus de nombreuses autres informations utiles (groupes de paroles, soutien aux familles ...), une section consacrée à la vie quotidienne pour le souffrant et les aidants qui compile une liste de précieux conseils face aux principaux problèmes rencontrés.

Il y est spécifié, par exemple, qu'il est important de faire de l'approche du coucher un moment à ritualiser afin de rassurer la personne, l'apaiser et qu'elle aborde la phase de sommeil avec quiétude. D'autre part, il n'est pas rare que la personne qui change de lieu soit un premier temps perdue, notamment lorsqu'elle se réveille dans un lieu inhabituel. Il est alors conseillé de laisser la lumière allumée dans les annexes de la pièce de sommeil de la personne souffrante. De plus, il est aussi fréquent que la personne qui souffre de troubles de la mémoire ne se souvienne plus nécessairement si elle a mangé récemment ou non. Plus par habitude que par réelle faim elle peut se lever pour aller manger en pleine nuit. L'AFA recommande alors dans ce cas, par précaution, de disposer à proximité du lit de quoi faire un petit en-cas. Ces conseils pourront aussi être apportés par le pharmacien quoique pas forcément connus. Toutefois la connaissance de l'existence du site internet de l'association pourra être une réponse à apporter à Loïc, qui par son jeune âge sera sans doute réceptif et apte à aller chercher les informations sur un site internet reconnu comme officiel et recommandé par son pharmacien.

Quelques jours plus tard, la mère de Loïc qui a eu un très bon retour de la part de son fils quant à notre implication vient pour un problème pratique auquel il espère une réponse. Elle s'introduit d'abord en nous remerciant et nous précise que les conseils ont porté leur fruit puisque sa belle mère s'est bien adaptée à son nouvel environnement et s'est sentie rassurée dès les premières nuits. Cela nous conforte alors quant au caractère judicieux de nos conseils et la gratitude qui nous est exprimée constitue le plus beau cadeau que puisse nous faire l'exercice du conseil au comptoir. Cette introduction mise à part, Mme P. qui s'occupe de la toilette de sa belle-mère s'épuise et voudrait savoir si nous aurions du matériel adapté qui pourrait la soulager. Elle a entendu parler de matériel (chaises de douches, barres de maintiens etc.) par une voisine.

Pour commencer, l'AFA recommande l'intervention d'une personne extérieure et préférentiellement d'un professionnel dont la demande peut être faite auprès de la mairie. Deuxièmement le moment de la toilette doit être abordé davantage comme un plaisir plutôt qu'une contrainte. Ainsi, le choix même du terme utilisé est important. L'AFA donne par exemple deux expressions comme "se faire beau", ou "s'occuper de lui/elle". Enfin, dans le cas présent où la famille fait les soins de toilette, le pharmacien pourra alors proposer les nombreux matériels qui peuvent aider et faire de ce moment un soin classique et aisé avec des outils adaptés. Il y aura par exemple les barres de maintien, les chaises de douche, les tapis antidérapants etc. D'autre part, si la toilette s'avère encore plus délicate, certains laboratoires comme Tena proposent des gants à usage unique imprégnés de savon qui ne nécessitent pas de rinçage. Ces mêmes gammes présentent encore des coiffes qui se présentent comme des charlottes imprégnées de shampooing qui eux aussi, ne nécessitent pas de rinçage et peuvent être utilisés dans un lit ou un fauteuil par exemple.

Enfin, Mme P. évoque l'implication de son fils qui a entrepris de s'occuper de sa grand-mère et de sa stimulation intellectuelle. Il a lu sur un forum que faire des mots croisés ou des grilles de sudoku pouvait retarder l'évolution de la maladie. Bien sûr l'avancée de la maladie de sa grand-mère lui autorise trop peu de concentration et sur de trop courtes périodes pour aboutir, mais il a eu l'idée de ressortir d'anciens jeux de société de mémorisation, auxquels elle semble prendre plaisir, bien que cela soit toujours bref. Elle aimerait donc savoir si cette initiative est une bonne idée.

Stimuler intellectuellement le patient est même une très bonne idée puisqu'il constitue un des premiers points des traitements préventifs non médicamenteux. Les associations y ont d'ailleurs volontiers recours avec des activités autres que purement mémorielles, des activités artistiques et autres. D'autre part, il ne faut pas se focaliser sur le côté intellectuel de la chose et favoriser aussi les autres activités stimulantes de façon générale, comme les promenades, les sorties culturelles tant le cinéma que le théâtre ou encore quelques concerts. La règle de base à respecter est principalement le fait que la personne apprécie ce qu'elle fait et s'y épanouisse. Il faut donc encourager les initiatives de ce genre et redonner une sensation de maîtrise sur la maladie à une famille.

IV - 1 - C - comptoir et limites du pharmacien

Face à ce cas, une dernière demande est émise de la part de Loïc qui revient à la pharmacie au bout de quelques semaines. Il exprime alors un désarroi moral. En effet, il ressent de moins en moins l'envie de rentrer à la maison. Il traîne après les cours pour prendre le bus suivant et retarder son retour. A la maison explique-t-il, la tension est palpable. La vie ne tourne plus qu'autour de la santé de sa grand-mère et des recherches auprès d'institutions capables d'accueillir ses deux grands-parents. Les oncles et tantes que Loïc ne voyaient jamais sont chaque week-end à la maison et rien que le fait de les voir le renvoie à cette situation. Quel est alors notre place face à ce type de demande ?

Il est essentiel de comprendre que dans certains cas, notre rôle de conseil prend fin. Rassurer Loïc et le persuader que tout ira bien ne serait qu'un moyen de nous débarrasser de lui et le renvoyer plus vite vers un domicile qu'il fuit et redoute toujours plus chaque jour. Lui avouer notre incapacité à faire quoi que ce soit malgré nos conseils jusque là suffisants sera alors la meilleure des options. Toutefois, il ne faut pas le laisser repartir sans réponse de notre part. Car si avouer nos limites constitue la réponse la plus honnête, il faut aussi reconnaître qu'il existe des professionnels de santé qui sauront l'écouter. Là encore, l'AFA sera l'interlocuteur privilégié vers lequel renvoyer Loïc. L'association propose, en plus de la formation des aidants, de rejoindre des groupes de paroles qui réunissent des familles concernées et animés par un psychologue et quelques bénévoles, ou encore des entretiens individuels menés par un psychologue spécialisé

dans l'accompagnement des familles lors de la prise de décisions importantes et dans la gestion des situations de crise.

IV - 1 - C - 1er cas : Conclusion

Pour conclure sur ce cas, nous devons avouer qu'il n'est pas évident, voire impossible, de retenir tous les conseils à donner pour toutes les maladies. Si l'emploi du temps le permet, il sera plus sage de proposer au patient ou à l'aidant impliqué dans les démarches du patient et dans son quotidien, de revenir un peu plus tard. En effet, se lancer dans une explication et des conseils au "feeling" et selon un certain bon sens sera la plupart du temps voué à l'échec. Pourquoi pas le proposer à une heure creuse, puisqu'il faut rester pragmatique, afin de permettre de prendre le temps à la fois de se documenter, mais aussi de rassurer et engager une réelle démarche d'écoute et de réponse aux besoins du malade et de la famille.

IV - 2 - un cas de mise en place d'une stomie

IV - 2 - A - colère, gestion et bénéfices

Mme P. Marie, ancienne employée préparatrice de la pharmacie, arrive complètement décontenancée. Elle commence par un résumé de la situation de son mari, Denis P.

Après de multiples infections urinaires, la situation dégénère il y a une semaine lorsqu'il commence à uriner une fine mousse qui s'avère être un mélange d'air et d'urine. Hospitalisé pour des examens approfondis, un diagnostic est posé : la présence d'une fistule vésicosigmoïdale, un petit conduit reliant le colon sigmoïde à la vessie permettant à l'air – d'où la fine mousse – et aux germes présents dans le colon – d'où les infections urinaires récurrentes – de migrer vers la vessie. L'intervention est alors programmée et réalisée le lendemain pour séparer les adhérences entre le colon et la vessie. Malheureusement, elle ne se déroule pas comme prévu avec des tissus trop fragilisés pour être suturés et fonctionnels. La décision est prise sur la table, l'opération se réalisera en deux temps : un premier pour enlever les adhérences et réaliser une suture définitive pour la vessie qui redevient fonctionnelle, mais aussi une suture provisoire pour le colon qui trop

fragilisé doit être mis au repos pour pouvoir cicatriser et se renforcer ; un second pour une autre intervention afin de rendre le colon à nouveau fonctionnel. Une stomie est donc mise en place en amont du colon sigmoïde.

Cependant, malgré le discours optimiste des chirurgiens, Mme P. est en colère parce que la décision a été prise sans les consulter. « *Vous vous rendez compte de ce qu'ils ont fait à mon mari ? Il lui ont enlevé sa dignité. Pour moi, il reste le même. Mais à ses propres yeux ... il m'a même parlé de suicide !* » dit-elle avant de s'interrompre tandis que les larmes commencent à couler sur un visage creusé par l'épuisement. Que faire face à une telle situation ? Quand bien même nous partagerions son avis sur le côté injuste du fait d'avoir agi sans la consulter, devons nous lui en faire part et lui montrer qu'elle a raison d'être en colère ?

Premièrement, nous pouvons identifier que le stade par lequel elle passe n'est pas celui du choc, ni du déni, au vu du résumé précis qu'elle nous a fait de la situation. Elle semble clairement avoir compris les tenants et aboutissants de chacun des actes qui a été pratiqué sur son mari. Cela peut s'expliquer par sa formation et certainement son expérience de comptoir puisqu'elle aussi, a certainement déjà été confrontée à ce cas avec certains patients. Cela va rendre l'entretien encore plus délicat et toute vérité « embellie » impossible. Avec un patient appartenant au corps médical soignant (infirmière, aide soignante, médecin, pharmacien, préparateur etc.), n'oublions pas que nous avons toujours à faire à quelqu'un de formé dans le domaine, sinon informé par son expérience de soignant, et souvent avec des exemples d'échec thérapeutique en mémoire qui resurgiront quand les rôles s'inversent. Plus généralement, il faut prendre conscience que désormais, la plupart des personnes qui viennent pour un conseil au comptoir se sont pour une grande partie d'entre eux préalablement renseignés sur des sources dont la fiabilité est malheureusement parfois médiocre. Ils attendent donc un discours assuré et scientifiquement exact.

Deuxièmement, abordons la question de l'attitude à adopter. Vis-à-vis de ce genre de situation, il conviendra d'identifier la cause de la colère de la patiente. De ce que nous a dit Mme P., la colère semble orientée vers l'équipe médicale qui a agi sans les consulter. Cependant, derrière ce discours, ce sont surtout les conséquences de l'intervention plus que le fait de ne pas avoir été impliqués dans la décision qui semble la toucher. Rassurer la patiente vis-à-vis d'une évolution favorable semble donc la meilleure solution. En effet, il convient après un premier temps de silence – durant lequel elle peut recouvrer ses esprits et pourquoi pas aussi une main sur

l'épaule démontrant notre empathie selon le degré d'intimité avec la patiente – de rappeler à Mme P. que comme l'ont expliqué les médecins, la pose de la stomie n'est que temporaire. Bien sûr ils auraient pu choisir de suturer un tissu fragilisé mais cela n'aurait fait qu'exposer son mari à un risque de septicémie par rupture de la suture. Bien sûr les médecins lui ont dit que cela pouvait être définitif si le tissu était trop altéré pour être réopéré, mais il faut insister sur le fait que les médecins sont obligés de parer à toute éventualité et donc d'expliquer les diverses possibilités. Concernant ce point, il faut donc insister sur le fait que les médecins étaient optimistes : cette solution était donc la meilleure.

Cependant, il ne faudra pas s'arrêter là dans le discours. Car, même si elle prend conscience qu'objectivement le meilleur choix ait été fait, notre patiente n'en est pas moins affectée au travers de ce qu'elle perçoit comme un viol de l'intimité de son conjoint. Il conviendra donc de manifester une certaine compassion quant à l'atteinte de la dignité de M. P. en prenant bien soin d'insister sur le côté nécessaire et surtout temporaire de la situation, un moment que nous pouvons par un matériel adapté aider à passer le moins désagréablement possible. Une fois la colère plus ou moins désamorcée, le dialogue s'engagera plus facilement alors et l'échange pourra vraiment avoir lieu. Si nous avons commencé par expliquer que cela pouvait bien se passer avec un matériel adapté sans écouter et comprendre les émotions de notre patiente, elle nous aurait premièrement moins bien écouté voire pas du tout, et serait repartie avec l'impression que seule la vente de nos produits et matériels nous intéressait. D'autre part, une fois cet échange engagé, c'est alors que la personne devient attentive et nous pose les questions qui la préoccupent réellement, ce qui aurait certainement été empêché par l'aveuglement d'un esprit en colère.

IV - 2 - B - stomie, peurs, réassurance et conseils

La colère et les pleurs de Madame P. s'apaisent. Elle s'ouvre alors et partage ses inquiétudes. « La poche sera-t-elle gênante pour l'habillement ? Devra-t-il adapter sa garde-robe et ne porter que des joggings ? Et les odeurs, il y en aura forcément ! Imaginez si ça fuit ! »

Pour répondre à ces questions, il va de soi qu'il faut soit avoir une certaine expérience de ce genre de matériel médical, soit s'être documenté. Lors de notre recherche auprès de la personne qui a partagé les inquiétudes ressenties lorsqu'elle traversait cette épreuve avec son conjoint, nous avons découvert le site internet d'une pharmacie [Delepouille, 2014] très bien réalisé où sont listés

nombre de précieux conseils hygiéniques, diététiques ou encore qui concernent la vie au quotidien. Les informations recensées sont tout à fait fiables. Si la pharmacie dans laquelle on travaille ne possède pas de fiches conseils, donner l'adresse d'un tel site pourrait être une bonne idée, pour autant que le public que l'on a au comptoir soit à l'aise avec ce genre d'outil multimédia.

Pour en revenir à Mme P., on pourra la rassurer vis-à-vis de l'habillement. Bien sûr, il conviendra que son conjoint ne porte pas de vêtements trop serrés, mais sous une chemise (non cintrée), un polo ou un pull, la poche passera inaperçue. Avec son mécanisme de fixation, elle adhère très bien à la peau et elle est parfaitement adaptée à la morphologie de la stomie. Les patients rapportent une pesanteur de la poche lorsqu'elle se remplit, ce qui rend son port inconfortable. Si l'on a peur qu'elle bouge, la fixer avec un sparadrap microporeux ou même certaines ceintures prévues à cet effet pourront rassurer sur le lieu de travail et même rendre l'exercice du sport plus aisé, chose encore tout à fait possible avec le port d'une poche de stomie.

Les odeurs et les fuites constituent une inquiétude très présente. Toutefois, rappelons-le à la patiente, l'étanchéité assure une absence de fuite des matières fécales et odeurs tant que le matériel est adapté. L'utilisation d'une pâte/crème protectrice peut renforcer l'étanchéité de la jonction poche/stomie, en plus d'assurer une protection de la peau. La constatation de tels désagréments rend nécessaire la consultation du médecin ou le passage à minima de l'infirmière stomatothérapeute afin de réadapter le support à la taille de la stomie. Il faut savoir d'ailleurs que le premier mois, la stomie va changer de taille et de morphologie rendant nécessaire le recours à du matériel non prédécoupé afin d'une adaptation quotidienne.

IV - 2 - C - 2^{ème} cas : Conclusion

Pour conclure, la patiente reviendra assurément partager ses inquiétudes et chercher à la pharmacie des solutions au travers d'un conseil hygiéno-diététique ou matériel. Nous avons vu que la gestion de la colère a été essentielle pour pouvoir introduire un conseil adapté et une participation de notre patiente à un échange actif de sa part.

IV - 3 - un cas de cancer

IV - 3 - A - déni, prise de conscience et conseils pratiques

M. T. vient le matin à la pharmacie avec une prescription pour un fauteuil roulant. Il nous explique que sa femme qui avait depuis quelques semaines des engourdissements au niveau des extrémités a tout à coup perdu le contrôle de son côté gauche. Il ne s'en fait pas, il se dit que ça va certainement revenir et que ce n'est que passer. Elle est solide, elle est passée au travers d'un cancer du sein, elle peut tout surmonter. Ils sont donc allés en urgence voir le médecin qui n'était lui-même pas très inquiet jusque là. Il a prescrit des examens complémentaires pour découvrir de quoi il retourne.

Face à ce genre de cas, on peut à juste titre se demander si l'homme que nous avons en face de nous n'est pas dans le déni et a conscience de la potentielle gravité de la situation. Il semble ne pas être affecté voire même prendre ça avec le sourire. Il s'agit tout de même de sa femme et si le médecin l'a rassuré en ne se montrant pas inquiet, nos connaissances dans le domaine médical, si minces soient-elles dans le diagnostic, nous laisse présager une atteinte nerveuse voire cérébrale dans le pire des cas. Au vu des antécédents de cancer du sein, pourrait-on se montrer pessimiste et envisager des métastases cérébrales ? Partager nos hypothèses n'est pas notre rôle. Ici, nous devons essayer de faire prendre conscience du sérieux de la situation sans toutefois déclencher une quelconque panique et laisser notre patient désemparé. Nous lui conseillons donc de hâter la prise de rendez-vous pour les examens prescrits par le médecin, lui expliquant qu'une paralysie n'est pas anodine et cache généralement une pathologie sous-jacente à ne pas négliger.

Vient ensuite le côté pratique de la situation à ne pas ignorer. Nous ne devons pas délivrer le fauteuil roulant, expliquer son fonctionnement puis renvoyer notre patient. Une hémiplegie implique aussi beaucoup d'autres contraintes. Monter les escaliers pour atteindre certaines pièces stratégiques comme la chambre ou la salle de bain qui sont fréquemment placées à l'étage, aller aux toilettes, réaliser les soins d'hygiène corporelle, s'habiller etc. Tant de gestes réflexes qui nécessitent dans ce cas une réflexion préalable à tout mouvement.

A cela, il nous répond qu'il n'y a au rez-de-chaussée qu'un WC, un bureau et une buanderie avec un petit lavabo, donc pas de quoi se laver en effet. Il réalise alors qu'il devra donc la porter ce soir jusqu'à l'étage, la transporter du lit jusqu'à la salle de bain, envisager de lui faire lui-même sa toilette, rester à côté d'elle lorsqu'elle sera aux WC, puisque nous lui suggérons qu'elle n'a dans son cas plus de notion d'équilibre avec un seul côté sous contrôle moteur etc. Nous voyons alors dans son regard et ses réflexions que la discussion lui a ouvert les yeux sur la situation. Pour ne pas le laisser sans solution, nous lui suggérons l'installation d'un lit médicalisé. Par définition réglable en hauteur, il rend plus aisé les transferts lit/fauteuil et permet les changements de positions plus facilement grâce à la potence qui pourra être mise du côté du bras valide. La télécommande enfin peut redresser le dossier et permet de passer de la position allongée à assise et inversement par la seule pression d'un bouton. Nous lui suggérons aussi de se rapprocher de la mairie afin d'envisager le passage d'une personne pour assurer la toilette de Mme T.

M.T. part de la pharmacie et nous rappelle en fin de journée. Il nous explique alors que le médecin lui a fait une ordonnance pour un lit médicalisé et nous demande s'il serait possible de lui livrer le plus rapidement possible. Rendez-vous est pris pour le lendemain matin. Il nous explique aussi qu'après une concertation familiale, il a été décidé de réaménager le bureau en chambre et d'entreprendre des travaux d'urgence afin de transformer la buanderie en salle de bain. Les membres de la famille sont nombreux à œuvrer dans le domaine du bâtiment, les travaux peuvent donc être faits sous quelques jours. Il nous apprend aussi que les rendez-vous ont été pris et que les examens sont prévus pour demain matin. Il est intéressant de constater que notre intervention a rempli ses objectifs. Notre patient n'est pas reparti abattu, mais au contraire, notre échange l'a fait réagir et fait prendre de bonnes décisions. Sans doute n'avons nous pas été le seul facteur de déclenchement dans la prise de décision. Toutefois, ne négligeons pas l'importance d'un bon conseil au comptoir. Sans doute avons nous aussi gagné sa confiance et reviendra-t-il vers nous lors d'un besoin ou une interrogation quelconque. Enfin, et surtout, nous aurons hâté le diagnostic de la cause de cette paralysie.

IV - 3 - B - médicaments et adéquation de la prescription

Quelques temps plus tard, M. et Mme T. viennent à la pharmacie. Nous leur demandons alors des nouvelles. Il sort une ordonnance et elle entame un résumé de la situation. Les examens ont amené à une consultation en urgence au service d'oncologie avec de multiples analyses

complémentaires. Après deux jours d'attente et de multiples réunions pluridisciplinaires, l'oncologue a annoncé les résultats : des métastases se sont développées au niveau cérébral, notamment au niveau des aires corticales motrices, ce qui a entraîné l'hémiplégie. Après des séances de chimiothérapies par voie intraveineuse et de piètres résultats, un changement de stratégie thérapeutique est adopté. La décision a été prise d'espacer les chimiothérapies intraveineuses et de rajouter une chimiothérapie par voie orale.

Docteur Y.

Oncologue au CHU de Rouen

Le 01/04/2015

Mme T., 51 ans, 60 kg

1 – Alprazolam 0,25 mg	[Xanax [®] 2,5 mg]		1 cp 2x/j + 1 si besoin
2 – Capécitabine 500 mg	[Xeloda [®] 500 mg]	de J1 à J14	4 cp matin et soir au repas
3 – Lapatinib 250 mg	[Tyverb [®] 250 mg]	de J1 à J21	5 cp le soir avant le repas
4 – Glycérol, Vaseline, Paraffine	[Dexeryl [®]]		4 tubes par mois
5 – Akerat 30 (Avène [®]), sur les zones de squames			1 application 2x/j
6 – Celluvisc [®]	4 à 6 fois par jour		1 goutte dans chaque oeil
7 – Vitamine A collyre			2 gouttes 3x/j
8 – Bain de bouches au bicarbonate			3x/j
9 – Brosse à dent chirurgicale 15/100			

Docteur Y.

Une telle ordonnance nécessite de s'arrêter sur les médicaments 2 et 3 qui ne sont pas délivrés tous les jours et dont la posologie, les modalités de prise, les précautions d'emploi, les effets secondaires etc. ne sont pas connus de prime abord. Nous devons en temps que pharmacien vérifier l'adéquation de la prescription avec le cas de notre patiente. Il n'y a pas de honte à avoir à consulter une monographie pour être sûr de ce que l'on délivre. De plus, expliquer à notre patiente nos limites et confesser la méconnaissance d'un médicament, de ses posologies et ses modalités de

prise par exemple ne nous décrédibilise pas. Au contraire, on reconnaît notre honnêteté et notre souci de ne pas délivrer un produit rare comme on délivre une boîte de paracétamol dont nous étudions les caractéristiques depuis la troisième année de pharmacie. Cela renforce d'ailleurs la relation de confiance entre un patient et son pharmacien. Le patient est en effet parfois perdu par la multiplicité de ses traitements qu'il ne connaît pas ou peu. Le pharmacien est ainsi perçu comme une personne qui possède ses lacunes, sait les reconnaître, et prend du temps pour les combler et s'assurer de la sécurité pour son patient et le bon déroulement de son traitement. Et ô combien serait dangereux un pharmacien qui, avec un orgueil mal placé, se réfugierait dans le mensonge et se lancerait dans des assertions avec pour seul fondement son esprit de déduction et des restes de connaissances théoriques non actualisées.

Selon la formule de Mosteller (Surface corporelle (m²) = [Taille (cm)x Poids (kg)/3600]^{0,5}), la surface corporelle de Mme T. est de 1,61 m², avec 60 kg pour 1,55 m (taille dont nous nous enquérons auprès de Mme T.). Une analyse des monographies du Xeloda[®] et du Tyverb[®] nous apprend que les posologies concordent avec une surface corporelle de 1,60. En effet, avec 1250 mg/m² deux fois par jour, nous constatons que les 2000 mg (soit environ 1,60 que multiplie 1250) deux fois par jour correspondent à une valeur tout à fait acceptable au vu des données que nous avons.

Le moment des prises est également conforme à la monographie. Toutefois nous explique Mme T., elle a déjà peu d'appétit avec la chimiothérapie. Elle essaie donc de prendre un maximum de comprimés en dehors des repas pour éviter d'avoir l'estomac rempli d'eau et de pilules et ne plus avoir la force de manger quoi que ce soit à l'heure des repas. La prise du Xeloda[®] est-elle indispensable au repas et le Tyverb[®] au début du repas ? Là encore une fois, la monographie précise que le Xeloda[®] peut être pris 30 min après le repas. Nous le recommandons donc plutôt à ce moment là pour le confort de la patiente. Quant au Tyverb[®], il doit être pris 1h avant ou après le repas, et non pas juste avant le repas, comme pouvait le laisser entendre la tournure de l'ordonnance. Cela laisse donc à Mme T. le temps de retrouver son appétit entre le verre d'eau nécessaire à la prise du médicament et le repas. Enfin, nous préciserons qu'en cas d'oubli, la prise suivante n'est pas modifiée, mais que le schéma reste identique, et aussi que le fameux grappejuice, le jus de pamplemousse, est à éviter pendant toute la durée du traitement par Tyverb[®].

Enfin, une lecture transversale des effets secondaires très fréquents ($\geq 1/10$) et fréquents ($<1/10$ et $\geq 1/100$) nous révèle l'adéquation de l'ordonnance et l'importance de détailler la suite de l'ordonnance puisqu'il y a semble-t-il au travers des autres médicaments une gestion des effets secondaires de la chimiothérapie, à savoir une prise en charge d'une anxiété et d'un stress par alprazolam, d'une sécheresse cutanée par Dexeryl[®], d'une érythrodysesthésie palmo-plantaire (syndrome main-pied) par Akérat[®] 30, d'une irritation oculaire par Celluvisc[®] et Vitamine A en collyre, et enfin d'une mucite par des bains de bouche de bicarbonate et l'usage d'une brosse à dent chirurgicale.

En discutant avec Mme T, nous apprenons qu'elle ne manifeste pas la totalité des effets secondaires pris en charge. Nous lui précisons avant toute chose que l'apparition de tout nouvel effet indésirable non précédemment présent, y compris ceux gérés par la médication délivrée ce jour, nécessite de prévenir le médecin oncologue qui peut décider de réduire la posologie du Xeloda[®] et du Tyverb[®]. Le médecin pourrait aussi envisager de stopper le traitement s'il y avait atteinte notamment du cœur et/ou des poumons, mais cette dernière partie bien qu'écrite en toute lettre dans la monographie ne DOIT pas être énoncée telle qu'elle afin de ne pas alarmer notre patiente. Nous devons insister sur le fait que les effets pourraient être de tout type comme une toux persistante par exemple.

Ainsi, il convient de décrire chaque médicament (nous ne rentrerons pas ici dans les détails) afin d'apprendre à Mme T. à se gérer elle-même en fonction de l'apparition des effets secondaires. Cela fait, nous avons atteint un des buts principaux lors du conseil associé à savoir l'éducation thérapeutique et une gestion sécurisée et autonome de l'utilisation de ses traitements par le patient lui-même. Cela est en somme valorisant à la fois pour le pharmacien qui partage son savoir et endosse pour cette occasion l'habit de professeur. Mais aussi pour le patient, qui par le truchement de la maîtrise prend un certain contrôle sur sa maladie et se sent un peu moins impuissant, le tout d'une façon sécurisée et intelligente.

IV - 3 - C - 3^{ème} cas : Conclusion

Ce dernier cas aborde succinctement le cas de l'éducation thérapeutique et n'en brosse qu'un aperçu, car nombreux auraient pu être les exemples. Être autonome dans la gestion de son traitement ; l'adapter à la situation ; prendre des décisions raisonnables en fonction de son déroulement. Ce sont tout autant de paramètres que l'intervention du pharmacien devrait être en mesure d'instaurer au comptoir. Sous une forme plus approfondie, les entretiens pharmaceutiques se mettent en place pour les patients sous traitements anticoagulants anti-vitaminiques K, les patients souffrant de diabète, et enfin ceux atteints d'asthme. Connaître le mécanisme de son médicament, les aliments auxquels il n'a pas droit ou dont il doit gérer l'apport, les médicaments qui nécessitent une précaution pour éviter une automédication dangereuse, comprendre le fonctionnement de son matériel d'injection à insuline, anticiper les prises d'insuline rapidement ou de bronchodilatateur en fonction du repas et des activités physiques, se fixer des objectifs thérapeutiques, un poids, un INR, une Hb1c (hémoglobine glyquée) etc., autant d'enjeux dont la liste n'est pas exhaustive. Cela nécessite un investissement et la rémunération n'est malheureusement pas toujours proportionnelle au temps consacré. Toutefois, le patient vit alors sa pathologie dans de meilleures conditions. Il se sent épaulé, entouré, il sait qu'au moindre doute, il pourra se tourner vers son pharmacien. Il a des atouts en main pour maîtriser en quelques sortes une pathologie qui jusque là pouvait le dépasser.

IV - 4 - Conclusion

Comme nous avons pu le voir, le pharmacien n'est pas qu'un simple épicier comme certains le font remarquer, ce qui porte à sourire quand nous voyons certains pharmaciens renier leur fondamentaux pour le devenir effectivement, sous couvert d'une conjoncture économique défavorable. Au delà de la délivrance du médicament qui reste notre activité principale, nous avons pu voir qu'il y a une gestion de personnes, de caractères, de situations. Cela s'apparente finalement plus à du management que l'on pourrait qualifier d'empathique. Il faudra savoir être à même de gérer la colère d'une personne afin de l'amener à se poser les bonnes questions ; de gérer une ordonnance et ses effets secondaires afin de correspondre au mieux à l'état de santé et des volontés de notre patient; de l'encourager dans telle ou telle autre voie ou au contraire lui

soumettre l'idée qu'il existe d'autres façons de procéder. Et dans toute situation, afin de bien choisir ses mots et ne pas transformer une situation dont souffre notre patient en un simple problème à résoudre, le pharmacien doit faire preuve d'empathie et se projeter dans une situation désagréable où la souffrance est parfois difficile à endurer.

CONCLUSION :

La souffrance est universelle. Elle nous touche tous à un moment donné de notre vie. Cela devrait-il nous exclure d'une vie sociale normale parce que nous évoluerions dans un système qui l'ignore ? Fort heureusement, ces dernières années, les mutations des réseaux coordonnés de soin dont les pharmaciens sont en pratique encore trop souvent exclus, montrent l'évolution d'une société qui vise une prise en charge globale du patient à la fois sur le plan somatique mais aussi sur le plan psychique désormais reconnu.

Pourtant si le pharmacien n'a pas encore réussi à faire sa place dans les réseaux de soin mis en place entre l'hôpital et l'ambulatorio, il reste un acteur prépondérant et souvent un des premiers sollicités par des patients qui viennent exprimer, par des plaintes, leurs complaints au comptoir. Le pharmacien pourra de prime abord répondre par la vente d'un médicament conseil à laquelle il est poussé par le contexte économique actuel. Pourtant s'il est attentif, il pourra déceler la souffrance de son patient et y répondre.

La notion de souffrance et le manque de formation à la communication qui fut le cas pour de nombreuses générations de pharmaciens laissent souvent désarmé et perdu quant aux réactions à avoir ou à éviter face au patient. Dans cette ère où la communication prend une part de plus en plus grande, ces lacunes semblent se corriger avec la mise en place d'enseignements axés dans ce domaine.

Comprendre la souffrance de l'autre et apprécier la multiplicité des outils disponibles pour l'apaiser et prendre en charge un patient dans sa globalité peut enlever le sentiment de désarmement qu'elle inspire. Cependant, l'expérience le montre, ce n'est pas le soldat le mieux armé qui remporte le combat, mais le mieux entraîné. Ainsi en est-il du domaine des soins dans lequel le soignant doit apprendre à se servir des moyens à sa disposition. Avec l'avènement d'une profession dont la facette de proximité avec le patient prend place au travers des entretiens pharmaceutiques mais aussi le développement du maintien à domicile, le pharmacien doit s'imposer pour améliorer le quotidien de ses patients et désormais sortir de derrière son comptoir pour peut-être s'il le faut, s'exposer un peu plus.

Bibliographie

1. **Bacqué M. F.**, *Apprivoiser la mort*, Paris : Odile Jacob, **2003**, p.106
2. **Baissette G.**, *La médecine chez les grecs jusqu'à la mort d'Hippocrate*, in M. Laignel-Lavastine, *Histoire générale de la médecine, de la pharmacie, de l'art dentaire et de l'art vétérinaire*, Albin Michel, **1936**, 3 volumes, vol 1, p.176
3. **Bec C., Cloulas Y., Jestaz B., Tenenti A.**, *L'Italie de la Renaissance*, Paris : Fayard, **1990**, p. 9
4. **Bottero J.**, *La magie et la médecine règnent à Babylone*, in J. Le Goff, J.-C. Sournia [dir.], *Les maladies ont une histoire*, Paris : L'histoire/Le seuil, **1985**, p. 12-23
5. **Bottero J.**, *Mésopotamie*, Paris : Gallimard, **1987**, p.207
6. **Bowlby J.**, *Attachement et perte, Tomes 1, 2 et 3*, **1969**
7. **Caulin C.** (sous la direction de), Vidal Recos, recommandations pratiques, 5e édition, **2014**
8. **Clayton P.-J.**, *The clinical morbidity of the first year of bereavement*, in *Comprehensive Psychiatry - Journal*, **1973**
9. **Code de la santé publique** - Article L.1110-4, version en vigueur au 2 octobre **2015**
10. **Collège National des Enseignants de Gériatrie**, *Incontinence urinaire et fécale du sujet âgé*, in Corpus de gériatrie, janvier **2000**, p. 109-119
11. **Contenau G.**, *Assyriens et babyloniens*, in M. Laignel-Lavastine, *Histoire générale de la médecine ... op cit.*, **1936**, p. 62-63
12. **Delahoutre M.**, discours retranscrit par I. Olekhnovitch, *Le sens de la réincarnation selon les conceptions indiennes hindoue et bouddhique*, Fac-réflexion n° 21, décembre **1992**, p. 20-24
13. **DeRubeis R. J., Siegle G. J., Hollon S. D.**, *Cognitive therapy versus medication for depression: treatment outcomes and neural mechanisms*, in Nature Reviews Neuroscience, octobre **2008**
14. **El Kholly M.**, d'après la communication de P. Surpas (Charnay), *Concept de la maladie chronique*, **2014**

15. **Eriksson P. S., Perfilieva E., Björk-Eriksson T., Alborn A.-M., Nordborg C., Peterson D. A., Gage F. H.,** *Neurogenesis in the adult human hippocampus*, in *Nature Medicine* 4:1313-1317, **1998**
16. **Erman A., Ranke H.,** *La civilisation égyptienne*, (1948), Paris : Payot, **1994**, p. 455
17. **Fasse L., Sultan S., Flahault C.,** *Expérience de pré-deuil à l'approche du décès de son conjoint: une analyse phénoménologique interprétative*, in *Psychologie Française*, septembre **2013**, Volume 58
18. **Fournier-Bégniez R.,** *La médecine des égyptiens*, in M. Laignel-Lavastine, *Histoire générale de la médecine ... op. cit., 1936*, vol 1
19. **Freud S.,** *Deuil et mélancolie* in *Métapsychologie*. Paris, Gallimard, **1968**
20. **Galien C.,** *Des lieux affectés (VI, 5)* cité par P. Seidmann « Galien », in M. Laignel-Lavastine, *Histoire générale de la médecine ... op. cit., 1936*, vol 1, p.424
21. **Galien C.,** cité par C. Daremberg, in *Introduction, Oribase – Œuvres complètes avec texte grec et traduction française établie par les docteurs Daremberg et Bussemaker*, Paris : Imprimerie nationale, **1851-1876**, 6 volumes, vol. 1, p. X
22. **Guerin G.** (Chargée de mission coordonnateur de la Commission maladies chroniques du HCSP), *Prise en charge et protection sociale, éducation thérapeutique des personnes atteintes de maladies chroniques : deux rapports du HCSP*, in adsp n°72, septembre **2010**
23. **Guex P., Stiefel F.,** *De la souffrance du patient à celle des équipes*, in *Médecine palliative* n°1, février **2010**
24. **Hallé J.-N., Nysten P.-H.,** *Hygiène*, in *Dictionnaire des sciences médicales* par une société de médecins et de chirurgiens, Paris : Panckoucke, **1812-1822**, 60 volumes, vol. 22, p. 570-571
25. **Hanus M.,** *Les deuils dans la vie, deuils et séparation chez l'adulte et chez l'enfant*, Maloine, **2006**
26. **Hecketsweiler Philippe,** *Histoire de la maladie*, Ellipses, **2010**
27. **Heyman E., Gamelin F.-X., Goekint M., Piscitelli F., Roelands B., Meeusen R., Di Marzo V.,** *Effets de l'exercice aigu sur les endocannabinoïdes plasmatiques et leur relation avec un marqueur de la neurogenèse, le Brain-Derived Neurotrophic Factor, chez l'homme*, in *Diabetes Metab*, **2011**
28. **Hippocrate,** *De la maladie sacrée c. 1., Œuvres complètes d'Hippocrate*, Edition et traduction d'E. Littré, Paris : J.-B. Baillière, **1839**, 10 volumes, vol. 6, p.395

29. **Holtzmann J., Polosan M., Baro P., Bougerol T.,** *ECT : de la neuroplasticité aux mécanismes d'action*, in L'Encéphale, **2007**, cahier 1
30. **Jacob F.,** *La logique du vivant, une histoire de l'hérédité*, Paris : Gallimard, **1970**, p.14
31. **Kübler-Ross E., Kessler D.,** *Sur le chagrin et sur le deuil*, ed. Lattès, **2009**
32. **La Bible**, version Louis Segond, **1910**
33. **Lacroix A., Assal J.-P.,** *L'éducation thérapeutique des patients. Accompagner les patients avec une maladie chronique : nouvelles approches*, 3e éd., **2011**
34. **Lavier J.-A.,** *Médicaux (Systèmes), médecine chinoise*, in Encyclopedia Universalis, Paris : Encyclopedia Universalis, **1968**, 20 volumes, volume 10, p. 710
35. **Lindberg D. C.,** *The Medieval Church Encounters the Classical Tradition: Saint Augustine, Roger Bacon, and the Handmaiden Metaphor*, in *When Science & Christianity Meet*, Chicago, University of Chicago Press, **2003**, p. 8
36. **Mazzolini R. G.,** *les lumières de la raison : des systèmes médicaux à l'organologie naturaliste*, in M. Grmek, *Histoire de la pensée médicale en Occident*, Paris : Seuil, **1995**, 3 volumes, vol. 2, p. 102
37. **Mille C., F. Raffeneau, C. Dewolf,** *Travail de la maladie à l'adolescence*, in *Ethique & Santé*, Masson, Paris, **2004**
38. **Murphy F. C., Sahakian B. J., Rubinsztein J. S., Michael A., Rogers R.D., Robbins T.W., Paykel E.S.,** *Emotional bias and inhibitory control processes in mania and depression*, in *Psycho Med*, novembre **1999**
39. **Panksepp J.,** *Affective neuroscience (the foundation of human and animal emotions)*, Oxford : Oxford University Press, **1998**
40. **Perlemuter L., Perlemuter G.,** *Guide de thérapeutique 2015*, 8e édition, **2014**
41. **Pigeaud J.,** *Galénisme*, in D. Lecourt, *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris : PUF, **2004**, p. 512
42. **Pinel P.,** *Nosographie philosophique ou méthode de l'analyse appliquée à la médecine*, Paris : Brosson, **1807**, vol. 3, p. 579-586
43. **Rogers M. A., Bradshaw J.L., Pantelis C., Phillips J.G.,** *Frontostriatal deficits in unipolar major depression*, in *Brain Research Bulletin*, **1998**, Vol. 47, No. 4, p. 297-310
44. **Ruszniewski M.,** *Face à la maladie grave, patients, familles, soignants*, **2014**
45. **Santarelli L. , Saxe M., Gross C., Surget A., Battaglia F., Dulawa S., Weisstaub N., Lee J., Duman R., Arancio O., Belzung C., Hen R.,** *Requirement of hippocampal neurogenesis for the behavioral effects of antidepressants*, in *Science*, **2003**

46. **Silverman P.**, *Service for the widowed : first steps in a programme of preventive intervention*, in *Community Mental Health Journal*, **1967**
47. **Smith A.**, *Théorie des sentiments moraux*, Ed. PUF, mai **2014** [1re Ed. 1759]
48. **Soulié de Morant G.**, *Chine et Japon*, in M. Laignel-Lavastine, *Histoire générale de la médecine ... op. cit.*, **1936**, vol 1, p.531
49. **Tarquinio C., Monte S.**, *Les psychotraumatismes: Histoire, concepts et applications*, Dunod, février **2014**
50. **TENA laboratoires**, *les aidants familiaux face à la dépendance, apprendre à s'occuper d'un proche*, **2014**
51. **Varron T.**, *De re rustica, I, 12, 2*, cité par J.-N. Biraben, *Les maladies en Europe : équilibres et ruptures de la pathocénose*, in M. Grmek [dir.], *Histoire de la pensée médicale en Occident*, Paris : Seuil, **1995**, 3 volumes, vol. 1, p. 301
52. **Vital-Durand D., Le Jeune C., Dorosz**, *Guide pratique des médicaments*, Maloine, 32^e édition, **2013**

Sitographie

1. **ANSM, *Thésaurus des interactions médicamenteuse*, 2015**
consulté le 30 janv. 2015
disponible sur le site : <http://ansm.sante.fr>
à l'adresse : http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/900cfbea1323fcb007143b2ee4481f0.pdf
2. **Dayer A., *Neurogenèse hippocampale et dépression*, in *Revue Médicale Suisse*, 2003**
consulté le 29 janv. 2015
disponible sur le site : <http://www.revmed.ch>
à l'adresse : <http://www.revmed.ch/rms/2003/RMS-2450/23243>
3. **Delepouille A.-S., *Fiche conseil : Stomies*, dernière mise à jour juin 2014**
consulté le 02 février 2015
disponible sur le site : <http://www.pharmaciedelepouille.com>
à l'adresse : <http://www.pharmaciedelepouille.com/stomies.htm>
4. **Delluc G., *Paléopathologie paléolithique - Les maladies de l'homme préhistorique*, dernière mise à jour juin 2015**
consulté le 14.10.2014
disponible sur le site : <http://www.hominides.com>
à l'adresse : <http://www.hominides.com/html/references/paleopathologie-paleolithique-0434.php>
5. **Dictionnaire de français Larousse**, dernière mise à jour juin 2015
consulté le 15.07.2015
disponible sur le site : <http://www.larousse.fr>
à l'adresse : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/deuil/24893>
6. **Drouadaine A., *La prise en charge des handicaps moteurs et sensoriels à l'officine*, 2013**
consulté le 30 janv. 2015
disponible sur le site : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00926974/document>
à l'adresse : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00926974/document>
7. **Durkheim Emile, *Le suicide*, livre numérique, 1897**
consulté le 29 janv. 2015
disponible sur le site : <http://classiques.uqac.ca>
à l'adresse : http://classiques.uqac.ca/classiques/Durkheim_emile/suicide/suicide.html

8. **Haute autorité de santé**, *Critères d'un épisode dépressif majeur, DSM-IV-TR, 2000*
consulté le 29 janv. 2015
disponible sur le site : <http://www.has-sante.fr>
à l'adresse : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/maladies_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prise_en_charge_annexe_2.pdf
9. **Haute Autorité de Santé**, *L'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques, 2008*
consulté le 01 février 2015
disponible sur le site : <http://www.has-sante.fr>,
à l'adresse : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-08/document_de_travail_-_resultats_denquetes_descriptives.pdf
10. **Institut national du cancer**, Masseur kinésithérapeute, dernière mise à jour juin 2015,
consulté le 02 février 2015
disponible sur le site : <http://www.e-cancer.fr>
à l'adresse : <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Fatigue/Prendre-en-charge/Masseur-kinesitherapeute>
11. **López Juan F.**, M.D., *The Neurobiology of Depression*, fév. 2000 et revu en nov. 2002
consulté le 29 janv. 2015
disponible sur le site : <http://lecerveau.mcgill.ca>
à l'adresse : http://lecerveau.mcgill.ca/flash/capsules/articles_pdf/health_age.pdf
12. **Ministère de la santé**, *Plan national maladies chroniques 2007-2011, 2007*
consulté le 30/01/2015
disponible sur le site : www.sante.gouv.fr
à l'adresse : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf
13. **Ministère des affaires sociales, de la santé et droit des femmes**, *État des lieux du suicide en France, 2014*
consulté le 01 février 2015
disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr>
à l'adresse : <http://www.sante.gouv.fr/etat-des-lieux-du-suicide-en-france.html>
14. **Ordre national des pharmaciens**, *Qu'est-ce que le Dossier Pharmaceutique ?*, 2015
consulté le 30 janv. 2015
disponible sur le site : <http://www.ordre.pharmacien.fr>
à l'adresse : <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Qu-est-ce-que-le-DP>
15. **OMS** (Organisation mondiale de la santé), *FAQ*, 2015
consulté le 30/01/2015
disponible sur le site : <http://www.who.int>
à l'adresse : <http://www.who.int/suggestions/faq/fr/>

16. **OMS, OMS : Maladies chroniques, 2015**
consulté le 30/01/2015
disponible sur le site : <http://www.who.int>
à l'adresse : http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/

17. **Robert-Bobée Isabelle, Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050, 2006**
consulté le 01 février 2015
disponible sur le site : <http://www.insee.fr>
à l'adresse : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1089

18. **Université de McGill, Canada, Le suicide, dernière mise à jour juin 2015**
consulté le 01 février 2015
disponible sur le site : <http://lecerveau.mcgill.ca>
à l'adresse : http://lecerveau.mcgill.ca/flash/a/a_08/a_08_s/a_08_s_dep/a_08_s_dep.html

Annexe

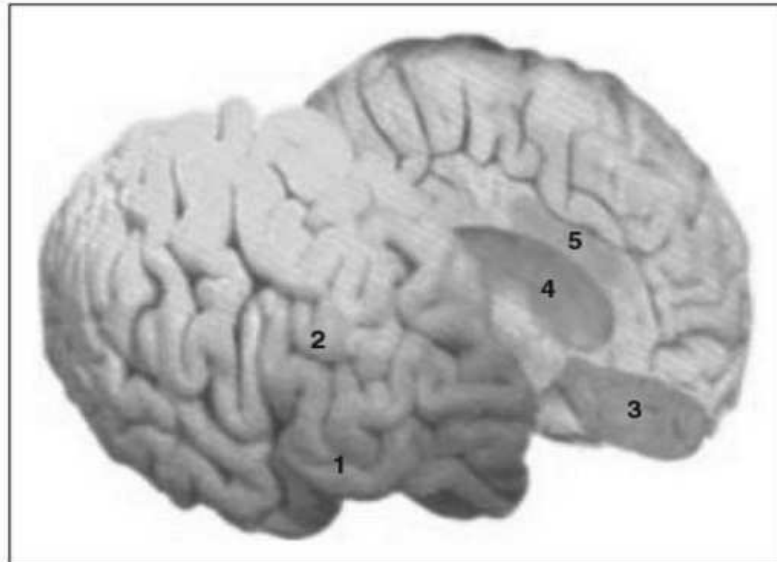


Figure 1 - Les différentes parties du cortex cérébral étudiées dans les troubles bipolaires :

- 1) cortex orbitofrontal,
- 2) cortex préfrontal latéral
- 3) cortex ventromédian
- 4) système limbique
- 5) cortex cingulaire antérieur.

D'après *Le cerveau à tous les niveaux*, site web de l'Université de McGill, Canada
dernière mise à jour juin **2015**

disponible sur le site : <http://lecerveau.mcgill.ca>

à l'adresse : http://lecerveau.mcgill.ca/flash/i/i_08/i_08_cr/i_08_cr_dep/i_08_cr_dep.html

SERMENT DE GALIEN

Je jure d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;

D'exercer, dans l'intérêt de la Santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'Honneur, de la Probité et du Désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ;

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma Profession.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si je manque à mes engagements.



DRUEL Matthieu**La souffrance psychologique du patient à l'officine, vers une communication efficace.**

Th. D. Pharm., Rouen, 2015, 147 p.

RESUME

La souffrance psychologique reste une grande inconnue jusqu'à ce que le praticien y soit confrontée. Renvoyant par projection à ses propres maux, ses craintes voire sa mort, le pharmacien d'officine non préparé ne doit pourtant pas rester désarmé au comptoir. Sans toutefois jamais dépasser le cadre de son exercice, il doit en effet pouvoir répondre aux besoins de son patient. La souffrance pourra dépasser et mettre en branle les capacités et conceptions de son art. Elle éprouvera également sa résistance à observer l'autre endurer ce qui peut être vécu comme une torture.

Afin d'aider à surmonter et triompher de cette étape, nous observerons tout d'abord l'évolution de la conception de la maladie à travers les âges et l'impact laissé dans le subconscient collectif. Nous nous attacherons ensuite à décrire les différentes phases que traverse le malade lors de l'annonce de sa maladie jusqu'à son acceptation. Enfin, illustré par quelques cas de comptoir, nous envisagerons les différents angles d'approche du pharmacien et ce qu'il peut faire ou doit éviter, afin d'aider au mieux son patient à traverser sans écueil la tempête de la maladie.

MOTS CLES : Communication – Pharmacien – Souffrance psychologique – Conseils à l'officine – maladie chronique

JURY

Président : Mme SEGUIN Élisabeth, Professeur de Pharmacognosie

Membres : M. WABLE Thierry, Professeur associé en Communication

Mme GROULT Marie-Laure, Maître de Conférence en Botanique

Mme DUGELAY Sandrine, Docteur en Pharmacie

DATE DE SOUTENANCE : 27 octobre 2015