

**Représentations de la dépression chez les patients
adultes sans antécédent de prise en charge pour un
épisode dépressif caractérisé**

Aurélie Guerrero

► **To cite this version:**

Aurélie Guerrero. Représentations de la dépression chez les patients adultes sans antécédent de prise en charge pour un épisode dépressif caractérisé. Médecine humaine et pathologie. 2017. <dumas-01474138>

HAL Id: dumas-01474138

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01474138>

Submitted on 22 Feb 2017

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 Bordeaux
U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2016

N°11

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par Aurélie GUERRERO
Née le 25 Septembre 1984 à Bordeaux (33)

Le 11 Janvier 2017 à Bordeaux

**Représentations de la dépression chez les patients adultes
sans antécédent de prise en charge
pour un épisode dépressif caractérisé**

Directeur de Thèse
Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Jury

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE
Monsieur le Docteur Camille GOUZIEN
Monsieur le Professeur Philippe CASTERA
Monsieur le Professeur François PETREGNE
Monsieur le Docteur Yves MONTARIOL

Président
Rapporteur
Juge
Juge
Juge

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE

Je vous remercie Monsieur le Professeur AOUIZERATE de l'honneur que vous me faites en acceptant la présidence de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance.

Monsieur le Professeur François PETREGNE

Je vous remercie Monsieur le Professeur PETREGNE pour avoir accepté de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Je vous exprime mes profonds remerciements Monsieur le Professeur CASTERA pour la confiance que vous m'avez accordée en acceptant de diriger ce travail, pour vos précieux conseils et votre disponibilité. Votre enseignement a été d'une importance fondamentale au cours de mes études et pour l'accomplissement de ce travail. Je vous adresse ma profonde gratitude.

Monsieur le Docteur Camille GOUZIEN

Je te remercie Camille pour avoir accepté avec enthousiasme d'être le rapporteur de cette thèse, pour l'attention et le temps que tu as accordé à ce travail. Un immense merci à toi.

Monsieur le Docteur Yves MONTARIOL

Je vous remercie Monsieur le Docteur MONTARIOL d'avoir accepté de juger ce travail. Trouvez ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

REMERCIEMENTS.....	2
TABLE DES TABLEAUX.....	6
TABLE DES FIGURES.....	7
TABLE DES ANNEXES.....	8
ABREVIATIONS.....	9
INTRODUCTION.....	10
MATERIEL ET METHODE.....	15
1. Population étudiée.....	15
1.1 Critères d'inclusion.....	15
1.2 Critères de non inclusion.....	15
1.3 Critères d'exclusion de l'analyse des données.....	15
2. Type d'étude.....	15
3. Méthode qualitative et quantitative.....	16
4. Choix d'une méthode qualitative.....	17
5. Théorie ancrée.....	18
6. Technique de recueil de données.....	20
7. L'analyse des données s'appuyant sur la théorie ancrée.....	20
8. L'analyse des données qualitatives par « text mining ».....	20
9. Plan de l'étude.....	21
9.1 Réalisation d'un guide d'entretien.....	21
9.2 Réalisation d'un formulaire de consentement.....	22
9.3 Recrutement des patients.....	22
9.4 Méthode de mesure : réalisation des entretiens semi-dirigés.....	22
9.5 Traitement des données.....	23
9.6 Analyse des données.....	23
RESULTATS.....	24
1. Caractéristiques de l'échantillon.....	24
2. Emergence de différents concepts par la méthode de la théorie ancrée.....	25
2.1 Connaissances des sujets interrogés à propos du trouble dépressif.....	25
2.1.1 Les termes.....	25
2.1.2 Son profil évolutif et son pronostic.....	25
2.1.3 Sa physiopathologie.....	27

2.1.4	Son étiopathogénie.....	27
2.1.5	La symptomatologie.....	28
2.1.6	Diagnostics différentiels.....	34
2.1.7	Connaissances des sujets interrogés quant aux causes du trouble dépressif.....	34
2.1.8	Connaissances des sujets interrogés quant au retentissement et l'évolution du trouble dépressif.....	40
2.2	Connaissances des sujets interrogés à propos de la prise en charge médicale du trouble dépressif.....	43
2.2.1	Le médecin généraliste dans la dépression.....	43
2.2.2	La stratégie thérapeutique.....	45
2.2.3	Le traitement médicamenteux.....	45
2.2.4	Le thérapeute et la thérapie.....	49
2.2.5	L'hospitalisation.....	51
2.2.6	Les thérapies à médiation corporelle.....	52
2.3	Représentations des sujets interrogés à propos du rôle de l'environnement social et familial.....	52
2.3.1	Expérience des sujets avec un tiers.....	52
2.3.2	Intérêts perçus à propos de l'environnement social et familial du patient dépressif.....	53
2.3.3	Inconvénients perçus à propos de l'environnement social et familial du patient dépressif.....	59
2.4	Connaissances des sujets interrogés à propos de la santé.....	61
2.4.1	Définition de la santé par les sujets interrogés.....	61
2.4.2	Les facteurs influençant la santé.....	63
2.4.3	Bénéfices perçus.....	64
3.	Tableaux récapitulatifs des catégorisations.....	66
	DISCUSSION.....	71
1.	Représentations des sujets interrogés à propos du trouble dépressif.....	71
2.	Représentations des sujets interrogés à propos de la prise en charge du trouble dépressif.....	74
3.	Représentations des sujets interrogés à propos de l'environnement social et familial du patient dépressif.....	79
4.	Représentations des sujets interrogés à propos de la santé.....	80

5. Les forces et faiblesses de l'étude.....	82
5.1 Les forces de l'étude.....	82
5.2 Les faiblesses de l'étude.....	82
CONCLUSION.....	84
ANNEXES.....	85
BIBLIOGRAPHIE.....	96
SERMENT MEDICAL.....	100

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Différences entre méthode qualitative et méthode quantitative d'après un tableau emprunté à l'AFMC

Tableau 2 : Différents concepts méthodologiques en recherche qualitative

Tableau 3 : Caractéristiques de l'échantillon

Tableau 4 : Tableau récapitulatif des catégories issues de l'analyse fidèle à la structuration des questions des entretiens semi-directifs : représentations des sujets à propos du trouble dépressif, du traitement du trouble dépressif, et de la santé

Tableau 5 : Tableau récapitulatif des catégories relatives au concept des représentations de l'environnement social et familial du patient dépressif issues de l'analyse des entretiens semi-directifs indépendamment des questions posées aux sujets

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Emergence de facteurs de causalité du trouble dépressif via des facteurs pré-existants

Figure 2 : Représentations des sujets interrogés à propos des causes du trouble dépressif

Figure 3 : Nuage de points représentant les croyances des sujets interrogés à propos de l'impact du trouble dépressif sur la santé

Figure 4 : Avantages perçus à propos de l'environnement social et familial du patient dépressif

Figure 5 : Représentations à propos des conseils au patient dépressif

Figure 6 : Inconvénients perçus à propos de l'environnement social et familial du patient dépressif

Figure 7 : Représentations des sujets interrogés à propos de la santé

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Critères diagnostiques de l'épisode dépressif caractérisé selon la CIM-10

Annexe 2 : Critères diagnostiques de l'épisode dépressif caractérisé selon le DSM-5

Annexe 3 : Guide d'entretien semi-structuré

Annexe 4 : Formulaire d'informations et de consentement

ABREVIATIONS

EDC : Episode dépressif caractérisé

EDM : Episode dépressif majeur

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CIM : Classification Internationale des Maladies

APA : Association Américaine de Psychiatrie

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

TDM : Trouble dépressif majeur

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la santé

HAS : Haute Autorité de Santé

ISRS : Inhibiteurs sélectifs de la sérotonine

IRSNA : Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline

IMAO : Inhibiteurs de la monoamine oxydase

AFMC : Association des Facultés de Médecine du Canada

PHQ-2 : Patient Health Questionnaire – 2

INTRODUCTION

L'épisode dépressif caractérisé (EDC) ou épisode dépressif majeur (EDM) répond à des critères diagnostiques fixés par l'organisation mondiale de la santé (OMS ; CIM-10) (Annexe 1) (1), et l'Association Américaine de Psychiatrie (APA ; DSM-5) (Annexe 2) (2). Pour que le diagnostic d'épisode dépressif puisse être posé, un certain nombre de symptômes émotionnels, cognitifs, comportementaux et somatiques doivent être présents tous les jours depuis deux semaines, et entraîner un retentissement sur le fonctionnement social, professionnel et/ou familial suffisant. Cinq de ces symptômes doivent être retrouvés chez le patient, dont au moins l'un des deux premiers de la liste suivante :

- Une tristesse quasi permanente, parfois avec des pleurs ;
- Une réduction des intérêts et une perte de la capacité à ressentir du plaisir pour les activités quotidiennes (anhédonie) ;
- Un sentiment de dévalorisation et de culpabilité excessif ou inapproprié ;
- Des idées de mort et de suicide récurrentes, le sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue ;
- Un ralentissement psychomoteur ;
- Une fatigue dès le matin ;
- Une perte d'appétit (anorexie) souvent associée à une perte de poids ;
- Des troubles du sommeil avec souvent une insomnie matinale ;
- Des difficultés attentionnelles, de concentration, de mémorisation (3).

L'épisode sera dit « isolé » s'il n'y a pas d'épisode antérieur connu, « récurrent » dans le cas contraire (4). Quoiqu'il en soit, l'émergence d'un seul épisode dépressif caractérisé suffit à porter le diagnostic de trouble dépressif majeur (TDM), qui sera préféré à la notion de maladie dépressive, du fait notamment du caractère étiopathogénique complexe de cette entité nosographique.

La dépression unipolaire est une des pathologies psychiatriques les plus fréquentes, dont la prévalence est estimée entre 16 et 20% en population générale (5-7).

Au-delà de sa fréquence, sa gravité est caractérisée par une atteinte sévère du fonctionnement social du sujet, et à ce titre a été identifiée par l'organisation mondiale de la santé (OMS) comme la première cause de perte d'années de vie corrigées et d'incapacité en 2011 (8).

La prévalence sur 12 mois est considérablement plus élevée chez les sujets souffrant d'une pathologie chronique (9). Une étude récente attribue à la dépression unipolaire 38% du poids socio-économique que représentent les patients déprimés aux Etats-Unis, laissant alors apparaître que la majorité des coûts directs et indirects sont portés par les comorbidités (10).

L'INPES note que la prévalence chez les femmes serait deux fois plus importante que chez les hommes (11). De même, le fait d'être au chômage chez les femmes augmenterait la survenue d'un EDC (11).

Pour un homme, le fait de vivre seul, d'avoir subi des violences au cours des 12 derniers mois ou des violences sexuelles au cours de la vie, ainsi que la consommation de tabac, est associé au risque de survenue d'un EDC (11).

Par ailleurs, une étude publiée en 2008, révèle que le fait d'avoir subi des violences sexuelles, d'avoir été témoin de violences inter-parentales, d'avoir eu des parents ayant connu de longues périodes de chômage ou de graves difficultés financières, est fortement et indépendamment associé à la dépression (12).

Enfin, elle reste plus fréquente en zone urbaine sensible (11).

Cependant, toutes les personnes exposées à ce type de marqueurs environnementaux ne développent pas la maladie, de même que certaines personnes font une dépression sans que ces derniers ne soient repérés.

Ainsi, la dépression résulte d'une interaction complexe entre les facteurs sociaux, psychologiques et biologiques (13).

Il existe donc une susceptibilité individuelle à la dépression, qui est, en partie génétique. De ce fait, un individu dont l'un des parents a fait une dépression, a deux à quatre fois plus de risque d'être lui-même dépressif au cours de sa vie. Certaines variations génétiques associées à cette vulnérabilité ont été identifiées (gène codant pour le transporteur de la sérotonine (5HTTLPR), ou pour le *brain-derived neurotrophic factor (BDNF)*, un facteur essentiel à la prolifération, la différenciation et la survie des neurones). L'impact de ces variations génétiques dépend toutefois de l'environnement : on parle d'interaction gène-environnement (3).

D'autres mécanismes semblent impliqués, comme une vulnérabilité du système physiologique de réponse au stress, comprenant le système sympathique et l'axe endocrinien corticotrope, ainsi que des anomalies morphologiques et fonctionnelles de neurones de structures limbiques tel que l'hippocampe chez les patients sévèrement déprimés (3).

La dépression a des répercussions familiales, sociales et professionnelles (3).

Elle est également une cause importante de morbidité et mortalité. En France plus de 10 400 personnes décèdent par suicide chaque année (14) et ce dernier est la deuxième cause de décès chez les 15-29ans (13). Selon une étude, il est rapporté que 15% des personnes qui ont présenté un EDC au cours de leur vie mourront par suicide, et que plus de 60% des sujets suicidés présentaient une dépression (15). Par ailleurs, le risque de conduites suicidaires (tentatives de suicide et suicides aboutis) attribuables au temps passé déprimé est de 78% (16). Le mode opératoire le plus fréquent (85,3%) est l'ingestion de médicaments, de psychotropes dans trois cas sur quatre (14).

La dépression est également associée à une morbidité et mortalité cardio-vasculaire accrues. Altérant le pronostic des patients présentant ce type d'affection, elle est le principal facteur de mortalité après un infarctus du myocarde (3).

Au niveau mondial, l'OMS considère qu'en 2020, la dépression sera l'affection qui après les maladies cardio-vasculaires, entrainera les plus gros coûts de santé ; et d'après l'OMS, l'EDC sera la première cause d'incapacité en 2030 (17,18).

Ainsi, La Haute Autorité de Santé (HAS) a défini une stratégie de prise en charge ambulatoire de l'épisode dépressif (4). En première intention, il est recommandé :

- En cas d'épisode dépressif léger, une prise en charge psychothérapeutique, voir la prescription d'antidépresseurs selon l'accessibilité ou les préférences du patient ;
- En cas d'épisode modéré, des antidépresseurs, avec ou sans psychothérapie selon le retentissement sur la vie du patient ;
- En cas d'épisode dépressif sévère, les antidépresseurs sont indispensables, l'association à une psychothérapie pouvant être proposée.

La psychothérapie peut impliquer le psychiatre, le médecin généraliste ou le psychologue. Dans les épisodes dépressifs légers à modérés, les thérapies cognitives, les thérapies cognitivo-comportementales, les psychothérapies de soutien, les psychothérapies interpersonnelles peuvent être mises en place ; tandis que les psychothérapies d'inspiration analytique peuvent être instituées à distance de la phase aigüe (4).

La fréquence des consultations avec le thérapeute ne peut pas faire l'objet de recommandations, et doit être définie au cas par cas, en fonction de la sévérité des symptômes. Néanmoins, l'HAS souligne l'importance d'un soutien hebdomadaire tant que le traitement médicamenteux n'est pas efficace.

Toutes les classes d'antidépresseurs ont montré leur efficacité. Les inhibiteurs sélectifs de la sérotonine (ISRS) comme l'escitalopram et les inhibiteurs de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA) comme la venlafaxine, ou bien encore les antidépresseurs non imipraminiques non inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) comme la mirtazapine sont recommandés en première intention en raison de leur bonne tolérance et donc d'un nombre moins important d'abandon par le patient. Le choix de la molécule doit également prendre en compte les effets latéraux des médicaments (hypnotique, anxiolytique, psychostimulant). Le délai d'efficacité est évalué entre quatre et huit semaines après son instauration, et le traitement sera maintenu six mois à un an après obtention de la rémission clinique (dans le cas d'un premier épisode) (4).

L'hospitalisation et la consultation avec un psychiatre sont recommandées en fonction de la sévérité des symptômes, de la présence d'autre pathologie, de l'environnement du patient, ou de la réponse au traitement.

L'information délivrée au patient et à son entourage, comme l'importance de la relation médecin malade fondée sur l'empathie, ainsi que la force de conviction du médecin quant à l'aide qu'il apporte à son patient, sont nécessaires pour une prise en charge optimale (4).

Le médecin généraliste est le premier professionnel consulté en cas de problème de santé mentale (21%), loin devant les psychiatres (13%) et les psychologues de ville (7%). La majorité des médecins de ville est confrontée chaque semaine à des patients présentant un état dépressif. De plus, huit médecins généralistes sur dix ont été confrontés à la tentative de suicide d'un patient, et près de la moitié à un suicide (19).

Pourtant, en 2010, 7,5% des français âgés de 18 à 85 ans ont souffert de dépression au cours des 12 derniers mois, et parmi eux 39% ont déclaré n'avoir consulté aucun professionnel (médecin généraliste, psychiatre, psychologue) (16). Il existe donc un défaut de prise en charge des patients concernés par le trouble dépressif.

Il est également relevé que les patients eux mêmes sont à l'origine de 71% des cas d'interruption prématurée du traitement, et que 76% d'entre eux sont réticents à suivre une psychothérapie (19).

Il apparaît donc intéressant d'identifier les croyances vis à vis du trouble dépressif et de ses traitements chez les patients de médecine générale.

La connaissance et la prise en compte des croyances sur la dépression sont essentielles pour favoriser une décision partagée et une meilleure adhésion thérapeutique.

L'enquête « images et réalités » a permis de mettre en lumière des concepts sur la perception du patient dépressif en population générale, mais peu sur le traitement, et peu d'études ont évalué les représentations de la maladie et de ses traitements en France (20).

Selon Leventhal (21), les patients construisent une représentation cognitive et une représentation émotionnelle de leur maladie à partir des informations auxquelles ils ont accès afin de lui donner un sens et de mieux la gérer.

La représentation cognitive comprend cinq composantes : l'identité de la maladie, sa cause, sa durée, ses conséquences et son contrôle. Ces cinq composantes ont des relations logiques entre elles. La représentation émotionnelle concerne les émotions que le patient ressent face à la maladie. Ces représentations cognitives et émotionnelles sont propres à chaque individu, élaborées à partir des valeurs et de la culture de chacun, et différentes de la réalité médicale.

Selon ce modèle, le patient cherche à comprendre sa maladie afin de diminuer l'écart entre son état actuel et celui auquel il aspire. Les représentations cognitives et émotionnelles de la maladie qu'il construit vont guider son adaptation face à sa maladie. Ensuite, le patient va évaluer ses stratégies d'adaptation de façon continue. Ce mécanisme de « feed-back » fait de ce modèle un modèle dynamique.

Ainsi, selon l'hypothèse de Leventhal, les croyances des patients à propos du trouble dépressif et ses traitements pourraient modifier leur comportement vis à vis de la dépression.

L'objectif de cette thèse est donc d'identifier les représentations du trouble dépressif et de ses traitements, dans leurs diversités, afin d'agir sur leurs déterminants, et ainsi sur les comportements des patients, dans le but d'améliorer l'alliance thérapeutique et l'adhésion au traitement.

MATERIEL ET METHODE

1. Population étudiée

1.1 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion sont :

- Patients suivis en médecine générale
- Agés de 18 à 65 ans
- Sans antécédent personnel de prise en charge spécialisée en santé mentale, c'est à dire n'ayant jamais rencontré de professionnel de santé mentale (psychiatre, psychologue, infirmier spécialisé) et n'ayant jamais été traités par chimiothérapie psychotrope.
- Sachant couramment lire le français, condition nécessaire au remplissage du formulaire de consentement
- Comprenant et sachant s'exprimer en français
- Acceptant de participer aux entretiens

1.2 Critères de non inclusion

Les critères de non inclusion sont :

- Personnes refusant de participer
- Personnes présentant des troubles cognitifs et/ou de la compréhension
- Personnes en cours de traitement pour un problème psychiatrique
- Personnes présentant un risque élevé de dépression actuelle selon l'auto-questionnaire *Patient Health questionnaire-2* (PHQ2)

1.3 Critères d'exclusion de l'analyse des données

Les critères d'exclusion de l'analyse des données sont :

- Personnes n'ayant pu réaliser l'entretien jusqu'à son terme
- Personnes se révélant ne pas répondre aux critères d'inclusion et non inclusion en cours d'entretien
- Personnes refusant que les données soient utilisées une fois recueillies

2. Type d'étude

Ce travail est une étude descriptive qualitative.

3. Méthode qualitative et quantitative

Il nous paraît important de reprendre ici certains principes importants qui sont encore peu connus.

Il existe deux types d'études : qualitative et quantitative.

Les études qualitatives vont générer des hypothèses. Elles fonctionnent de manière inductive, examinant un ensemble d'idées. Elles répondent à la question « pourquoi » ou « comment », captent des renseignements étoffés contextuels et détaillés d'un petit nombre de participants (22).

Les études quantitatives vont vérifier des hypothèses. Elles fonctionnent de manière déductive, et examinent un ensemble de personnes. Elles répondent à la question « quoi » ou « combien », et obtiennent des estimations numériques de fréquences, de gravité, à partir d'un grand nombre de participants (22).

Tableau 1 : Différences entre méthode qualitative et méthode quantitative d'après un tableau emprunté à l'AFMC (Association des Facultés de Médecine du Canada) (22)

Recherche qualitative	Recherche quantitative
Génère des hypothèses	Vérifie des hypothèses
Est généralement inductive (part d'un cas précis pour arriver à une conclusion générale)	Est généralement déductive (part d'une théorie générale pour arriver à une explication précise)
Examine un ensemble d'idées; l'approche d'échantillonnage permet une couverture représentative des idées ou des concepts	Examine un ensemble de personnes; l'échantillonnage permet une couverture représentative des personnes dans la population
Explique « pourquoi » et « qu'est-ce que cela veut dire »	Explique « quoi », « combien » et « dans quelle mesure »
Capte des renseignements étoffés, contextuels et détaillés auprès d'un petit nombre de participants	Obtient des estimations numériques de la fréquence, de la gravité et des associations à partir d'un grand nombre de participants
Exemple de question d'étude : Quelle est l'expérience des personnes traitées pour un cancer du sein?	Exemple de question d'étude : Ce traitement du cancer du sein réduit-il la mortalité et améliore-t-il la qualité de vie?

4. Choix d'une méthode qualitative

L'objectif de l'étude est d'évaluer les représentations du trouble dépressif et de ses traitements. La recherche qualitative est la plus adaptée à cet objectif.

Elle permet d'explorer les comportements et perceptions des patients de médecine générale vis-à-vis du trouble dépressif.

Elle permet d'explorer les croyances et les représentations du trouble, de comprendre les comportements vis-à-vis de celui-ci, d'expliciter l'origine de ces comportements, et d'étudier ce qui peut amener à les modifier (23).

Il existe plusieurs méthodes de recherche qualitative, représentées dans ce tableau 2 issu de la revue Exercer (23) :

Tableau 2 : Différents concepts méthodologiques en recherche qualitative

Phénoménologie	Compréhension de l'essence de l'expérience des gens et des phénomènes.
Étude de cas	Investigation de phénomènes contemporains dans leur contexte de vie.
Ethnographie	Immersion du chercheur dans la vie des sujets étudiés et place du phénomène étudié dans le contexte social et culturel.
Biographie	Chronologie d'expériences de vie.
« Grounded theory » ou théorie ancrée	Méthode spécifique développée par Glaser et Strauss (1967) dont le propos est de construire la théorie à partir des données recueillies. Parfois utilisée de façon plus générique pour désigner la construction théorique faite à partir de l'analyse des données qualitatives.

La méthode de la théorie ancrée a été choisie, apparaissant comme la plus adaptée pour répondre à notre objectif. L'immersion, l'étude de phénomènes et la chronologie ne semblaient pas ici réalisables.

5. Théorie ancrée

Il s'agit de la génération systématique d'une théorie à partir de données recueillies de façon empirique. Cette génération se fait de manière inductive, à partir d'étapes prédéfinies (23, 25).

Elle permet de rendre explicites et compréhensibles les grands thèmes dégagés par l'analyse des entretiens, de les mettre en relation. Ceci peut être ensuite résumé sous la forme, par exemple, d'un schéma, sur lequel seront disposés les différents thèmes et les interrelations existantes entre ces thèmes.

La théorie ancrée présente plusieurs caractéristiques (24,25,26) :

- Il s'agit d'une méthode inductive : à l'inverse des approches classiques hypothéticodéductives, la théorie ancrée ne vérifie pas des hypothèses mais tente plutôt d'en proposer.
- Le sujet précis de la recherche ne peut être déterminé au préalable, seul un champ de recherche est prédéfini.
- Il y a un aller-retour constant, un continuum entre la collecte et l'analyse des données ; en effet, l'analyse des données ne se fait pas après la collecte de l'intégralité de ces dernières, mais à mesure de cette collecte. Cela permet de confronter les résultats de l'analyse aux données suivantes et permet si nécessaire d'enrichir le guide d'entretien.
- Le codage des données fera apparaître diverses catégories : le but est de découvrir de nouveaux éléments au fil de chaque entretien supplémentaire, du moins initialement. Après un certain nombre d'entretiens, l'analyse de nouveaux entretiens n'apportera plus de nouvel élément : on dit qu'il y a saturation des catégories, de leurs propriétés et des codes théoriques.
- Elle s'appuie sur un échantillonnage raisonné, qui est une procédure d'échantillonnage non probabiliste consistant à sélectionner des participants considérés comme typiques de la population cible. Cette procédure est destinée à garantir la validité externe des résultats. L'échantillonnage théorique est une forme d'échantillonnage raisonné, utilisé dans la théorie ancrée. Il n'a pas pour but d'obtenir un panel de participants représentatifs de la population générale mais d'interroger des participants supposés concernés par la théorie émergente (24).

6. Technique de recueil des données

Le recueil des données était réalisé à l'aide d'entretiens semi-structurés (ou semi-directifs), ces derniers augmentant la comparabilité des réponses et garantissant une plus grande précision et exhaustivité quant à la thématique d'intérêt explorée. De plus, ces entretiens étaient menés de façon individuelle afin de limiter les biais cognitifs de type « conformisme social » (23).

Il se passe face à face, à l'aide d'un guide d'entretien, et l'interviewer ne fait que relancer la personne interrogée, sans l'influencer (24).

7. L'analyse des données s'appuyant sur la théorie ancrée

La première étape de ce processus consiste en une codification systématique du texte brut, c'est à dire en la transformation d'un mot, d'une phrase ou d'un paragraphe issu du texte des interviews en une formulation signifiante appelée code, dont le sens reste cependant banal et proche du sens commun (24).

Les codes sont ensuite regroupés par déduction en catégories plus générales.

Le regroupement des catégories donne des concepts (24).

Le concept est une idée ou représentation de l'esprit qui abrège et résume une multiplicité d'objets empiriques ou mentaux, par abstraction et généralisation de traits communs identifiables. Il s'agit d'une idée abstraite et générale, une clé, un angle, qui permet d'éclairer la réalité (24).

En dernière étape, la méthode d'analyse « ancrée » vise à mettre en relation les différents concepts afin de proposer des hypothèses explicatives (25).

8. L'analyse des données qualitatives par « text mining »

L'analyse statistique textuelle a permis d'élaborer des illustrations de notre travail.

Cette approche textuelle vient compléter notre analyse qualitative par une analyse du texte brut des patients.

Les outils de « text mining » ont pour vocation de structurer de manière automatisée des documents peu ou faiblement structurés.

En effet, ces outils produisent des informations sur le nombre d'apparitions d'un terme, le nombre d'apparitions conjointes de plusieurs termes, et sur la fréquence d'apparition d'un terme au sein d'un document ou d'un corpus.

Une de ses applications est par exemple le nuage de points. Il est une représentation visuelle des mots les plus fréquents dans un corpus de texte, la taille des mots étant proportionnelle à leur récurrence.

9. Plan de l'étude

9.1 Réalisation d'un guide d'entretien

Un guide d'entretien semi-structuré (Annexe 3) a été élaboré par l'équipe de recherche dans le but d'explorer de manière exhaustive les différents champs de représentations cognitives à propos du trouble dépressif des sujets inclus. Il est composé de cinq questions ouvertes spécifiques du trouble dépressif, et de deux autres plus générales portant sur la notion de santé et bien être psychologique :

- La santé : « Qu'est ce que pour vous la santé ? »
- La maladie : « Qu'est ce que la dépression pour vous ? »
- Les causes : « Quelles sont les causes de la dépression ? A quoi cela est du ? »
- Les conséquences : « Que provoque la dépression ? »
- L'évolution : « Comment évolue cette maladie ? »
- Le contrôle : « Est ce que vous connaissez des traitements pour la dépression? Comment vous attendez-vous à être traité pour la dépression ? »
- Le bien être psychique : « Qu'est ce que pour vous le bien être psychique ? »

Des sous-questions ont été également élaborées pour chacun des thèmes, afin de relancer le sujet sur des notions qu'il n'aurait pas abordées de lui-même.

Conformément à la méthodologie du recueil de données qualitatives, l'entretien est resté flexible et modifiable au cours de l'étude, destiné à évoluer en fonction de l'analyse progressive des entretiens réalisés (24).

9.2 Réalisation d'un formulaire de consentement

Suite à leur recrutement, les sujets recevaient de l'information quant aux objectifs et risques éventuels de l'étude proposée, à l'issue de quoi un formulaire d'information et de consentement était conjointement signé par les participants et l'investigateur (Annexe 4).

Il y était notamment stipulé que le sujet avait la liberté de se retirer de l'étude à tout moment s'il le souhaitait, sans préjudice, et que la confidentialité des informations personnelles recueillies étaient garanties.

Il n'y a pas eu de demande faite auprès de la CNIL avant le début de l'étude ce qui n'a pas permis d'obtenir d'accord écrit.

9.3 Recrutement des patients

Le recrutement a été réalisé par contacts téléphoniques de patients de médecine générale par moi-même, au cours de remplacements et après accord du médecin généraliste.

Les sujets ont été informés de l'objectif de l'étude, ainsi que du déroulement de l'étude par leur médecin traitant et moi-même. Leur consentement oral a été demandé.

La saturation des données sur les thèmes principaux a été atteinte au dixième sujet, et les deux derniers sujets n'ont pas fait apparaître d'idée réellement novatrice.

9.4 Méthode de mesure : réalisation des entretiens semi-dirigés

Les entretiens ont été réalisés au cabinet du médecin traitant ou au domicile du sujet, en fonction de la préférence de ce dernier.

Les caractéristiques sociodémographiques ainsi que le consentement ont été inscrits dans le guide d'entretien.

Un feuillet d'informations a été remis au sujet, reprenant les critères d'inclusion et d'exclusion, ainsi que les objectifs de l'étude.

Immédiatement à l'issue de l'entretien, les aspects non verbaux ont été notés ainsi que des commentaires généraux (attitude générale du patient, difficulté particulière dans le déroulement de l'entretien...). A la suite de l'entretien, il a été rappelé aux patients qu'ils avaient le loisir de contacter l'investigateur pour toute demande éventuelle d'informations.

9.5 Traitement des données

La transcription en verbatim a eu lieu suite à l'entretien et est restée fidèle, mot pour mot, à l'enregistrement audiographique.

L'analyse des verbatim d'entretien a été faite en utilisant le logiciel NVivo. L'analyse du texte fragment par fragment a conduit à l'identification d'éléments clés, c'est à dire un mot ou une expression porteur de sens, constituant un processus de catégorisation. Dans la terminologie de la méthode qualitative ces éléments clés sont appelés « code ».

L'énoncé de ces codes ont fait l'objet d'un consensus à l'issue de discussions réunissant les différents investigateurs de l'étude.

Le codage a été réalisé par deux groupes de deux personnes, médecins généralistes, afin de s'assurer de la bonne fidélité inter-juge des nœuds retenus pour l'analyse ultérieure.

9.6 Analyse des données

Le traitement des données a été réalisé à l'aide du logiciel NVivo.

Une fois réalisée la codification des éléments clés sur l'intégralité des verbatim d'entretiens, deux stratégies de regroupement catégoriel ont été utilisées dans le but de faire émerger les concepts thématiques principalement explorés.

Une première analyse (analyse 1), fidèle à la structuration des questions principales posées à l'aide du questionnaire semi-structuré, a conduit à regrouper pour chacune d'elles les codes de leur réponse spécifique en fonction de leur similitude conceptuelle. Une deuxième stratégie, dite *a posteriori* (analyse 2), a consisté à opérer des regroupements catégoriels de codes de réponses indépendamment de leur lien à une question spécifique posée. En effet, certains éléments clés de réponse ont été utilisés par les sujets interrogés de façon redondante au cours des entretiens. Cette méthode d'analyse nous a en effet permis de faire émerger des concepts non explorés *a priori*, et pourtant significatifs dans les réponses des patients, et dignes d'intérêt empirique. La catégorie de « l'importance de l'entourage » n'est pas suscitée par une question spécifique prévue au préalable à l'entretien, est issue de codes présents tout au long de l'entretien, indépendamment des questions posées.

RESULTATS

12 interviews ont été réalisées entre le 10 Janvier 2016 et le 28 Juillet 2016. Ces interviews ont été enregistrées en face à face, dont 5 au domicile du patient, et 7 au cabinet. Le temps des interviews varie entre 22 minutes 44 secondes, et 1 heure et 5 minutes.

1. Caractéristiques de l'échantillon

Tableau 3 : Caractéristiques de l'échantillon

Entretiens	Sexe	Age	Religion	Profession	PHQ2	Statut Familial
Entretien A (36m51s)	M	63	Catholique	Retraité	2	Marié 2enfants
Entretien B (36m49s)	M	32	Athée	Cadre	0	Pacsé 0enfant
Entretien C (1h5m10s)	M	34	Athée	Commercial	0	Pacsé 0enfant
Entretien D (24m27s)	F	26	Catholique	Sans profession	0	Pacsée 2enfants
Entretien E (47m25s)	F	32	Catholique	Notaire	0	Pacsée 1enfant
Entretien F (58m28s)	F	35	Musulmane	Sans profession	0	Séparée 2enfants
Entretien G (53m38s)	M	43	Catholique	Chef d'entreprise	0	Marié 2enfants
Entretien H (22m44s)	F	26	Athée	Coiffeuse	0	Maritale 0enfant
Entretien I (30m22s)	F	51	Catholique	Aide à domicile	0	Maritale 2enfants
Entretien J (46m44s)	F	41	Catholique	Manager	0	Mariée 2enfants
Entretien K (37m50s)	F	51	Catholique	Reflexologue	0	Mariée 2enfants
Entretien L (25m58s)	M	56	Catholique	Kinésithérapeute	0	Marié 2enfants

Un échantillon de 5 hommes et 7 femmes ont été interviewés. L'origine géographique est principalement caucasienne. Toutes les personnes interrogées vivent en milieu urbain ou semi-urbain. La plupart ne présente aucun risque de trouble dépressif : tous avaient un PHQ-2 (*Patient Health Questionnaire-2*) à 0 sauf un (dossier A, score à 2). Pour tous, aucun antécédent de prise en charge pour un EDC n'a été identifié.

Enfin, la population n'est pas représentative de la population générale.

2. Emergence de différents concepts par la méthode de la théorie ancrée.

2.1 Connaissances des sujets interrogés à propos du trouble dépressif

2.1.1 Les termes

Le terme de dépression peut être reconnu comme péjoratif ou utilisé de façon abusive.

On retrouve aussi le terme de « burn out » de façon récurrente, et toujours lié à une dépression grave dans le cadre du travail.

2.1.2 Son profil évolutif et son pronostic

• Début

Pour les sujets interrogés, la dépression en tant que maladie se déclare, s'exprime, après la naissance. Elle peut apparaître dès le plus jeune âge, et tout au long de la vie.

Eb : « Alors après je pense que vous pouvez le faire dès les premiers, alors j'ai envie de dire dès les premiers mois, dès les premiers jours, j'imagine que il peut y avoir quelque chose... alors voilà dans mon idée quand on naît quand même c'est quelque chose de très mécanique, et je ne me dis pas qu'il y a quelque chose de psychique qui s'est mis en place avant d'être au monde. »

• Durée

Pour la plupart des sujets (7 entretiens), c'est une maladie qui dure longtemps, de quelques mois à une vie. La durée dépend parfois du type de dépression (épisode isolé ou maladie chronique), et pour certains, de la mise en place d'une prise en charge.

Ed : « Ça dépend quand c'est qu'on se fait soigner ! Ça peut être court quand c'est pris à temps ; mais ça peut aller très loin aussi ; mais c'est assez long... »

Eg : « C'est à dire qu'on peut avoir des périodes un peu meilleures que d'autres, mais l'état dépressif il accompagnera ces gens tout au long de leur vie quoi. »

Ec : « Quand c'est suite à un traumatisme j'ai l'impression que là c'est (une mort, un décès, ou une séparation...), ça va être plutôt un gros bloc, c'est à dire le mec il va être dépressif pendant un ou deux ans, et puis après il en est débarrassé. »

• Maladie

Maladie grave

Le terme de maladie est accepté de tous. Elle peut être grave par son impact, ses conséquences (suicide), son expression (catatonique, invisible).

Ef : « Donc oui, oui la dépression, je trouve qu'elle est plus dure, plus forte, plus profonde quand c'est pas physique. »

Eg : « Pour moi c'est une grave maladie parce que c'est une maladie qui a beaucoup de conséquences, très envahissante. »

Episode isolé

Elle peut survenir sous forme d'épisode isolé, après un évènement traumatique aigu.

Ec : « Et après quand c'est suite à un traumatisme j'ai l'impression que là c'est (une mort, un décès, ou une séparation...), ça va être plutôt un gros bloc, c'est à dire le mec il va être dépressif pendant un ou deux ans, et puis après il en est débarrassé. »

Maladie chronique

Il s'agit d'un état latent, qui dure, avec une humeur globalement plus basse que la population générale, et pour certaines personnes interrogées (6 entretiens) une alternance de phases d'humeur plus haute ou plus basse ; pour d'autres, une humeur basse permanente (2 entretiens).

Ei : « *C'est latent, c'est là tout le temps.* »

Eh : « *Non. C'est chronique. Avec des hauts et des bas à certains moments de l'année qui pour eux leur rappellent des souvenirs, plutôt tristes...* »

2.1.3 Sa physiopathologie

L'organe atteint pour les personnes interrogées est le cerveau ou, de manière plus imprécise « la tête ». Deux personnes pensent que le cœur est également atteint.

Le manque de connaissance n'a pas permis pour la majorité d'expliquer leur représentation du fonctionnement physiopathologique de la maladie.

2.1.4 Son étiopathogénie

Variabilité interindividuelle

Pour tous la maladie est variable d'une personne à une autre, soit par sa gravité, soit par son type, soit par les causes qui la font naître.

Vulnérabilité interindividuelle

Bien que la plupart des sujets reconnaît qu'il existe une prédisposition chez certaines personnes, la majorité (sauf un dossier) pense également que tout le monde peut un jour déclarer une dépression.

Ed : « *je pense que ça peut toucher toutes les personnes.* »

2.1.5 La symptomatologie

Périodicité

Certains sujets ont relevé la présence des symptômes tous les jours, dès le matin et tout au long de la journée. (6 interviews)

Eb : « ...qui n'a pas la volonté ou l'envie...pas d'envie quand il se lève. »

Notion de rupture avec l'état antérieur

7 des personnes interrogées reconnaissent qu'il existe un changement avec l'état antérieur, qu'il s'agisse de la « personnalité » du patient dépressif, ou de ses rapports avec les autres, ou encore les deux, et visibles par ceux qui l'entourent.

Ec : « Alors que quand ils vont pas bien je le repère..rien qu'à leur manière de dire bonjour ! La manière dont il dit bonjour, vous voyez ça va être plus fermé... »

Symptômes émotionnels

La tristesse de l'humeur

Elle est largement reconnue comme symptôme de la dépression, avec la notion de pleurs. Elle s'inscrit dans le temps, avec parfois, une notion d'intensité.

Ej : « La dépression..j'imagine quelqu'un qui pleure tout le temps... »

Ec : « ...et la dépression c'est de la tristesse qui dure, qui perdure même... »

Ee : « ...je dirais que je serais d'abord triste, et que ma peine est tellement grande, qu'en découle la dépression... »

L'anesthésie affective

La personne est dite parfois froide, distante, sans émotion spontanée (4 interviews)

Eh : « ...il y avait des journées où elle était hyper froide, hyper distante, des repas où elle parlait pas... »

Labilité émotionnelle

Il peut s'agir du comportement avec l'entourage, ou parfois du comportement vis à vis du traitement. Les changements peuvent être quotidiens ou « phasiques », sur plusieurs semaines.

Ei : « Il y a des jours où ça va bien et des jours où ça va mal. »

L'hyperréactivité émotionnelle

Eg : « ...j'ai l'impression dans son comportement, toutes les nouvelles, tous les évènements de la vie l'accablent, ont un impact sur lui, qui est démesuré...c'est sur-réagi... »

L'irritabilité

Ea : « ...c'était cette susceptibilité à n'importe quelle remarque, n'importe quel détail... »

Idées noires

Ei : « Le dépressif, pour moi c'est avoir des idées noires... »

L'angoisse, nervosité

La personne dépressive peut être identifiée comme une personne angoissée, nerveuse.

Eb : « Moi ce que j'ai vu sur la dépression c'est plutôt de l'angoisse ; c'était plutôt autour de l'angoisse. »

Les symptômes cognitifs

Anhédonie : la perte d'envie, de plaisir

Caractérisée par la perte de capacité à ressentir du plaisir et par une diminution des intérêts, la dimension clinique d'anhédonie est retrouvée dans 8 interviews, la perte d'envie étant la plus fréquemment citée (5 entretiens).

Eh : « ...et elle avait plus envie de rien quoi. Tous les plaisirs, shopping, avec sa fille ou quoi, elle avait plus envie. »

Ej : « ...qui n'a pas de projet, qui ne trouve pas de sens à sa vie... »

Ea : « ...enfin qui n'a pas quelque chose dans la journée qui va lui faire plaisir... »

Manque de confiance en soi

Le manque de confiance en soi est exprimé par 8 des personnes interrogées. Il peut s'agir d'un « malaise », « mal être », d'une dévalorisation de soi, voir d'une auto-stigmatisation, ou d'un désaccord avec soi-même.

Ek : « Elle avait 800 mètres à faire pour aller chercher ses filles à l'école elle n'y arrivait plus parce que elle avait toujours l'impression que les gens la regardaient... Mais voilà, il y a eu un épisode dans sa vie où elle s'est sentie défaillante par rapport au regard de l'autre... »

Eb : « ...donc, la dépression c'est quand même être un peu en désaccord avec soi-même... »

Ec : « Et alors que lui c'est un mec dont je vous parle, celui que j'évite, c'est un mec il est doué dans tout ce qu'il fait, mais il est trop exigeant avec lui-même. C'est à dire alors tout ce qu'il y a à faire...alors il fait plein de trucs ! Il est très fort ! Mais c'est pas assez... »

Tachypsychie

Les problématiques sont pensées en boucle, pouvant être la cause des troubles du sommeil et de l'isolement social. (4 entretiens)

Ek : « *Ce sont des gens qui ont l'impression d'en avoir plein la tête ; leur cerveau est en perpétuel mouvement. Voilà, ils sont sans arrêt en train de réfléchir, ils n'arrivent pas à appuyer sur pause, et refaire « reset » pour revenir à zéro. Voilà, c'est trop plein au niveau cérébral. »*

Ruminations obsédantes

Deux personnes décrivent des schémas de pensées irrépessibles, sur lesquels le patient et l'entourage n'arrivent pas à agir. (2 entretiens)

Ec : « *...vous avez beau tout faire, c'est impossible de le sortir de son état, il va constamment y revenir, il va constamment...on peut pas...on dirait qu'il est aimanté par cet état ; vous allez lui changer les idées 5min et bam il y retourne ! »*

Absence de symptômes visibles

La dépression peut parfois ne pas être visible. (7 entretiens)

Eg : « *...j'ai mon meilleur ami qui s'est suicidé, qui était donc dans un état dépressif depuis un an, et je m'en étais jamais aperçu. »*

Les symptômes physiques

L'expressivité émotionnelle

Le plus souvent, c'est le visage qui est décrit : le regard et les cernes, la peau, la perte du sourire et la modification des traits, mais aussi la posture. (9 entretiens)

El : « *...un peu voûté, c'est l'infléchissement, le retour sur soi-même, et un manque de lumière. »*

Ek : « *Oui, le visage est fermé. Alors ce que j'appelle le visage fermé c'est déjà la qualité de la peau. La peau est terne. Vous pouvez leur parler, ils sont tellement dans leur truc, ils ont tellement le cerveau qui travaille en permanence, qu'ils n'ont même plus le réflexe d'avoir le petit sourire. Donc c'est là qu'on se rend compte qu'il y a vraiment quelque chose. »*

Ek : « *La façon de regarder l'autre aussi, le regard est fuyant, comme ils sont mal dans leur corps ils ont du mal à se positionner en face d'une personne qui va les interroger, leur poser des questions. »*

Le poids

Il est un des signes physiques le plus relevé (5 entretiens). Soit par une prise de poids, soit par un amaigrissement.

Eh : « *Au niveau de l'alimentation moi j'avais remarqué qu'elle avait beaucoup maigri, après je vivais pas avec eux tous les jours donc je sais pas comment elle... Par contre je sais que physiquement c'était visible ; en 6 mois elle avait perdu 10-15 kilos !* »

La négligence

La négligence de l'aspect physique est relevée par trois des personnes interrogées :

Eg : « *...voilà, j'en ai l'image d'un laisser aller physique, visible physiquement. Alors l'image que je m'en fais..je pense qu'une bonne partie des personnes déprimées, ça a un impact sur leur physique...* »

Les symptômes comportementaux

Asthénie

La perte de l'élan vital, est soulignée dans 7 entretiens, pouvant aller jusqu'à la clinophilie.

El : « *Ils vont du lit au canapé, du canapé au lit... Ils ont l'impression qu'ils ont jamais le temps et tout les fatigue.* »

Ee : « *...j'associe vachement ça aussi avec la fatigue, quelqu'un sans énergie...* »

Eg : « *J'ai le sentiment que ce sont des gens aussi – alors pareil c'est l'image que je m'en fais dans le cas le plus général – de gens qui sont un peu entre guillemets « ramollos »...* »

Ek : « *Donc elle s'est renfermée dessus, et un jour elle en est arrivée à un burn out où elle pouvait vraiment plus se lever.* »

Du « laisser aller » à l'incurie

Eh : « *C'était quelqu'un de très coquette, elle aimait faire beaucoup de choses, elle était très active. Et puis à un moment donné elle se laissait aller...* »

Ed : « *On arrivait chez lui, il y avait la vaisselle, rien n'était fait, ça sentait mauvais...enfin, c'était horrible.* »

Les mouvements

Ils peuvent exprimer la nervosité par l'agitation ou la respiration, le manque de confiance en soi dans les gestes ou la posture, un ralentissement psychomoteur, ou être représentatifs de l'effet des médicaments.

Ec : « *La manière de bouger en fait. Ils sont moins expressifs dans les mouvements, ils sont moins confiants dans les mouvements en fait !* »

La somatisation

Par exemple, des douleurs ressenties, des vomissements, ou autres, peuvent conduire à une « hypermédicalisation ».

Ei : « ...il se crée des trucs, il va toujours voir 10 médecins à la fois, c'est un truc de fou ! D'ailleurs sur le moment je lui dis « mais là t'as rien ! ». A chaque fois qu'il va pas bien, hop il va passer un petit truc, hop il prend un petit truc. Mais oui il se crée des maladies... »

Comportements agressifs

Ils peuvent être dirigés contre l'entourage (hétéro-agressivité) comme contre lui-même (auto-agressivité).

Ej : « ...donc il tombe dans des réactions de colère, il se maîtrise plus lui, il se reconnaît pas. »

Conduites d'alcoolisation

Elles sont plus fréquentes, plus importantes, pouvant être pathologiques et majorer la dépression.

Eb : « ...il va accélérer la dépression autour d'un bon verre de rouge (sourit). Non mais c'est la cause à effet... »

Isolement social

Très largement évoqué dans 7 des entretiens,

Ee : « Elle fait rien ; elle peut rester des week-end entiers sans vouloir m'appeler... »

Ei : « Il est fâché avec tout le monde. C'est un sauvage. Il s'est vraiment mis à l'écart de la société... sinon après il rentre chez lui, si ça sonne il répond pas, il répond pas au téléphone... Il est vraiment... C'est ça il est dépressif, il s'isole totalement ! »

Troubles du comportement alimentaire

L'anorexie ou les excès sont retrouvés dans 5 entretiens.

Ec : « Ah ben pff..Ah ouais là, c'est typiquement ils vont rester chez eux manger de la merde ou voir ne plus manger beaucoup. »

Conduites suicidaires

La tentative de suicide est évoquée, notamment via l'intoxication médicamenteuse volontaire (2 entretiens).

Ed : « Si je prends l'exemple de mon beau frère, c'est quand même allé jusqu'à des tentatives de suicide. »

Conduites d'évitement

Certains évoquent une volonté du patient de cacher son mal être, souvent par peur de ce que « l'autre » peut renvoyer. (4 entretiens)

Ec : « *Au travail c'est pareil. Dans l'évitement et même aussi à dire, poser un RTT au dernier moment parce que il se sent pas capable d'y aller. Mais il a pas aussi envie de poser un arrêt de travail pour dire aux autres qu'il a...vous voyez...parce que ça va se savoir... Donc le mec pose des vacances. Donc là vous êtes dans l'évitement... »*

Les symptômes neuro-végétatifs

Troubles du sommeil

Le sommeil est de mauvaise qualité, et le temps de sommeil la nuit est réduit. (4 entretiens)

Ej : « *C'est souvent que les gens dorment pas... »*

Les symptômes sexuels

Troubles du désir sexuel

Il est identifié par deux sujets :

Ec : « *Mais non, oui, baisse de la libido. Ça c'est vraiment un symptôme que...dont je suis certain. »*

Variabilité interindividuelle

L'expression symptomatique du trouble dépressif est variable et peut être visible ou non.

Ee : « *Je dirais qu'il peut y avoir deux personnes ; soit il y a la personne où on sait que la personne est en dépression ou n'est pas bien, elle ne le verbalise pas forcément mais elle sera quand même transparente avec les autres ; soit il y a la personne qui ne le dit pas parce que elle est dans un environnement social qui ne lui permet pas ou bien elle n'a pas envie de le dire, et du coup il va y avoir une façade avec une espèce de jeu, de rôle. »*

2.1.6 Les diagnostics différentiels

Il a par ailleurs été repéré dans le discours des sujets interrogés qu'ils étaient sensibles à des différences d'intensité quant à la symptomatologie émotionnelle de la dépression, faisant ainsi émerger la notion de diagnostic différentiel.

La tristesse

La différence est notée pour les 12 personnes.

Eh : « *Non, la tristesse c'est un état vraiment normal, qui peut arriver de temps en temps, qui fait partie de la vie.* »

La déprime

Le terme est introduit pour 3 des 12 entretiens.

Elle est identifiée comme un état précurseur de la dépression, à mi-chemin entre la tristesse et la dépression.

Eg : « *Et la déprime est peut-être un état précurseur de la dépression...j'ai le sentiment qu'on peut être encore acteur, que la maladie elle est pas installée.* »

Eh : « *La déprime... Enfin moi c'est plutôt en temps que je fais la différence. Pour moi la déprime, ça dure plus longtemps que la tristesse. La déprime, ça peut être une petite période où on a des faiblesses.* »

2.1.7 Connaissances des sujets interrogés quant aux causes du trouble dépressif

Les facteurs environnementaux

Les causes environnementales sont largement évoquées par toutes les personnes interrogées. Elles incluent tous les événements de vie, isolés ou cumulés, de l'enfance à l'âge adulte.

L'histoire de vie, au sens large, incluant l'accumulation de problématiques, est évoquée dans six interrogatoires ; il est décrit entre autre dans l'entretien b :

Eb : « *C'est plus un contexte historique, enfin de la personne...* »

Le travail, évoqué neuf fois, à travers le « burn out » ou la perte de son emploi :

Ek : « *La professionnelle on la connaît, et malheureusement je pense qu'on va aller vers un monde où le « burn out » fera partie du quotidien des gens... »*

La perte d'un être cher, retrouvée six fois. En voici un exemple de verbatim issu de l'entretien

A :

Ea : « *...perdre quelqu'un dans la vie, ça peut provoquer... »*

Des failles dans l'enfance, (dans cinq des douze interviews), comme le manque d'affection, de valorisation ou de repères :

Ei : « *Oui pour lui je sais ; ça vient de son enfance. Il a eu un frère, ils ont 9 mois de différence ; bon lui était pas désiré et sa mère lui a toujours dit. »*

Les relations avec l'entourage, évoquant souvent la famille, mais aussi les amis, parmi cinq interviews.

Ek : « *Et après, la dépression émotionnelle est souvent due au fait que les gens se sentent discrédités par des familles lors de conflits ou autres. »*

Ea : « *Par exemple, le plus gros du problème vient de sa relation entre elle et son père... »*

Les drames de la vie, repris quatre fois.

Ej : « *...et j'imagine la personne où tout va bien, et il arrive le drame de sa vie... »*

L'altération de la santé physique, qui est retrouvée à deux reprises

Ec : « *Eh ben dans le cas de mon pote qui a une myopathie, lui c'est être différent des autres, très clairement ; et puis lui ça se voit un peu parce qu'il perd du muscle en fait. »*

L'isolement social

Eh : « *Ceux qui se sentent seuls, qui sont pas assez sociabilisés, ceux qui du coup n'ont pas d'activité à côté, qui n'éprouvent aucun plaisir ou plus de plaisir à faire les choses... »*

L'argent, directement lié à la perte d'emploi :

Ei : « *Mais pas de travail sur une longue durée, qu'on a plus de revenus et qu'il faut payer les loyers et tout ça, oui je pense que ça peut amener à la dépression en effet. »*

Divers : Rupture sentimentale – Chocs émotionnels répétés - Viol - Evènement de société - drogue – sont également cités

El : « *Et puis après ce sont des évolutions de la vie par rapport à l'évènementiel qui est vraiment très rapide et qui peut maintenant vous tomber dessus n'importe quand.* »

Eb : « *J'ai une personne qui a fait ça sur une crise au cannabis...* »

Les facteurs intrinsèques

Ce sont les facteurs liés à l'individu lui-même.

Le manque de confiance en soi

Eh : « *Ça peut être un manque de confiance en soi, c'est pas forcément lié à l'affection, ça peut être quelqu'un qui n'a jamais eu confiance en lui...* »

La méconnaissance de soi

Elle correspond au manque de savoir de la personne sur elle-même entravant alors sa capacité à faire des choix adaptés pour elle-même. Cette méconnaissance de soi pourrait alors selon les sujets être un facteur à l'origine du trouble dépressif.

El : « *Après c'est aussi se connaître soi même par rapport à ce qu'on demande à son esprit, est ce que on vise trop haut ? Donc là on plonge aussi, est-ce que on vise trop haut ? Au niveau familial, et au niveau boulot aussi, sans se connaître trop, et donc la personne plonge. Pas jusqu'au burn out, mais on plonge avant.* »

La négligence / La résignation

Elles correspondent au fait de ne pas tenir compte des conséquences liées à certains choix faits au cours de leur existence par manque de soin ou de vigilance.

Eg : « *On a tous des exemples en tête de gens qui ont des enfants, dont ils s'occupent plus parce que changement de femme ou inversement ; ou un moment c'est un enfant d'une femme qu'il reconnaît pas et qu'il reconnaît après... enfin tout ça est d'une violence, le jour où il voit l'enfant il se dit mais qu'est ce que j'ai fait ! C'est des choses qu'on a pas le droit...enfin on va pas parler de moralité, mais je pense que un jour ils vont se réveiller, ça va être d'une violence immense, et cette violence immense peut amener à des...ça renvoie quelque chose de très négatif à soi-même et donc ça affecte.* »

La vulnérabilité : elle peut être liée à une notion de génétique, ou la notion personnalité.

El : « *Je pense qu'il y a tout de même une part de génétique.* »

Ef : « *Parfois on est pas assez fort, il y a des gens qui sont forts d'autres pas...* »

Ec : « *Je pense, les gens qui n'ont pas confiance en eux, très clairement, donc les gens qui ont des tendances paranos, là vous avez un bon terreau je dirais.* »

Aucune

Quatre personnes relèvent l'absence de cause objective pouvant expliquer la dépression chez certaines personnes.

Ee : « *Ben non, parce que je pense qu'il y des gens qui ne sont pas bien et on sait pas pourquoi. Il y a des gens qui n'ont pas de raison objective d'être mal, qui ont un boulot, qui sont entourés, qui ont une vie, qui sont intégrés socialement, et ils sont pas bien.* »

Evènement déclencheur immédiat ou évènement de vie stressant

Six des personnes interrogées pensent qu'il existe un évènement déclencheur immédiat du trouble.

Eg : « *Et après dans la vie, je pense qu'il y a des éléments déclencheurs « d'arrivée de la maladie », qui vont faire décompenser cet état latent.* »

La notion de « causes plurifactorielles »

Elle est retrouvée dans la majorité des entretiens, excepté l'entretien d et c. Parmi ces 9 entretiens, 8 retiennent la possibilité d'une influence génétique dans l'apparition de la maladie.

Par exemple, dans l'entretien k :

« *Moi je pense que c'est le cumul de plusieurs choses. C'est comme le cancer, on dit qu'on a tous une cellule cancéreuse, que avec un choc émotionnelle, cette cellule cancéreuse, elle va se multiplier par 10 et autres, et que ça va faire la maladie. Ben là c'est pareil ; je pense qu'on a certainement le gène de la dépression, et que notre vie sociale ou professionnelle, à partir du moment où ça se passe pas bien, est un élément déclencheur de la dépression.* »

Enfin, certains ont mis en évidence comment un facteur peut influencer l'apparition d'un second facteur, entraînant ainsi l'émergence d'une dépression.

Pour illustrer cela, voici un exemple de verbatim du dossier k :

« Ben je pense d'ailleurs que la confiance en soi on la prend aussi à travers l'éducation qu'on nous a donnée. Je crois qu'on ne peut pas avoir confiance en soi si on a pas été un peut aidé, porté, valorisé, je pense que ça aussi c'est très important. »

Ici, le sujet explique que le manque de confiance en soi peut être facteur d'émergence d'une dépression, et que ce manque de confiance en soi peut être déterminé par le manque de valorisation dans l'enfance. Le sujet établit donc un lien direct entre les deux. Nous avons donc trois codes ici : l'enfance, le manque de confiance en soi, et l'influence de l'enfance sur la confiance en soi.

Le schéma suivant regroupe ces liens qui ont émergé dans plusieurs entretiens :

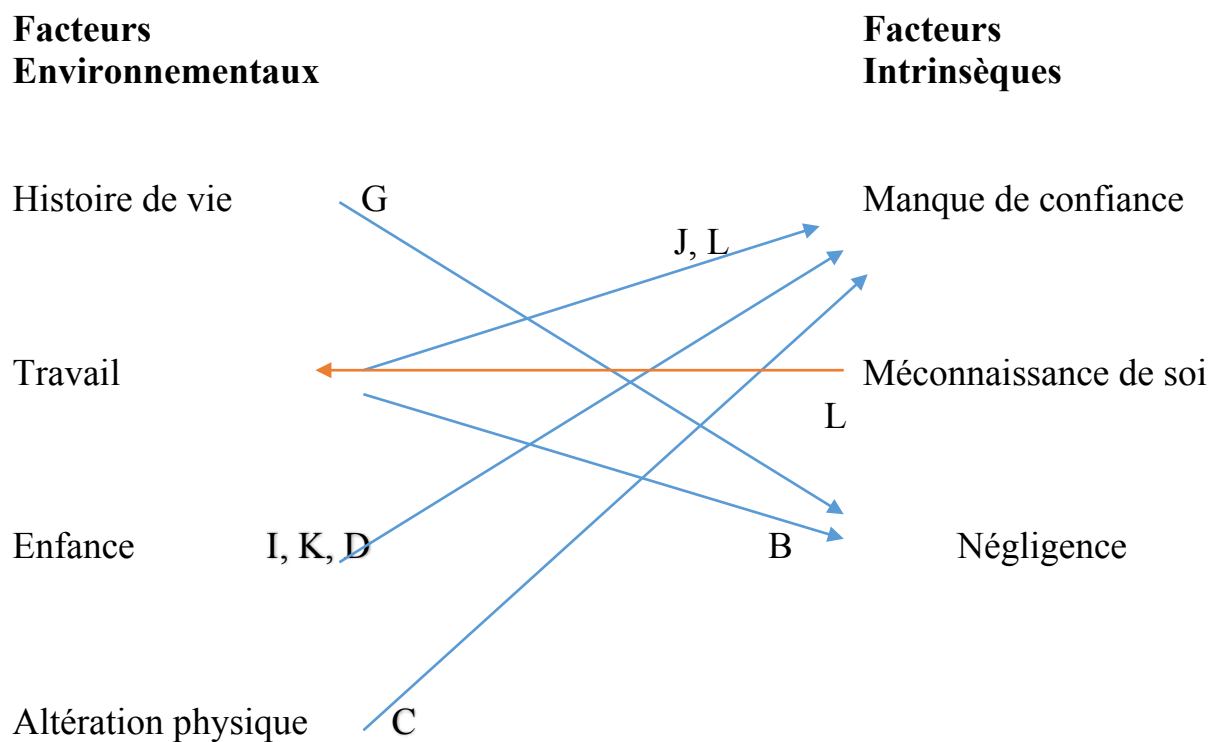


Figure 1 : Emergence de facteurs de causalité du trouble dépressif via des facteurs pré-existants

Le schéma qui suit résume l'ensemble des catégories liées aux causes de la dépression selon les sujets, et leur relation éventuelle.

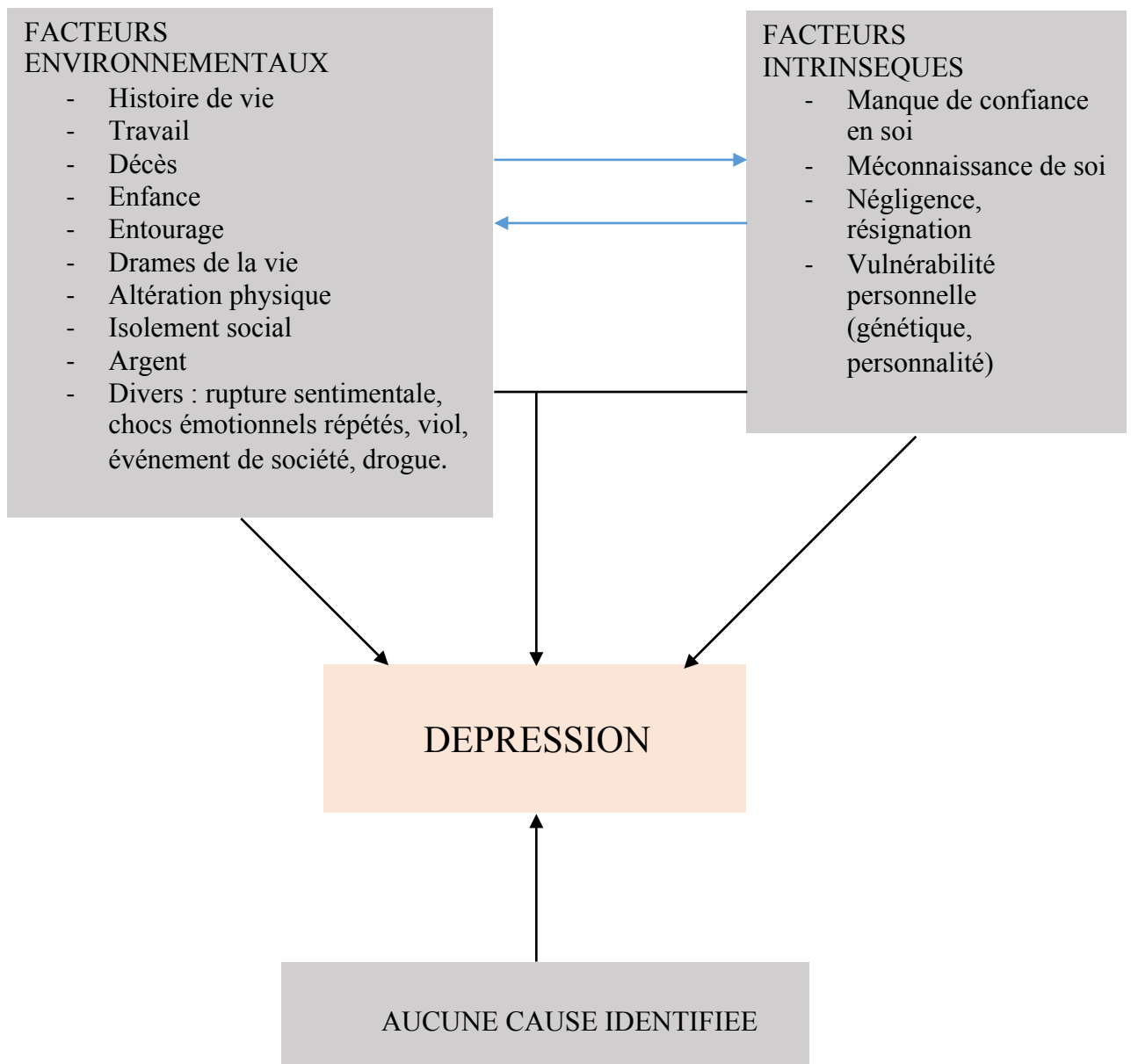


Figure 2 : Représentations des sujets interrogés à propos des causes du trouble dépressif

2.1.8 Connaissances des sujets interrogés quant au retentissement et à l'évolution du trouble dépressif

Retentissement interpersonnel

Pour la majorité des sujets (11 entretiens), la dépression a un impact sur les relations aux autres, qu'il s'agisse du conjoint, de la famille, des amis, ou des relations sociales au sens large. Ces changements sont expliqués par les émotions et comportements de la personne dépressive, dont l'isolement social. Les émotions, humeurs et comportements de l'entourage sont également évoqués.

Eb : « ...ça se remarque dans votre vie, je veux dire il y a un changement par rapport à la vie sociale que vous avez créée... »

Ei : « Ça peut amener à un divorce par exemple. Ça c'est dans le couple. »

Retentissement sur la santé

Pour dix des personnes interrogées, la dépression peut être à l'origine de maladies, physiques ou psychiques. Elle peut également influencer l'évolution d'une pathologie (4 entretiens). La notion de vulnérabilité de l'organisme créée par l'état dépressif, expliquerait ainsi l'apparition ou l'évolution d'autres maladies.

Seule une personne n'a pu exprimer son point de vue par méconnaissance.

Ef : « Ça peut être très grave, ça peut déclencher un cancer, comme ça peut être juste des maladies chroniques comme un ulcère... »

Ec : « Ah oui oui oui...oui oui très clairement, ben notamment tout ce qui est paranoïa, et schizophrénie, etc...enfin bref, cette psychose là. »

Retentissement sur le travail

Cela peut être en rapport avec la qualité du travail, les relations avec les collègues, ou l'éviction/les arrêts de travail. (8 entretiens)

Ej : « *Ça peut déborder, et là j'en côtoie pour le coup. Ils sont irascibles et sont déjà désagréables pour les collègues, et le travail peut pas se faire. D'ailleurs ce sont des gens qui s'arrêtent souvent car ils peuvent plus...* »

Retentissement sur les finances

Les représentations de l'impact de la maladie sur les finances sont très variables.

La plupart font le lien avec le mode de vie du patient : alimentation, divertissements, addictions associées.

Seule une personne évoque le coût lié aux soins avec un psychologue, mais remboursé avec un psychiatre.

Une autre ne relève aucun retentissement de la dépression sur le budget personnel.

Ed : « *Oui. Parce que si ils deviennent accro à l'alcool et à la console... Je pense.* »

La notion de guérison

La guérison est possible pour 8 des personnes interviewées, liée pour la majorité à la thérapie, mais aussi à l'entourage (3 interviews). La prise de conscience de son état est également nécessaire selon 2 personnes interrogées.

Eh : « *Oui, moi je pense qu'on peut en guérir. Si on est bien entourés, si on se fait suivre par des professionnels. Après il faut reprendre petit à petit plaisir à la vie, et je pense qu'on peut.* »

Ei : « *Donc pour sortir de ça, il y a une phase d'acceptation. Comme toute maladie, une fois qu'on a accepté qu'on est mal, ça va mieux. Et je pense qu'une fois qu'on a accepté, qu'on a reconnu qu'on est dépressif, ça c'est un grand pas.* »

La volonté du patient est un élément nécessaire pour 5 des personnes interrogées.

Ei : « *Si si, si il n'y a pas la conscience et la volonté d'aller mieux, ça sert strictement à rien.* »

Il existe par ailleurs une vulnérabilité quant à cette guérison. (3 entretiens).

Eb : « *Non, je pense que c'est la personnalité des gens qui fait que l'on s'y met plus facilement dedans et qu'on en ressort plus difficilement* »

Ej : « *Je sais pas si le mot complaire est adapté, mais, j'ai pas l'impression qu'il y ait égalité devant la prise de conscience et l'envie de s'en sortir.* »

Pour les 3 autres, la guérison n'est pas possible, et pour la dernière il existe un doute. Cependant, il peut y avoir une amélioration, par phases (évolution de la maladie) ou bien durable.

Eg : « ...alors que pour moi l'état dépressif, l'image que je m'en fais...c'est une maladie qui ne part pas, dont on peut se soigner, c'est à dire qu'on peut avoir des périodes un peu meilleures que d'autres, mais l'état dépressif il accompagnera ces gens tout au long de leur vie quoi. »

Ee : « Comme je pense qu'on peut naître avec je ne pense pas qu'on puisse en guérir définitivement, mais je pense qu'on peut vivre avec, et être bien ; enfin, réussir à trouver des moyens d'être bien, en ayant ce fond un peu dépressif en soi. »

Le risque de décès

Toutes les personnes pensent que la dépression peut entraîner la mort. Pour la majorité, elle est consécutive à un suicide et associée à des dépressions graves.

Sont également évoqués les suites d'une maladie provoquée par la dépression, les effets tardifs du traitement, l'anorexie, ou encore le manque de sommeil.

Ee : « Ben je pense par d'autres maladies, pas qu'on « se crée », mais bon qui font que l'état n'est pas bien donc on peut avoir d'autres maladies ; et puis après je pense qu'il peut y avoir le suicide, on peut mettre fin à ses jours...par détresse. »

2.2 Connaissances des sujets interrogés à propos de la prise en charge médicale du trouble dépressif

2.2.1 Le médecin généraliste dans la dépression

Son rôle dans la prise en charge

Pour la plupart des sujets interrogés, le médecin généraliste prend part à la prise en charge du patient comme premier acteur, semblant ainsi bien identifier le caractère primaire de l'offre de soin proposée.

Les différents rôles le plus souvent assignés aux médecins généralistes par les sujets d'études étaient :

Le rôle d'identification des problèmes psychologiques (6 entretiens)

Eg : « *Mais je veux dire, il y a quand même des familles, ou des environnements sociaux, où l'avis d'un généraliste pourrait amener quelque chose d'un peu éclairant. Et que c'est quand même le premier acteur et qu'il peut avoir un rôle là-dessus.* »

Ef : « *Mais dans tous les cas, on passe par le médecin généraliste parce que il est généraliste justement, que parfois on a peut être pas mis le doigt sur le problème, et donc c'est peut être lui qui va nous aider parce que il nous connaît.* »

Le rôle d'orientation vers le psychiatre (4 entretiens)

Eh : « *Oui il a un rôle, pour aller voir un professionnel puisqu'ils ont des contacts...* »

Le rôle d'écoute (9 entretiens)

Il peut s'agir de l'écoute active, du suivi, ou d'une alternative en cas d'arrêt de la thérapie avec le psychiatre.

Eh : « *Ça peut aider oui, parce que pour moi il a un rôle d'écoute aussi le médecin généraliste.* »

Ec : « *Si, aller voir le médecin pour parler. Si pour sortir de chez soi, pour aller parler à quelqu'un, là d'accord. Là je suis d'accord, oui oui.* »

Le rôle de prescripteur, du traitement et de l'arrêt de travail (6 entretiens)

El : « *Ben c'est le gros maillon ; c'est celui qui prescrit* »

Avantages perçus

7 personnes disent avoir une parole libre avec leur médecin, 3 d'entre elles soulignent l'existence d'une relation de confiance entre eux et leur médecin. Parmi ces personnes, 2 relèvent que c'est parfois le patient lui-même qui entrave la communication avec le médecin.

Ed : « *Oui oui. Après, faut avoir confiance en son médecin. Moi j'ai confiance au docteur, je lui dirai tout.* »

Ej : « *Non, mais après j'ai conscience que beaucoup de personnes ne sont pas comme ça... De se livrer.* »

Inconvénients perçus

Six des personnes interrogées ont des représentations, entre autre, négatives du médecin généraliste.

Le manque de temps est la notion la plus évoquée (4 entretiens). L'absence de suivi, la méconnaissance du patient ou de la psychiatrie avec probablement un diagnostic fait à tort sont cités de façon isolée dans 4 entretiens.

Ek : « *Il faut aussi peut être s'accorder un peu plus de temps, d'écoute, car un patient va peut-être pas forcément se dévoiler dans les 10 minutes. Alors moi je le vois aussi parce que pendant 17 ans j'ai fait de l'aide sociale à la personne âgée, donc toute mon expérience comme ça me fait dire que dans les 10min les gens ont du mal à parler, à se dévoiler.* »

2.2.2 La stratégie thérapeutique

Pour tous, le traitement de la dépression peut associer un suivi par un psychiatre et un traitement médicamenteux.

La grande majorité affirme qu'il ne peut y avoir de traitement médicamenteux sans thérapie.

Cinq des personnes interviewées expriment que la thérapie seule est envisageable.

Eb : « *J'imagine qu'il y a des types de dépression qui...alors j'aurais envie de dire que j'espérerais qui pourraient se régler par de la thérapie, mais je pense qu'il y a des cas où une aide, enfin l'aide des médicaments est forcément, enfin où on est forcément obligé d'en passer par là. Donc après c'est en fonction de la gravité et du type de dépression. Il y en a où je pense que le médicament est une obligation...j'imagine ; et d'autres où je pense par contre que dès qu'il y a un médicament, la thérapie doit être là aussi... »*

2.2.3 Le traitement médicamenteux

Les représentations négatives à l'égard du traitement médicamenteux sont nombreuses, et l'on identifie un certain nombre de confusions. Néanmoins, certains sujets connaissent le rôle de la chimiothérapie antidépressive et ses modalités de prescription.

Connaissances

Noms et types de traitement

Le terme « antidépresseur » est cité 7 fois, et le plus cité est le Prozac (3 fois, et une seule fois pour le Séroplex). Les anxiolytiques sont eux relevés 3 fois (le Xanax pour seulement l'un d'eux), et 4 personnes disent ne pas connaître les médicaments prescrits dans la dépression.

Ei : « *Enfin si, il prend des antidépresseurs, que son médecin lui a donné... Prozac oui, je crois que c'est ça qu'il prend.* »

Prescripteurs

Le psychiatre est le plus souvent nommé comme prescripteur du traitement médicamenteux (7 entretiens). Le médecin généraliste est également identifié dans 6 entretiens.

Eh : « *Euh, ben souvent les médicaments, les antidépresseurs ; c'est souvent ce qui est prescrit par les psychiatres, les médecins.* »

Modalités de prescription

Délai d'efficacité : trois personnes savent qu'il existe un délai entre la mise en place du traitement et l'apparition de ses effets. En effet, l'amélioration de l'humeur est classiquement attendue au bout de 3 à 4 semaines de prise journalière d'un traitement antidépresseur (4).

Eb : « *Mais oui je pense qu'il y a un minimum de temps, ne serait-ce que l'effet du traitement.* »

Durée longue : le traitement est perçu comme long. (4 entretiens)

Ee : « *Longtemps. Je pense qu'il y a des gens qui pourraient être traités toute leur vie. En années en tout cas ça ne m'étonnerait pas...* »

Sevrage progressif : l'arrêt du traitement est progressif pour 4 des personnes interrogées.

Ec : « *J'en sais rien, mais je sais que c'est dégressif en tout cas ; je sais que pour en sortir, alors, une fois qu'on est bien assommé, qu'on a plus son schéma cyclique – mais bon là faut quand même être transformé en l'ombre de soi-même – après ils réduisent progressivement les médocs, jusqu'à retrouver un...* »

Ea : « *Ah ben ça en principe c'est long ; je pense même que ça dure des années le traitement. Parce que, il y a la période où il faut prendre le plus fort pour essayer d'atténuer la maladie, et après il y a la période où il faut essayer de se débarrasser de la prise de ce médicament. »*

Est également citée une fois la nécessité de respecter une abstinence de prise d'alcool pendant le traitement.

Indications

Notion de gravité du trouble

Le traitement peut être associé à une notion de gravité de l'état du patient dépressif. (3 entretiens)

Eg : « *Je pense qu'il y a des cas où - je vais prendre l'exemple de mon copain qui s'est suicidé – je pense que s'il avait eu un traitement antidépresseur lourd, il se serait jamais suicidé... Donc il y a un moment, faut pas être complètement idiot ! »*

Traitement symptomatique

Deux personnes décrivent de façon explicite le traitement médicamenteux comme un traitement symptomatique, mais non directement curatif du trouble thymique.

Eb : « *Disons que il y a la base...les médicaments serviront, enfin ils bloqueront, ça ira, mais peut être pas la base.. Voilà, « j'ai mal à la tête tous les jours, je prends du doliprane, ça va mieux mais c'est pas pour ça qu'on traite la cause du mal à la tête... le vrai travail de dépression se fait ailleurs, dans la thérapie. »*

Avantages perçus

Régression de l'humeur dépressive

Pour 4 des personnes interviewées, le rôle de l'antidépresseur est de faire régresser les symptômes, d'améliorer l'humeur.

Ea : « *Ça peut soulager, la tête...ça peut vous rendre moins dépressif... »*

Inconvénients perçus

Liés aux effets du traitement

Il peut entraîner un ralentissement psychomoteur. (5 entretiens)

Ec : « *Ah oui oui, complètement ! Mais ça fait flipper, parce que du coup on le reconnaît pas trop : les yeux dans le vide, il met 10 minutes à répondre, on voit que ça connecte pas ; quand on lui donne une réponse à ses questions, il repose la même question 10 secondes après... »*

Liés à la notion de dépendance

Elle est exprimée à trois reprises.

Eb : « *... Des effets des médicaments qui peuvent créer une dépendance... »*

Ek : « *C'est un élément moteur ; c'est comme si on donnait un bonbon à un enfant, où il y a un certain effet de bien être, et où il se dit « ah oui en effet le bonbon était... ». Là c'est pareil, s'ils n'ont pas ce bonbon là, ça devient un manque. »*

Liés à la durée du traitement

Deux personnes pensent que le traitement est souvent prescrit trop longtemps.

Eg : « *Donc les médicaments, je pense oui qu'ils amènent un peu de bienfait à l'instant T, mais je pense qu'ils sont hyper destructeurs, sur la durée je pense que c'est pire. Je répète, pourquoi le faire ponctuellement « one shot », mais après vite vite vite il faut en sortir... »*

Comparaison du traitement médicamenteux à une drogue

Le traitement est comparé à une drogue (3 entretiens).

Ed : « *J'ai l'impression c'est pour les droguer... »*

Ea : « *...et puis c'est ça lui avait, pire que l'opium quoi, je veux dire, tout était merveilleux ! »*

Est également évoquée une fois la notion de placebo.

Impact psychique puissant du traitement médicamenteux

Pour 3 des sujets, le traitement médicamenteux a un impact puissant sur l'état psychique.

Eg : « *Tout médicament psychique je pense, si on en prend beaucoup ça fragilise...mais c'est quand même des médicaments hyper puissants. Et donc je vois mon cousin qui est bipolaire, oui j'ai le sentiment c'est du très très très lourd... »*

Ec : « *Alors je sais pas sous quel traitement il était...je sais pas si ce sont des antidépresseurs, mais en tout cas les traitements qu'ils lui ont filés à lui, oui, ça le lobotomisait même ! Le mec est épave !* »

Impact négatif du traitement médicamenteux sur la santé

Cinq personnes craignent les effets délétères du médicament sur la santé.

Eb : « *Ben c'est que c'est...déjà c'est toxique ; donc la première cause c'est que déjà c'est quelque chose de toxique pour votre corps. Donc avec les effets que ça peut avoir...* »

Ea : « *Moi le seul traitement que je connais pour la dépression c'est les antidépresseurs. Dont il paraîtrait que certains ont des effets secondaires, comment dirais-je...très nocifs pour la santé.* »

Ej : « *Oui, peut être sur la fertilité, sur tellement de choses...* »

Ec : « *Je sais pas s'il n'y a pas de séquelles quand même...enfin moi ça m'a fait flipper !* »

2.2.4 Le thérapeute et la thérapie

Connaissances : les termes usités

Il s'agit du psychologue ou du psychiatre.

Les termes employés pour les nommer sont les suivants pour les plus fréquents :

« Psychiatre », cité à 33 reprises, pour 8 dossiers au moins une fois

« Psychologue », cité à 25 reprises, pour 8 dossiers au moins une fois

« Psy », cité à 71 reprises, pour 9 dossiers au moins une fois

Il n'a pas été posé de question sur la différence que faisaient les personnes entre le psychiatre et le psychologue, et globalement, pour ceux qui ont voulu l'évoquer, la différence est la possibilité ou non de prescrire le traitement médicamenteux.

Ed : « *Le psychiatre peut faire l'ordonnance mais pas le psychologue, c'est ça ?* »

A noter que les termes de médecin et médecin généraliste sont nommés également :

« Médecin », cité à 106 reprises, pour tous les dossiers au moins 5 fois

« Médecin généraliste », cité à 153 reprises, pour tous les dossiers au moins 7 fois.

Concernant la thérapie, les termes retrouvés sont principalement : la thérapie (6 entretiens), la psychothérapie (3 entretiens), la psychanalyse (3 entretiens).

Avantages perçus

L'absence de lien affectif avec le thérapeute permet, selon les sujets, une parole plus libre et une plus grande pérennité de la prise en charge, cette dernière étant évoquée en opposition à l'entourage social (cf « inconvénients perçus à propos de l'environnement social et familial du patient dépressif ») (6 entretiens).

Ed : « *Mais je pense que le personnel soignant est mieux. Enfin, comme ce n'est pas la famille, il a pas d'empathie pour la personne. »*

Eh : « *...c'est parfois plus facile de parler à des professionnels qu'à son entourage. »*

Ec : « *Je suppose que en fait le psy il joue le rôle d'un ami à qui on peut tout dire, sauf qu'il y a des gens qui sont pudiques, et qui ne peuvent pas donc dire ça à leurs amis. »*

Cinq personnes identifient l'effet thérapeutique positif du thérapeute, et quatre reconnaissent l'effet positif lié à ses connaissances spécialisées.

Eh : « *Et après eux ils ont appris toutes les techniques pour guider les personnes dans la guérison quoi. »*

Ea : « *...elle était beaucoup mieux, elle se sentait mieux, elle était beaucoup plus souriante, elle était moins triste... »*

Pour tous, la thérapie permet au patient de parler. Le but est d'être écouté, principalement pour « évacuer » ses problématiques.

Eh : « *Pour moi, c'est vraiment discuter avec des personnes, s'ouvrir avec des personnes, sur son état mental ; se libérer aussi l'esprit, de certaines choses... »*

Inconvénients perçus

Ils sont retrouvés dans 6 entretiens.

Le manque de confiance, avec parfois le sentiment d'être jugé ou d'une écoute passive est relevé dans 3 entretiens.

Ea : « *...mais déjà rien que de la voir ça me...ça me met mal à l'aise... »*

L'inefficacité du traitement, inutile ou aggravant l'état du patient, est retrouvée dans 5 entretiens.

Ej : « *On entend encore trop que parfois c'était pire après. Et ça fait peur. Donc pire après...* »

La stigmatisation : l'image psychanalytique de la séance est évoquée par 3 personnes.

Ec : « *J'avoue que j'en ai aucune idée, les seules images que j'ai c'est d'en parler dans les séries américaines, quand on va sur le divan et que le mec vous fait parler de ce qu'on ressent.* »

Ej : « *...ou parfois des psychiatres qui pendant la consultation vont pas ouvrir la bouche, perso je crois que je supporterais pas...* »

Enfin, deux personnes notent qu'il existe encore une image de « folie » pour certains individus de la société, associée à la consultation du psychiatre.

Eh : « *Les gens ont encore une image du psy, en gros, c'est pour le fou.* »

La durée du traitement

La psychothérapie est un traitement long pour 5 personnes interviewées.

Ei : « *Ça a duré des années et des années ; elle a vu un psy, un psychologue, mais ça a duré des années.* »

2.2.5 L'hospitalisation

Elle est évoquée dans quatre entretiens, dont deux utilisent le terme « internement », les deux autres « hospitalisation ».

Ec : « *...mais là il a été interné dans des centres de repos plusieurs fois ...* »

2.2.6 Les thérapies à médiation corporelle

La relaxation par diverses techniques est également abordée, ainsi que la possibilité de bénéficier de « renforcements positifs » par la réalisation d'une activité physique. (2 entretiens)

Ek : *« ...peut être des protocoles de massages ; les gens qui sont en dépressions ils aiment bien, reprendre contact avec leur corps... C'est pas mal de faire des méthodes simples au début, et après passer à la médication. Mais je pense qu'en faisant des méthodes simples, ça permet peut-être aux gens de relâcher, de prendre du recul... »*

El : *« Après c'est des techniques aussi euphorisantes, donc la marche... Mais il faut être très progressif, c'est à dire qu'il faut jamais les mettre en situation d'échec. Donc c'est la marche, après marche rapide, et ainsi de suite. Donc toujours le valoriser, étape par étape, pour à chaque fois stabiliser une étape, comme avec la psychanalyse. Voilà, une fois qu'on maîtrise, on verrouille, on stabilise et on passe l'étape. Parce que s'ils sont en situation d'échec c'est terrible. Et pour eux, comme ils ont plus de point repère, si à chaque fois ils stabilisent, c'est magique. »*

2.3 Représentations des sujets interrogés à propos du rôle de l'environnement social et familial

2.3.1 Expérience des sujets avec un tiers

Toutes les personnes interviewées font référence à un tiers tel qu'un ami, la famille, un parent d'ami, un collègue de travail ou un voisin.

Ei : *« ...et ma petite sœur, elle a fait une dépression »*

Sentiments suscités chez les sujets interrogés par le patient dépressif

Ces sentiments peuvent aller de la tristesse à la colère suscitant alors l'évitement. Ils peuvent aussi être plus empathiques, désignés le plus souvent par le terme de « compréhension ».

Influence du genre

L'acceptation plus facile d'une maladie dépressive chez les femmes est relevée.

2.3.2 Intérêts perçus à propos de l'environnement social et familial du patient dépressif

Sources d'information médicales variées

Les sources de la connaissance sont variées comme la télévision, les études ou le milieu professionnel, le médecin généraliste, la littérature et internet.

Entretien C (Ec) : « *Ben un peu tout ça en fait ; dans mes études aussi un petit peu, parce que j'étudie le cerveau aussi, et j'étudie l'état dépressif...Et oui après, je lis pas mal, donc dans la littérature. »*

Accès aux connaissances médicales

L'accès grandissant aux connaissances médicales est également noté.

Le soutien de l'environnement social et familial

• L'entourage est évoqué dans toutes les interviews et sous plusieurs aspects dans chacune d'elle. Le patient dépressif ne fait pas « peur », les personnes semblent disposées à rester auprès de lui.

Eg : « *Non non, je n'ai pas le sentiment que c'est contagieux (sourit), et ..à garder les mêmes rapports. C'est à dire que je ne me sens pas l'âme d'un aidant de tout mon entourage même lointain qui sont dépressifs ; je m'en rapproche pas pour les aider, non, je ne me sens pas ça. Et à contrario, non, ça ne change pas les relations. »*

• Le soutien de l'entourage est lié à la qualité et la proximité des relations avec le patient pour 5 des personnes interrogées :

Ek : « *Ah oui, tout à fait. Il faut des gens équilibrés qui entourent les gens qui sont dépressifs. Équilibrés, attentifs, sereins, aimants. »*

• Les interlocuteurs cités sont variés : les amis, la famille, les proches le plus souvent, mais aussi l'environnement de travail.

Ej : « *...et je pourrais encore aller aider, écouter ces gens là, parce que je sais qu'il y a des entreprises c'est difficile, qui mon Dieu, persécutent... »*

- La volonté d'améliorer le quotidien de la personne dépressive est mis en évidence à travers les notions d'aide, d'éviction du conflit, et de divertissement (4 des personnes interrogées) :

Ea : « *Moi, j'ai essayé d'être le plus soft possible, de l'aider, de pas être agressif avec elle, d'être gentil, et d'essayer de lui faciliter les choses !* »

Eb : « *Si c'est un ami, ben le rôle de l'ami c'est plutôt qu'il prenne du bon temps avec vous, le but du jeu c'est qu'il se fasse plaisir avec vous.* »

- Les notions d'empathie, de soutien moral, de compréhension et de recherche de solutions, de stimulation font appel aux capacités d'écoute et de dialogue avec le patient, évoqués par 10 des personnes interviewées :

Ef : « *Alors, comme je suis quelqu'un d'assez empathique et je suis assez psychologue dans ma vie, je vais essayer de comprendre, le pourquoi du comment, qu'est ce qui a fait que cette dépression est arrivée...voilà, ça c'est des heures à parler.* »

Le schéma suivant résume les catégories issues de l'analyse des verbatim que nous venons de décrire ci-dessus.

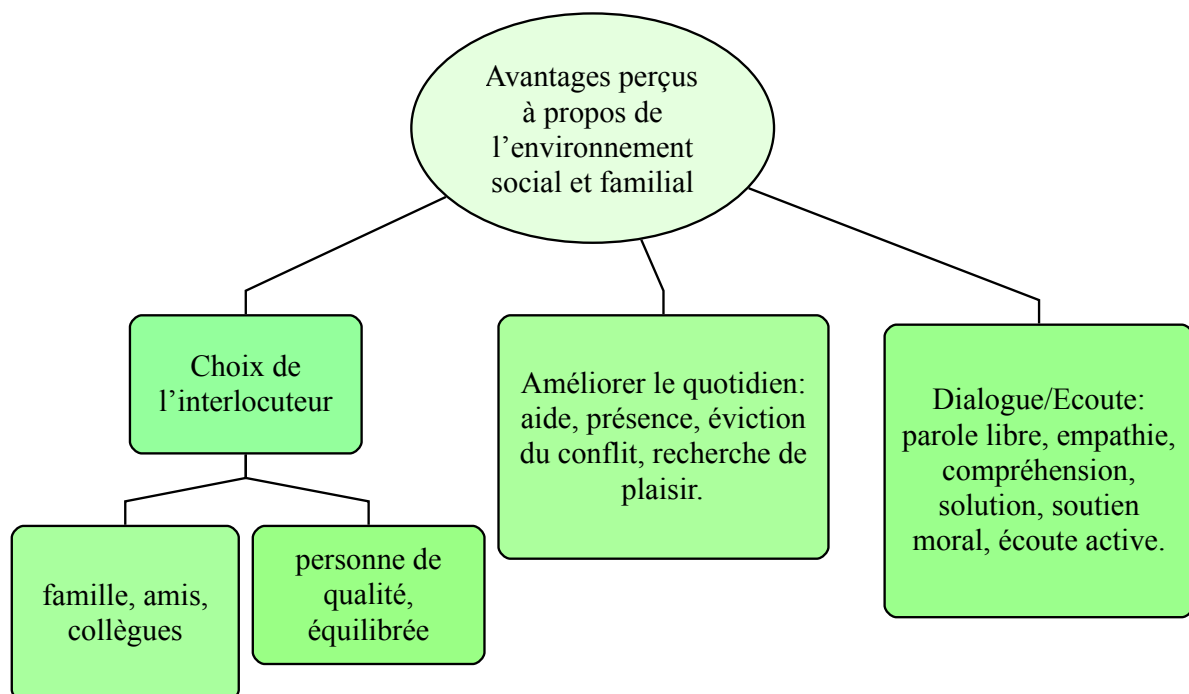


Figure 4 : Avantages perçus à propos de l'environnement social et familial du patient dépressif

Conseils au patient dépressif par les sujets interrogés

Toutes les personnes interrogées ont émis un ou plusieurs conseils qu'ils donneraient à une personne dépressive.

L'hygiène de vie : cette notion est décrite, de façon variable, dans 5 interviews

Conseils de vie basés sur l'expérience personnelle

Eg : « *Je lui donnerais mes deux trois recettes perso de « voilà comment ça marche pour moi », ce qui n'est évidemment pas duplicable, mais qui peut être transposable sur un bout, en disant « moi voilà ce qui fait que je suis pas dans ta situation ». »*

Divertissement

Ec : « *Donc je dirais, les forcer à sortir, parce que après, même, quand ils sortent, ils sont contents de l'avoir fait... »*

Recherche d'un équilibre physique

El : « *Alors que le corps, «tiens je me sens mieux, je respire mieux, tien je bouge mieux », il renvoie toujours l'image ; on a suffisamment d'hormones pour le faire. Ça renvoie plus facilement quelque chose de positif, par le corps. »*

Limitier sa consommation d'alcool

Eb : « *...par exemple sur des choses comme l'alcool, je vais lui dire, quoi, le rôle de l'ami c'est de lui dire de se calmer... »*

Gestion de la problématique

Il s'agit du conseil délivré par les sujets au patient dépressif pour appréhender son trouble.

Consultation du psychiatre ou autre professionnel de santé : ceci est repris dans 9 interviews.

Ed : « *D'aller voir son médecin, qu'on puisse trouver vite une solution ; qu'il puisse l'envoyer vers quelqu'un de compétent. »*

Eg : « *Et après, je lui dirais d'aller voir quelqu'un, oui, ça serait une épice...je lui dirais d'y penser oui. »*

Gestion non médicale de la problématique : avis personnel, recherche des causes, améliorer ses connaissances, parler, éviction du médecin et des médicaments (5 interviews) :

Ec : « ...donc si un pote me dit « je viens de me faire larguer, je suis mal... » et je vois que vraiment ça met du temps, je lui dirais en fait de se renseigner sur la maladie... »

Eh : « ...En premier, d'en parler... »

Eg : « Et le deuxième point, j'essaierais de, si j'arrive à percevoir un bout du nœud du problème, amener un point de vue extérieur sur l'élément déclencheur... »

Comportement positif (3 interviews): relativiser, être volontaire.

Ef : « ...essayer de dire, je pense que c'est très important, « il y a pire que ce qui t'arrive, il y a pire dans la vie »... »

Ee : « ...mais il y a plusieurs fois où j'ai tapé du poing sur la table en disant « là faut que tu te prennes en main, personne viendra te sauver, et puis recadre toi »... »

Variabilité du conseil

Pour les sujets interrogés, le conseil délivré ne peut être universel et s'appliquer de la même façon à chaque patient dépressif. Il peut être dépendant de plusieurs facteurs :

De la situation du patient dépressif qui l'a conduit à cet état

Eg : « ...après il est très variable si c'est un sujet personnel, la liste peut être très très longue. »

De la « personnalité » du patient dépressif

Eb : « Mais bon après ça dépend de la personne, comment elle...comment on connaît la personne et voir comment elle est capable de réagir... »

De la relation entre le tiers et le patient dépressif

Eb : « Ben oui c'est ça, on adapte ; enfin moi oui. Ça c'est sûr. Enfin je dirais pas à un collègue « va voir un psy » (sourit). »

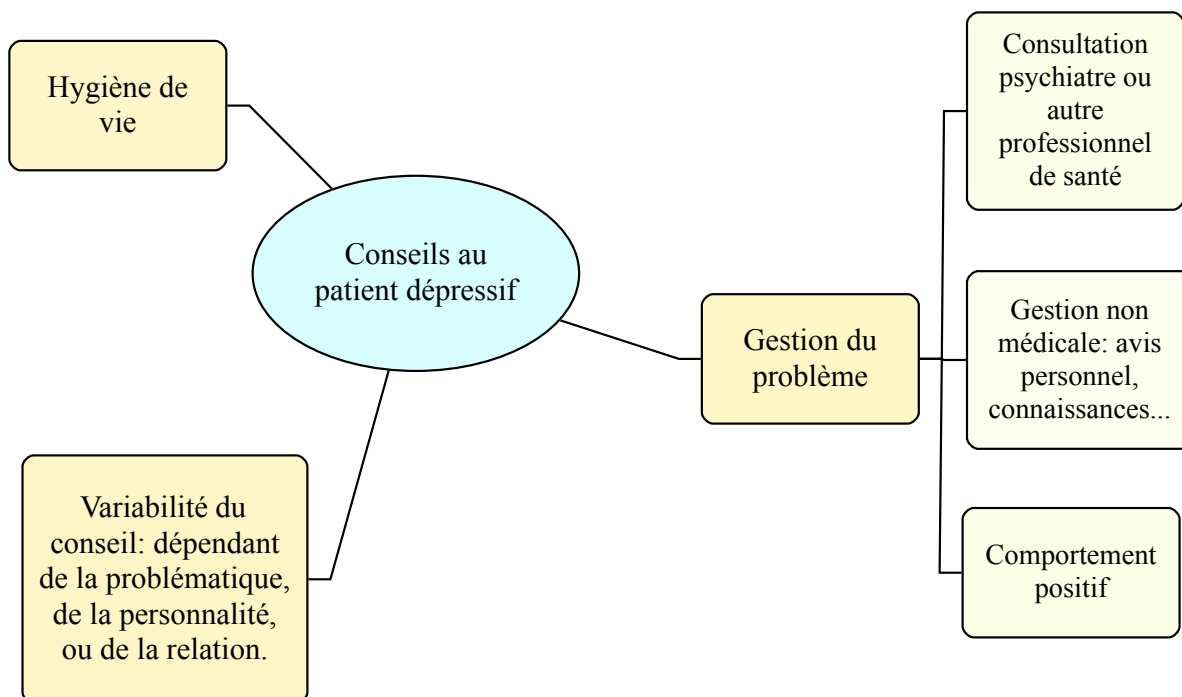


Figure 5 : Représentations à propos des conseils au patient dépressif

Gestion par les sujets interrogés de leurs propres problématiques psychologiques

A travers les 12 interviews, il a pu être mis en évidence par quels moyens les personnes interrogées gèrent leurs propres questionnements et problématiques psychopathologiques. Cette gestion est globalement autonome, avec des moyens propres comme la religion, la méditation, le sport, les divertissements. C'est aussi par la capacité individuelle à remettre en question ce qui est établi et adapter le mode de vie, avec les autres et notamment au sein du couple, ou dans le travail.

Eg : « *La première chose qui est ma conviction personnelle, c'est que moi je suis très croyant...et cette espèce de guide un peu moral, spirituel, barrière, réponses aux questions compliquées...j'ai tellement cette croyance que finalement elle est vachement reposante, parce que la question compliquée, ben c'est écrit, alors bon ! Faut pas trop s'en poser sinon ça amène trop de doutes...bon, moi c'est les curés qui disaient « c'est normal qu'il y ait des doutes, pose pas trop de questions, quand tu comprends pas dis toi que c'est un mystère... »*

Ek : « *Donc c'est vrai que je fais du yoga ; je fais beaucoup de choses sur la méditation ; je lis beaucoup de bouquins sur le Bouddhisme, et ça m'a permis beaucoup d'évacuer, de m'apaiser, de retrouver ma stabilité, d'apaiser toutes ces agressions qui arrivent de l'extérieur il fallait absolument que je le refoule, et je trouve des moyens pour le refouler. »*

Ej : « *J'ai côtoyé ça pendant 5ans, et puis après j'ai dit, stop, ça ne correspond en rien avec mes valeurs, puisque mon métier c'est en lien avec la relation client, c'est pas ça que je veux, j'ai trop de respect pour les gens et pour moi-même. Donc je suis allée chercher une entreprise avec qui j'étais plus en accord. »*

Projection des sujets interrogés dans un possible trouble dépressif

Identification de symptômes dépressifs isolés

Certains identifient chez eux des symptômes dépressifs isolés, excluant une pathologie dépressive, ces symptômes ne s'inscrivant pas dans la durée. (7 entretiens)

Ef : « *Je peux me laisser aller, deux, trois, quatre semaines hein, mais après c'est bon...la petite télé dans ton petit coin le soir il n'y a pas de problème, ça dérange personne...parfois je peux n'avoir envie de voir personne, rester dans mon coin, ne pas être bien, mais je sais que ça va m'arriver un petit temps. »*

Vulnérabilité

Seule une personne pense être totalement prémunie contre une éventuelle dépression. Les 11 autres pensent qu'ils sont aussi vulnérables que la population générale.

Eb : « *Oh oui ! Moi je suis sûre que tout le monde oui... »*

Causes possibles

Cela peut être un événement grave (4 entretiens) ou lié au travail (2 entretiens).

Ei : « *Oui. Le décès d'un de mes enfants. »*

Comportement face à la maladie

Quatre personnes doutent de leur comportement en cas de survenue d'une dépression.

Cinq pensent consulter un psychiatre (4 entretiens) ou le médecin généraliste, et/ou se tourner vers leur entourage (3 entretiens).

Enfin, certains admettent avoir une certaine « pudeur » qui les pousserait à cacher leur mal être (2 entretiens), ou bien à gérer leur problématique seul (2 entretiens).

Ee : *« Moi je pense que j'irais voir un psy tout de suite ; je n'aurais aucune difficulté à faire la démarche. »*

EI : *« J'en parlerais à mon médecin »*

Eb : *« Ben voilà...franchement je le dis honnêtement, je pense que au début si c'est quelque chose qui arrive doucement, je suis plutôt de tempérament à garder pour moi...parce que c'est quand même une maladie, c'est quand même quelque chose d'hyper perso... »*

2.3.3 Inconvénients perçus à propos de l'environnement social et familial du patient dépressif

Opinion publique

La vision de la société à propos du trouble dépressif est abordée dans plusieurs interviews. S'il est évoqué que cette vision a évolué, la notion de « folie » et de stigmatisation liée à la maladie persiste.

Ei : *« Ah oui, je pense...que les gens ont du mal à aller voir un psy ; que les gens se disent « ça y est je suis cinglé », je pense que c'est encore un peu comme ça. »*

Limites de l'environnement social et familial

Les limites de l'environnement social et familial sont liées à la personne dépressive comme ses affects ou le refus d'être aidée par son entourage, pour 6 des sujets interrogés :

Ef : *« Mais bon, à la fin...du coup il y a le côté des filles jalouses, de voir que vous vous êtes bien et elles non, et que elles y arrivent pas même si elles ont essayé... »*

Eh : *« Enfin, parfois ça peut être difficile, c'est parfois plus facile de parler à des professionnels qu'à son entourage. »*

Le sentiment d'impuissance lié à la notion de méconnaissance, de la situation ou de la psychiatrie, est également évoqué pour 6 des sujets interrogés:

Eh : *« Alors même ma meilleure amie elle savait pas elle, mais c'est en recherchant dans ses affaires après le suicide qu'elle a retrouvé des lettres qu'elle adressait à sa maman... »*

Ej : « *Et encore en prenant de l'âge je crois que j'y vais moins. Parce que en fait, je m'aperçois que ben je suis pas une professionnelle de la chose et que j'ai pas les bons mots, donc du coup je me l'autorise de moins en moins.* »

Enfin certaines limites sont propres au tiers de l'entourage, à son comportement et à sa proximité relationnelle avec la personne dépressive. Ceci est retrouvé dans 10 interviews:

Ec : « *Non mais ils ont pas envie en fait ! Les gens ils s'intéressent qu'à leur petite personne...* »

Ef : « *A un moment donné après on met de la distance, parce que moi je suis quelqu'un d'entier, que ce soit en relations amoureuses ou en amitié, et à un moment donné on dit au-revoir !* »

Ed : « *Tandis que nous l'entourage, on a forcément de l'empathie. Donc ça va être plus compliqué pour nous de l'aider, parce que vu l'empathie qu'on a, on va pas pouvoir se dire...enfin, il y a plus d'émotions.* »

Les catégories liées aux inconvénients perçus à propos de l'environnement social et familial sont regroupées dans le schéma suivant qui suit :

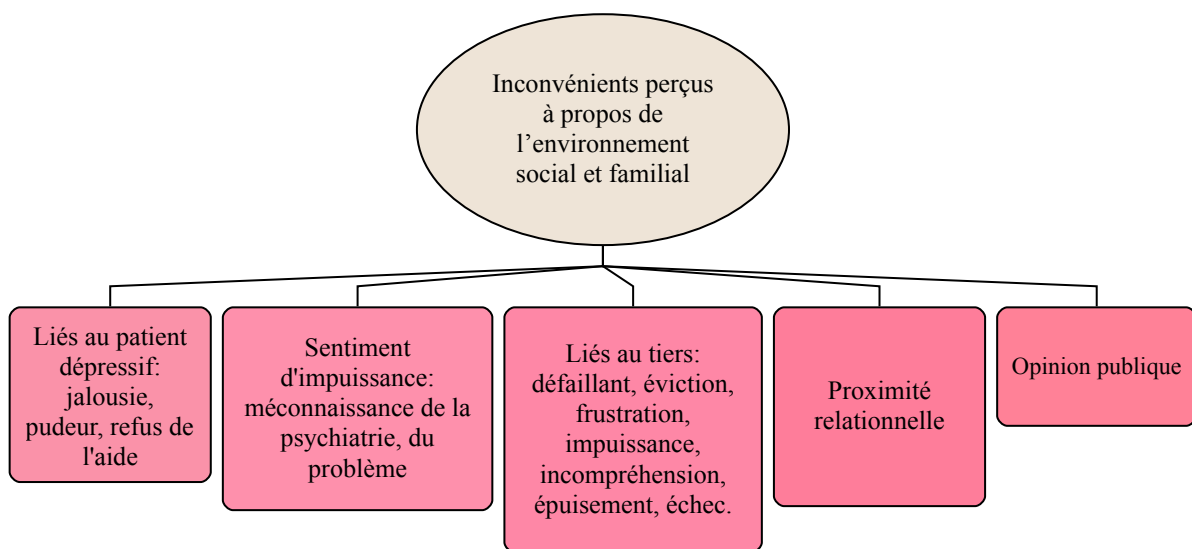


Figure 6 : Inconvénients perçus à propos de l'environnement social et familial du patient dépressif

2.4 Connaissances des sujets interrogés à propos de la santé

2.4.1 Définition de la santé par les sujets interrogés

Nous avons interrogé les sujets à propos de leurs croyances quant à la notion de « santé », ce qui a permis de dégager plusieurs caractéristiques de leurs représentations.

Elle est exprimée comme une **notion positive**, par les termes de « bonne santé », « se sentir bien », « bien être », « la vie ». Il s'agit donc d'une notion positive pour la majorité des personnes interrogées.

L'absence de maladie

Deux personnes définissent la santé comme l'absence de maladie.

Ed : « *C'est l'absence de maladie.* »

L'état physique et l'état psychologique

La santé inclut pour tous (excepté entretien b) la santé mentale et la santé physique.

Eb : « *...c'est mécanique et psychologique, c'est à dire du coup pour moi dedans, la santé c'est la mécanique du corps et la santé dans la tête...* »

Pour certains, il existe une influence directe de l'une sur l'autre. Ces sujets pensent qu'il existe une interaction entre ces deux entités mais qui restent néanmoins bien distinctes.

L'influence de l'état psychologique sur la santé physique évoque d'une part l'interaction entre ces deux entités, et d'autre part que la santé mentale n'est pas seulement une absence de maladie mentale pour les sujets interrogés, mais aussi un état de bien être psychologique. Ceci est retrouvé parmi 3 interviews:

Eg : « *Je pense que la force, c'était le sujet qu'on a abordé au début sur la santé, la force psychologique, la volonté des gens influe sur la santé physique.* »

Ec : « *Et je pense que ça change la santé, oui forcément. Parce que c'est pareil, quelqu'un qui voit toujours le côté négatif il va dire « ah t'as vu j'ai ça, c'est la fin du monde... » et hop..il va se le créer même, vous voyez ? Ça j'en suis intimement persuadé.* »

L'influence de l'état physique sur l'état psychologique (4 interviews):

A l'inverse, il est fréquemment repéré dans le discours des sujets la notion d'influence de l'état physique sur l'état psychologique, comme en témoigne le verbatim suivant :

Ec : « *C'est à dire plus je me suis senti bien physiquement, plus je me suis senti bien dans la tête. Je dirais que, à priori j'aurais pas dit ça, mais oui. Et là, à l'heure actuelle avec le sport que je fais, plus je me sens bien physiquement, plus je me sens en forme dans la tête. Vous voyez, ça donne une confiance, ça vous...donc oui, vous êtes plus fort dans la tête, donc vous vous sentez capable de faire plus de choses. Donc oui c'est lié, forcément, c'est clairement lié.* »

Le bien être psychique

A la fin de l'interview, nous avons demandé aux sujets de décrire leur représentation du bien être psychique. Notre analyse des entretiens a permis de catégoriser leurs réponses ainsi :

L'accomplissement de soi : il fait référence à des objectifs de vie, propres à chacun, au travail ou encore dans l'aide apportée aux autres.

Ef : « *C'est pour ça le bien être psychique, à partir du moment où on a trouvé ce qu'on cherche, ce qu'on veut dans la vie, et que ça se construit, on est heureux. Ça peut être le petit jardin, ça peut être juste un enfant, ou des enfants, ou juste une maison.* »

La connaissance de soi et l'acceptation de soi : pour cinq des personnes interrogées le bien être psychique est conditionné par la capacité à être en adéquation avec soi-même, c'est à dire ses désirs et les règles que l'on peut se fixer. Il s'agit également d'accepter sa condition, d'être à l'aise avec soi-même et dans son environnement.

Eg : « *C'est à dire être en adéquation avec ce qu'on a envie d'être, c'est à dire je me regarde et ça va ? et je vis bien avec ce que je vois.* »

Ee : « *Pour moi c'est être en adéquation avec moi-même et de ce que je fais percevoir aux autres. Si je dis que je vais bien, c'est que je vais vraiment bien, que si je rigole je rigole vraiment et pas le rire social ou...que je ne me force en rien en fait. Que je suis vraiment bien dans l'instant, dans le moment, et avec les autres.* »

Les relations interpersonnelles : le bien être psychique passe par « l'autre », le conjoint, la famille, les amis, ou les rencontres que l'on peut faire. (5 interviews)

Eh : « *Etre bien socialement avec les personnes, se sentir à l'aise, ne pas se renfermer, être bien entouré de personnes qu'on aime.* »

La santé : être en « bonne santé » est nécessaire pour être bien psychologiquement pour 4 des sujets de l'étude.

Positiver (3 interviews) et être heureux (2 interviews) :

Il s'agit de la capacité des individus à porter leur attention sur les événements positifs.

Ea : « *Le bien être bien c'est quand on est bien. Je crois que c'est quand on donne de l'importance aux choses qui ont de l'importance. On traite pas les choses avec la même importance.* »

Eb : « *Oui du coup voilà, après les moyens ils peuvent être exclusifs. Mais c'est être heureux. Quelle que soit la manière.* »

Influence de l'état psychologique sur la gestion des problématiques

Quatre des sujets interrogés expliquent en effet comment des problématiques comme le handicap ou la maladie, les conflits, et les difficultés de la vie, sont perçues en fonction de l'état psychologique de la personne. Ainsi, certaines personnes auraient une capacité plus grande que d'autres à positiver. D'autre part, deux de ces entretiens font un lien entre cette capacité à positiver, et la volonté, l'accomplissement.

Ec : « *Et il y en a dans son association, ils sont paraplégiques, tétraplégiques, ce que vous voulez...et ils ont le smile de fou, ils ont une vie comme vous et moi en fait. C'est hallucinant même d'ailleurs. Il y en a ils sont aveugles, ils vont surfer normal... Mais ils sont pas du tout malheureux !* »

2.4.2 Les facteurs influençant la santé

L'hygiène de vie, comme l'alimentation et l'activité physique, notée sur 4 interviews :

Ei : « *Donc je fais très attention à avoir une alimentation, une vie assez saine on va dire, pas trop d'excès – pas d'alcool, pas de tabac, pas de café – du sport.* »

La volonté de préserver sa santé est relevé pour 5 personnes :

Eg : « *Et puis il y a une autre partie où en fait j'ai la conviction que, c'est la volonté, l'esprit, qui doit amener justement à maintenir, développer, faire mieux vivre cet état de santé.* »

Des éléments hors du contrôle : ceci est retrouvé dans deux entretiens ; les sujets identifient des éléments ayant un impact sur leur santé et sur lesquels ils ne pourraient agir. Il peut s'agir de facteurs endogènes (non précisés par les sujets), ou des agressions extérieures, par exemple l'évènementiel comme décrit ci-dessous :

El : « *Il y a tellement de facteurs intérieurs et extérieurs qui font que la santé c'est un équilibre très instable... On arrive toujours à tendre vers cet équilibre mais c'est vrai qu'il faut faire très attention ; et surtout maintenant, on a beaucoup de facteurs endogènes et exogènes qui favorisent cette instabilité, et de façon très rapide. C'est un peu comme à l'extérieur, maintenant on est très dans l'évènementiel, et on réagit toujours.* »

2.4.3 Bénéfices perçus

Pour les sujets, l'intégrité de la santé permet l'accomplissement personnel et la lutte contre les « agressions extérieures ».

L'intégrité de la santé crée une dynamique positive, l'intégrité de la santé permet l'accomplissement personnel, son altération est un frein dans l'existence. Ceci est relevé au travers de 7 entretiens, comme par exemple :

Ef : « *Elle est tout la santé, parce que c'est par la santé qu'on peut tout faire. Donc elle est physique car si on a quelque chose de cassé on a du mal à bouger (le côté physique, manuel...) ; et après il y a tout le côté spirituel, moral parce que du coup quand on fait des burn out, ben on a plus la santé finalement, car on en arrive au point à plus se lever.* »

Faire face aux agressions extérieures :

Selon certains sujets interviewés, l'intégrité de la santé est nécessaire pour lutter contre les agressions extérieures.

El : « *Donc il faut garder une force intérieure physique pour pouvoir réagir, parce que dès qu'on a un stress il se pose automatiquement dans le corps.* »

L'ensemble de ces représentations repérées en lien avec la santé peuvent se schématiser de la façon suivante :

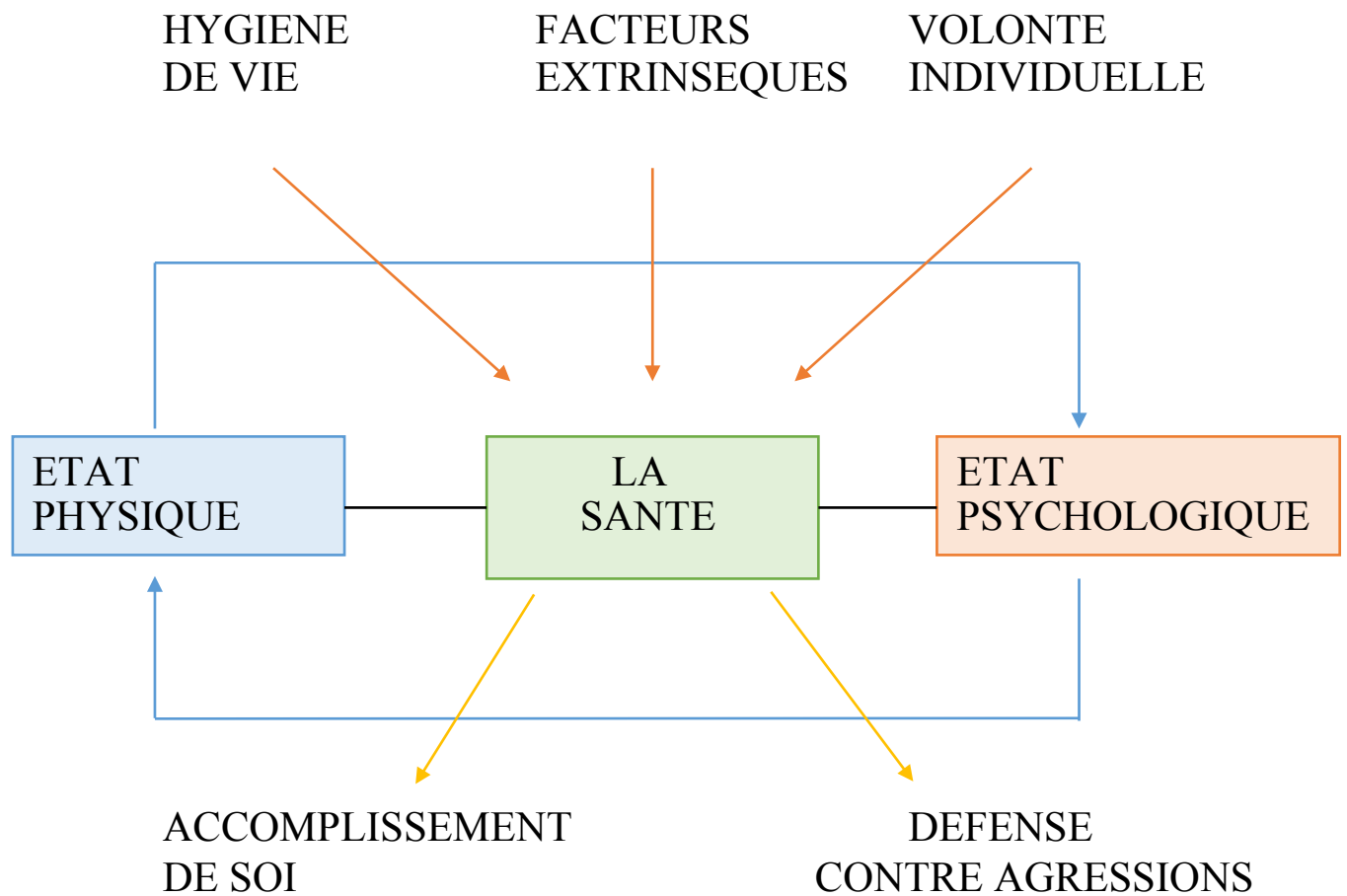


Figure 7 : Représentations des sujets interrogés à propos de la santé

3. Tableaux récapitulatifs des catégorisations

Nous avons réalisé un tableau réunissant l'ensemble des catégories correspondant aux concepts de représentations des sujets à propos du trouble dépressif, de ses traitements et de la santé, issues de l'analyse fidèle à la structuration des questions de l'entretien.

Le second tableau fait état des catégories regroupées pour le concept de représentations des sujets à propos de l'environnement social, issues de l'analyse des réponses indépendantes des questions de l'entretien.

Tableau 4 : Tableau récapitulatif des catégories issues de l'analyse fidèle à la structuration des questions des entretiens semi-directifs : représentations des sujets à propos du trouble dépressif, du traitement du trouble dépressif et de la santé.

REPRESENTATIONS MENTALES DES SUJETS DE L'ECHANTILLON ETUDIE	
Représentations des sujets interrogés à propos du trouble dépressif	<p><u>Sa définition</u> Termes : péjoratif, burn out</p> <p><u>Son profil évolutif et son pronostic</u> -Début : après la naissance et toute la vie -Durée : longue -Maladie : grave, chronique ou épisode isolé</p> <p><u>Sa physiopathologie</u> -Méconnaissance de la physiopathologie du trouble dépressif</p> <p><u>Son étiopathogénie</u> -Variabilité interindividuelle -Vulnérabilité interindividuelle</p>

Représentations des sujets à propos du trouble dépressif (suite)

Sa symptomatologie

-Périodicité : dès le matin et tous les jours

-Notion de rupture avec l'état antérieur : personnalité, rapports interindividuels

-Symptômes émotionnels : tristesse de l'humeur, anesthésie affective, labilité émotionnelle, hyperréactivité émotionnelle, irritabilité, idées noires, angoisses

-Symptômes cognitifs : anhédonie (perte d'envie, de plaisir, de volonté, d'émotions positives stimulantes), manque de confiance en soi (malaise, mal être, dévalorisation, auto-stigmatisation, désaccord), ruminations obsédantes, tachypsychie, aucun symptôme visible.

-Symptômes physiques : expressivité, poids, négligence (incurie)

-Symptômes comportementaux : asthénie, laisser aller, diminution des mouvements, somatisation, labilité émotionnelle, comportements agressifs, conduites d'alcoolisation, isolement social, troubles du comportement alimentaire (TCA), conduites suicidaires, conduites d'évitement

-Symptômes neuro-végétatifs : troubles du sommeil (temps et qualité du sommeil)

-Symptômes sexuels : troubles du désir sexuel

Diagnostics différentiels

Tristesse, déprime

Causes du trouble dépressif

-Facteurs environnementaux : histoire de vie, travail, décès, enfance, entourage, drame de la vie, altération physique, isolement social, argent, divers

-Facteurs intrinsèques : manque de confiance en soi, méconnaissance de soi, négligence/résignation, vulnérabilité

-Aucune cause identifiée

-Evènement de vie stressant

-Notion de causes « multifactorielles »

-Emergence de facteurs de causalité de la dépression via des facteurs pré-existants

Représentations des sujets à propos du trouble dépressif (suite)

Retentissement et évolution

- Retentissement interpersonnel : amis, famille, conjoint, travail
- Retentissement sur la santé : cause de nouvelles maladies ou influence de leur évolution – physiques et psychiques – vulnérabilité
- Retentissement sur le travail : qualité, relation, arrêts
- Retentissement sur les finances : alimentation, divertissements, alcoolisation, type de soin
- Notion de guérison : thérapie, entourage, prise de conscience, volonté, vulnérabilité, possible ou simple amélioration
- Risque de décès : suicide, dépression grave, autres (autre pathologie, effets du traitement, anorexie, manque de sommeil)

Représentations des sujets interrogés à propos de la prise en charge médicale du trouble dépressif

Médecin généraliste

- Rôle dans la prise en charge : identification des problèmes, orientation psychiatre, écoute, prescripteur
- Avantages perçus : parole libre
- Inconvénients perçus : manque de temps

Stratégie thérapeutique :

Thérapie seule ou en association avec médicaments, pas de médication seule

Traitement médicamenteux

- Connaissances : nom et type, prescripteur, modalité de prescription, indications
- Avantages perçus : régression de l'humeur dépressive
- Inconvénients perçus : confusion, dépendance, durée, drogue, retentissement sur la santé, puissance de l'effet

Thérapeute et thérapie

- Connaissances : termes
- Avantages perçus : absence de lien affectif avec le thérapeute, effet positif attendu, notion d'avis spécialisé
- Inconvénients perçus : manque de confiance, inefficacité, stigmatisation, durée longue

Hospitalisation

Thérapies à médiation corporelle

Représentations des sujets à propos de la santé

Définition

-Notion positive VS absence de maladie

-Etat physique et psychologique : dualisme, influence de l'un sur l'autre

-Bien être psychique : accomplissement de soi, connaissance de soi et acceptation de sa condition, entourage, la santé, positiver, impact sur la gestion des problématiques

Facteurs influençant

Hygiène de vie, volonté, facteurs hors du contrôle personnel

Bénéfices perçus

Accomplissement, lutte contre agressions

Tableau 5 : Tableau récapitulatif des catégories relatives au concept des représentations de l'environnement social et familial du patient dépressif issues de l'analyse des entretiens semi-directifs indépendamment des questions posées aux sujets.

REPRESENTATIONS MENTALES DES SUJETS DE L'ECHANTILLON ETUDIE	
Représentations de l'environnement social et familial	<p><u>Expérience avec un tiers</u> -Sentiments suscités : de la compréhension à la colère -Influence du genre</p> <p><u>Intérêts perçus</u> -Sources d'informations médicales : variées -Accès aux connaissances médicales : grandissant -Soutien : amélioration vie quotidienne, communication, choix de l'interlocuteur -Conseils : hygiène de vie, gestion du problème, variabilité -Gestion des problématiques psychologiques : moyens variés, réflexion sur soi-même -Projection des sujets interrogés dans un trouble dépressif : possible, causes graves, médecin généraliste, psychiatre, entourage, intime</p> <p><u>Inconvénients perçus</u> -Opinion publique : stigmatisation -Limites : tiers, patient, relation tiers-patient, sentiment d'impuissance</p>

DISCUSSION

L'analyse des données recueillies au cours des entretiens semi-dirigés a permis de regrouper l'ensemble des catégories en quatre concepts : les représentations des sujets à propos du trouble dépressif, de son traitement, de l'environnement social et familial du patient, et les représentations à propos de la santé. Ces représentations révèlent un certain nombre de connaissances chez les sujets interrogés, notamment pour ce qui est du trouble dépressif ou du concept de santé ; d'autres en revanche sont plus confuses ou erronées, notamment à propos du traitement, alors que la stratégie thérapeutique semble concordante avec ce qui est médicalement admis. La récurrence des représentations à propos de l'environnement social du patient dépressif au cours des entretiens a fait émerger un concept.

Nous allons maintenant discuter ces résultats pour proposer des hypothèses quant aux déterminants de ces représentations chez les sujets de notre échantillon.

1. Représentations des sujets interrogés à propos du trouble dépressif

Le terme de « burn out » a été utilisé à plusieurs reprises au cours des différents entretiens. Il n'a pas été demandé aux sujets d'en donner une définition précise, mais ce terme a été associé à une forme de dépression grave, liée au travail.

Pour les sujets interrogés, le trouble dépressif peut débuter tôt dans la vie, et évoluer de façon chronique ou sous forme d'épisode isolé.

La représentation cognitive de la symptomatologie chez les personnes interrogées est riche. Un grand nombre de symptômes sont identifiés par les sujets, et sont concordants avec ce qui est médicalement admis.

Un grand nombre de causes du trouble dépressif, de même que la notion de causes multifactorielles, ont été identifiées.

Enfin, le trouble dépressif a un retentissement majeur sur la vie du patient dépressif, sociale, familiale, et professionnelle. Il peut évoluer vers la guérison ou le décès.

Néanmoins, certains sujets ont identifié des états dépressifs sans cause à l'origine du trouble.

Nous avons par ailleurs pu observer que les sujets ont identifié un nombre important de symptômes physiques et comportementaux chez les patients dépressifs.

Hypothèses

La reconnaissance du « burn out » depuis juin 2016 en tant que maladie professionnelle, et la médiatisation à propos de ce trouble au moment où nous avons réalisé cette étude, explique probablement la récurrence de ce terme dans les entretiens.

Selon un article écrit par Petrie et Weinman et publié en 2006 dans le *Clinical Medicine Journal* (27), les représentations sur la chronologie d'une maladie ont des associations importantes avec la prise de médicament. Ainsi, les patients ayant une vision « aigüe » de leur maladie sont plus enclins à abandonner leur traitement, devant les patients ayant une vision chronique.

Une revue de la littérature a été réalisée en 2008 (28), à partir de 71 articles sur les croyances des patients au sujet de la dépression et de l'anxiété, et des besoins perçus en terme de soins.

Il peut être intéressant de noter ici que d'après cette revue de la littérature, les patients déprimés ont une vision plutôt chronique du trouble dépressif par rapport aux sujets non déprimés.

Les personnes interrogées portent un intérêt marqué à la présentation clinique du patient dépressif. Qu'il s'agisse de leur visage, de leur peau, des mouvements et des gestes, ou du soin de leur personne, le trouble est d'abord perçu comme modifiant considérablement l'apparence et l'image du sujet qui en souffre. Ceci est également retrouvé dans un article publié en 2010 dans la *Revue Encéphale*, et rédigé à partir de l'enquête « images et réalité », où 37% des personnes estiment que le patient dépressif est reconnaissable à première vue par son apparence plutôt que par son comportement (20).

D'autre part, dans ce même article comme dans notre étude, nous retrouvons une théorie spontanée de l'humeur. En effet, la souffrance psychologique est identifiée : le patient dépressif est décrit comme une personne triste, qui pleure, avec des idées noires.

Ainsi, la description du patient dépressif est plutôt concordante avec ce qui est médicalement admis, et l'on retrouve chez nos sujets une préoccupation particulièrement portée sur la symptomatologie physique. Cette dernière peut être liée à leur perception que la santé psychique est étroitement liée à la santé physique, comme nous l'avons retrouvé au cours de notre recueil de données.

Petrie et Weinman, rapportent que la représentation personnelle de la maladie d'un patient est directement liée au retentissement de sa pathologie (27). Ce qui est important pour l'idée que s'en fait le patient, ce sont les symptômes qui le gênent et qui perturbent son action.

Dans le cas de la dépression, on peut supposer que les symptômes peuvent limiter « l'action physique » par le biais de l'asthénie et du ralentissement, mais aussi perturber son image au regard de la société. Les émotions douloureuses, la souffrance psychologique est volontiers masquée vis-à-vis de l'entourage, tandis que les répercussions physiques du trouble dépressif restent bien visibles. Certaines personnes de notre étude, invitées à décrire leur état dans l'hypothèse où ils seraient atteints de dépression, décrivent d'ailleurs les altérations de leur aspect physique ou de leur comportement en société bien avant celles atteignant leur humeur. Selon ce même article, l'aspect important de cette dimension de représentation personnelle de la maladie est la différence qui peut exister entre ce que le patient perçoit des symptômes de sa maladie et ce que le médecin va traiter (27).

Selon Petrie et Weinman, les croyances des patients à propos des causes de leur maladie peuvent influencer les types de traitements que les patients vont rechercher en vue des changements qu'ils feront pour contrôler leur maladie (27).

Les attributions communes de la maladie aujourd'hui sont des représentations délétères de la vie moderne comme le stress (27). Dans notre étude, nous pourrions associer le travail, qui pour la plupart des sujets est facteur de stress, ou encore l'environnement social souvent décrit comme individualiste et conduisant à l'isolement.

Certains sujets pensent qu'il peut n'exister aucune cause objective dans l'apparition d'un trouble dépressif. Plusieurs hypothèses pourraient expliquer cette croyance comme un manque de proximité avec le patient dépressif, ou encore un manque de légitimité attribuée par les sujets aux causes à l'origine du trouble. Il est important de noter que les patients auront une tendance à « s'auto-responsabiliser » plus fréquemment lorsque l'origine de leur maladie est inconnue (27). Ainsi, « l'absence de cause identifiée » par le patient mais aussi par son entourage pourrait avoir un impact réel sur la réponse émotionnelle du sujet (27).

Notons que dans la revue de la littérature réalisée en 2008, il est retrouvé que les patients déprimés auraient une représentation plutôt physico-biologique des causes du trouble comparativement aux sujets non déprimés qui y attribuent plus volontiers des événements de vie (28).

L'analyse des représentations à propos du retentissement du trouble dépressif montre la perception subjective qu'ont les sujets de la condition du patient dépressif (27).

Nous pouvons relever ici le peu de préoccupations des sujets quant aux répercussions financières du trouble dépressif. Six personnes interrogées appartenaient à une catégorie professionnelle pouvant expliquer ceci.

Nous percevons également ici les croyances quant à l'influence exercée de l'état psychologique sur l'organisme. En effet, l'impact du trouble dépressif sur la santé est largement identifié par les sujets au cours des entretiens, et le nuage de point réalisé lors de l'analyse des données permet de noter une préoccupation centrée sur le cancer. Nous pouvons supposer que la médiatisation de cette pathologie et les hypothèses quant à un lien éventuel entre le psychisme et le cancer pourraient expliquer sa récurrence dans les entretiens (29).

Enfin, les sujets ont identifié l'existence d'une prise en charge médicale pouvant améliorer l'état des patients dépressifs que nous allons développer dans la partie qui suit.

2. Représentations des sujets interrogés à propos de la prise en charge médicale du trouble dépressif

Bien qu'un certain nombre d'inconvénients concernant les classes pharmacologiques et les effets indésirables des médicaments antidépresseurs aient été repérés, les sujets de notre étude semblent avoir une perception assez juste des indications et bénéfices attendus de ces derniers. En effet, les antidépresseurs ne représentent pour aucun d'entre eux un traitement à visée potentiellement curative pouvant conduire à une amélioration durable de l'état psychologique, de même qu'ils ne trouveraient d'indication qu'en cas de dépression grave. Ces représentations sont en accord avec les recommandations de l'HAS (4), et au constat de la DREES, quant à l'efficacité non démontrée des antidépresseurs dans cette même indication (30).

Dans cette prise en charge, le médecin généraliste est identifié par les sujets de notre étude comme un acteur de soin primaire, identifiant le trouble dépressif chez les patients et orientant ces derniers vers le médecin spécialisé. D'après la DREES, ce serait en effet l'association des soins en secteur primaire et spécialisé qui offrirait le plus de chances au patient (30). La qualité d'écoute du médecin généraliste est aussi largement évoquée par les sujets.

Pour certains sujets, le traitement antidépresseur permet une régression de l'humeur dépressive. La qualité de « médecin spécialisé » attribuée au psychiatre représenterait un avantage dans la prise en charge du patient dépressif, de même que la liberté de parole dans la relation médecin-patient (médecin généraliste ou psychiatre).

Les sujets ont également montré un intérêt pour des thérapies à médiation corporelle.

Cependant, un certain nombre de confusions à propos du traitement médicamenteux ont été relevées lors de l'analyse des entretiens comme la dépendance aux antidépresseurs ou la confusion des antidépresseurs avec d'autres psychotropes.

Nos résultats corroborent une analyse des représentations de patients quant aux antidépresseurs prescrits dans le cadre de douleurs chroniques réalisé par Pinguet *et al* en 2007. Cette analyse a mis en évidence que les patients considéraient les antidépresseurs comme « des produits chimiques puissants, agissant sur le cerveau, ayant des effets sur les cognitions, les émotions et la personnalité, incitant à la dépendance et la perte de contrôle » (31).

Ceci ne serait pas sans conséquence sur le soin du trouble dépressif. En effet, un article datant de 2013 par F. Acosta *et al*, rapporte que les croyances des patients au sujet des traitements dans la dépression ont une grande influence sur l'observance thérapeutique, et qu'elles doivent être identifiées afin d'améliorer les choix thérapeutiques (32).

Le manque de confiance dans le psychiatre, la stigmatisation du thérapeute et de la thérapie, ou encore la durée du traitement sont également identifiés dans les entretiens.

Hypothèses

La notion de dépendance aux chimiothérapies psychotropes évoquée dans notre étude a de nombreuses fois été citée dans la littérature scientifique comme représentation du traitement typique des individus vis-à-vis du traitement médicamenteux (28). Le terme de dépendance n'a pas fait l'objet d'une recherche d'information spécifique auprès des patients de notre étude.

Les antidépresseurs n'entraînent « ni pouvoir renforçant, ni de comportement de recherche du produit privilégié par rapport à tous les autres, ni de difficulté à contrôler sa consommation de plus en plus importante », et il n'existe donc pas de dépendance à ces substances (33). De plus, à la notion de dépendance a pu être associé dans notre étude le terme de « drogue », et l'ensemble des représentations et de l'imagerie qui s'y rattache.

Il est possible que les patients assimilent le terme de dépendance à la notion de sevrage ou syndrome de discontinuation pouvant survenir à l'arrêt du traitement. Le verbatim suivant issu de l'entretien K illustre cette possible confusion : « *C'est un élément moteur ; c'est comme si on donnait un bonbon à un enfant, où il y a un certain effet de bien être, et où il se dit « ah oui en effet le bonbon était...».* Là c'est pareil, s'ils n'ont pas ce bonbon là, ça devient un manque. ».

Dans un article de la Revue Médicale de Liège datant de 2007, il est admis qu'il est préférable d'utiliser le terme de « syndrome de discontinuation » auprès des patients, pour limiter les amalgames avec la notion de sevrage qui serait liée à la notion de dépendance à une substance (34). Ainsi, le terme utilisé par les professionnels de santé est primordial, dans un souci de déstigmatisation. Mais cela ne suffit pas. En effet, un certain nombre de travaux issus des sciences sociales indiquent qu'il ne suffit pas de vouloir supprimer ou remplacer des termes pour enrayer une stigmatisation (35). Il faut expliquer au patient pour quelles raisons on ne parle pas de dépendance, et pour quelles raisons l'arrêt du traitement doit être dégressif.

Il semble également exister une importante confusion faite par les individus quant aux classes pharmacologiques des médicaments psychotropes disponibles. En effet, les patients citent assez largement les antidépresseurs comme traitement du trouble, mais leurs attribuent le rôle de « calmant », ou pouvant entraîner « un ralentissement psychomoteur » marqué, ces propriétés étant plutôt propres aux anxiolytiques et neuroleptiques.

Néanmoins, le pouvoir hypnotique de certains antidépresseurs peut être recherché par le thérapeute dans certains cas (4). Nous ne pouvons affirmer avec certitude que chaque sujet interrogé confonde les classes thérapeutiques, considérant que l'effet anxiolytique ou hypnotique du traitement des patients auxquels ils font référence au cours des entretiens pouvait être recherché.

Dans cette étude, les sujets ont un certain nombre de préoccupations à propos de leur santé. L'apparition de symptômes liés à la prise d'antidépresseurs ne doit pas être négligée car elle pourrait gêner l'adhésion ou l'observance thérapeutique.

Les sujets craignent ces effets, mais les méconnaissances sont nombreuses.

Ainsi, tout symptôme naissant de la maladie, du traitement, ou de son arrêt, doit être pris en compte et limité. Le médecin doit donc connaître les modalités d'arrêt du traitement, et la chronologie des symptômes lors de cette phase (s'agissant, pour ce dernier, de l'élément le plus discriminant pour distinguer un syndrome de discontinuation ou une rechute).

Les antidépresseurs à demi vie courte doivent être privilégiés afin de limiter les effets indésirables, et les patients informés au mieux des modalités d'arrêt, l'arrêt brutal du traitement devant être à tout prix évité.

Un article datant de 2001 rédigé par *M. Montagne* (36), décrit l'effet qu'ont pu avoir les médias sur la prescription du Prozac aux USA. Selon cet article, les médias sont la première source d'information sur les médicaments pour les patients. Ils exerceraient une influence majeure sur la perception des effets, des bénéfices et de la sécurité liée à leur prise. Le prozac, un produit connu pour l'importante campagne publicitaire dont il a fait l'objet lors de sa mise sur le marché, est ainsi l'antidépresseur le plus cité de manière spontanée par les sujets de notre étude.

Une partie des personnes interrogées ont des représentations positives à l'égard des thérapies et thérapeutes spécialisés, évoquant un dialogue libéré de tout affect, et permettant ainsi une certaine liberté de parole. Le verbatim suivant issu de l'entretien H permet d'illustrer ceci : « ...c'est parfois plus facile de parler à des professionnels qu'à son entourage. ».

Néanmoins, la qualité de l'écoute et l'efficacité du traitement sont remis en causes.

D'autre part, une enquête de la DREES (28) note que 76% des patients seraient réticents à suivre une psychothérapie.

Considérant que les personnes ici n'ont jamais eu de suivi spécialisé, cette vision péjorative peut être attribuable à ce qui est rapporté par un tiers, ou l'image que la société en fait. Par exemple dans notre étude, la thérapie est souvent associée à l'image freudienne, comme l'illustre les verbatim des entretiens E et C dans le paragraphe « représentations péjoratives liées à la prise en charge par le thérapeute » des résultats. Ainsi, cette représentation pourrait limiter chez les sujets le champ des thérapies à la psychanalyse, requérant un investissement important de la part du patient. Les sujets ont d'autre part clairement identifié le traitement psychothérapeutique comme long.

Les objectifs et les modalités pratiques d'une consultation spécialisée sont mal connus. Nous pouvons supposer que ce manque de connaissance pourrait être source d'appréhension chez les sujets. Le médecin généraliste, en tant qu'acteur de soin primaire, est une source essentielle d'informations médicales pour le patient. Notons par ailleurs que d'après la revue de la littérature citée plus haut (28), 58% des médecins généralistes laissent au patient le libre choix du type de psychothérapie vers laquelle s'orienter, reflétant le possible manque de connaissances empiriques quant à ces dernières, et/ou leur volonté d'insister sur le caractère personnel que devrait avoir une telle démarche.

Il existe donc une méconnaissance chez le patient, mais probablement aussi chez le médecin généraliste, qui peut être un véritable frein quant à l'engagement des patients dans cette voix.

Les types de psychothérapies sont variés, et peuvent être plus ou moins adaptés en fonction des patients. Il est facile d'envisager que plus cette thérapie sera en adéquation avec le fonctionnement du patient, plus le suivi sera fructueux.

Par exemple, trois sujets ont fait clairement référence à leurs croyances religieuses pour la gestion de leurs propres problématiques psychologiques. Le verbatim issu de l'entretien G illustre ceci : « ...moi je suis très croyant...et cette espèce de guide un peu moral, spirituel, barrière, réponses aux questions compliquées...j'ai tellement cette croyance que finalement elle est vachement reposante, parce que la question compliquée, ben c'est écrit, alors bon... »

Un article datant de 2009 révèle que les images symboliques liées à la religion peuvent évoquer des émotions qui auront un impact sur la motivation et le comportement des patients, et qu'elles peuvent faire ainsi l'objet d'un travail psychothérapeutique dans le cadre de la thérapie dite psychodynamique spirituellement orientée par exemple (37).

La psychiatrie intégrative comme décrite dans un article de 2008, pourrait également prendre sa place en médecine générale, son but étant de considérer et d'améliorer avec le patient l'ensemble de son environnement (38).

L'un des sujets interrogés (entretien L) en donne un exemple : l'accomplissement physique, la récupération de ses fonctions, apparaît comme une voix accessible et efficace de renforcement positif immédiat.

Par ailleurs, nous pouvons rappeler que le patient dépressif pourra présenter des symptômes qui rendent difficiles sa mobilisation vers le changement. La connaissance des techniques thérapeutiques de base initiales par le médecin généraliste, permettant de diminuer le sentiment de culpabilité et de dévalorisation que présente le patient, lui permettrait de percevoir les effets positifs du traitement dès le début de sa prise en charge (39).

Deux sujets ont évoqué leur intérêt pour ce type de thérapie. Comme nous le discuterons par la suite, les représentations de la santé identifiées à partir des entretiens indiquent que, pour les sujets, il existe une interaction entre l'état psychique et l'état physique. Ce type de thérapie pourrait alors compléter la prise en charge psychothérapeutique et médicamenteuse, et ouvrir une nouvelle voie dans le dialogue médecin-patient.

A ce jour les thérapies alternatives comme l'acupuncture n'ont pas montré leur efficacité dans la prise en charge seule de la dépression, mais pourraient améliorer l'issue de la maladie en association aux traitements habituels (40).

Plus de 400 types de thérapies alternatives existent, et un fort taux de la population y a recours. Une étude a été réalisée par l'académie de médecine pour orienter leurs rôles dans certaines pathologies et pour un petit nombre d'entre elles (41).

Si proposer ce type de thérapie en association aux traitements recommandés pourrait améliorer l'état du patient, des études complémentaires sur les modalités et leur impact réel doivent être menées.

3. Représentations des sujets interrogés à propos de l'environnement social et familial du patient dépressif

Tous les sujets interrogés ont fait l'expérience du trouble dépressif chez un proche. Cette expérience a suscité des émotions variées à l'égard de celui-ci. Nous avons donc ici une représentation émotionnelle des sujets à propos du patient dépressif.

Comme nous l'avons déjà discuté, les représentations cognitives des sujets à propos du trouble dépressif peuvent être attribuées aux sources d'informations auxquelles ils ont accès. Les sujets ont fait référence à des sources variées, soulignant l'accès grandissant pour la population générale aux informations médicales.

Ainsi, nous remarquons comment les représentations des sujets à propos de l'environnement social et familial du patient dépressif sont fondées sur leurs représentations émotionnelles et leurs représentations cognitives.

Pour les sujets de notre étude, l'environnement social et familial du patient apparaît comme un facteur essentiel dans la prise en charge du trouble dépressif. Les représentations à propos de cet environnement social et familial sont variables. Il peut être un soutien, un conseiller, mais aussi limité dans son action (par exemple par le manque de connaissances à propos du trouble dépressif), voire limitant (« opinion publique stigmatisante ») pour la prise en charge et l'évolution du patient dépressif. Cette variabilité serait liée selon les sujets interrogés, par exemple à la variabilité du contexte du trouble dépressif, ou à la variabilité relationnelle entre le patient dépressif avec son environnement social et familial.

Une revue de la littérature datant de 2012 (42) a étudié l'influence des croyances et comportements de la famille à propos de la maladie sur l'évolution du patient. Par exemple, la cohésion familiale pourrait améliorer l'issue de la maladie, tandis que la « critique » aurait un impact plutôt négatif.

L'environnement social et familial a un réel impact sur l'évolution de la prise en charge du patient dépressif. Il peut être un soutien dans la prise en charge du patient dépressif. Mais l'entourage peut à l'inverse se montrer néfaste de part les propres représentations qu'il entretient à propos de la maladie, voire même représenter une source de préoccupation principale pour le patient.

L'environnement social et familial du patient doit être évalué par les professionnels de santé dès le début de la prise en charge du trouble dépressif, afin de déterminer son action au sein même de cette prise en charge.

4. Représentations des sujets interrogés à propos de la santé

La santé tient compte de l'état psychologique et physique pour la grande majorité des personnes interrogées. Ce souci de prise en compte du soma et de la psyché pour définir le concept de santé est conforme avec la définition de la santé selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) pour laquelle elle est « un état complet de bien être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». On peut donc considérer que les sujets interrogés dans notre étude ont bien assimilé l'approche bio-psycho-sociale de la définition de la santé selon l'OMS. Bien que le bien être social ne soit pas directement évoqué lorsqu'il leur est demandé de définir spécifiquement le concept de santé, l'analyse des entretiens révèle de nombreux termes et allusions qui s'y rattachent comme nous le verrons par la suite dans ce chapitre.

Pour les sujets de notre étude, il existe une interaction certaine entre la santé mentale et physique : si l'une est atteinte, l'autre est fragilisée. Cette notion d'interaction évoque l'image du corps et de la santé selon le modèle oriental. Par exemple, la médecine chinoise est basée sur l'existence (hypothétique) d'une énergie invisible, en mouvement, qui influence aussi bien les aspects physiques, émotionnels que psychiques : le « Qi » (43). En revanche, la médecine occidentale, repose l'ensemble de sa théorie sur la structure, l'anatomie. Il pourrait donc exister une divergence entre la représentation de la santé par le médecin et la représentation de la santé par le patient. Cette divergence pourrait alors créer une faille entre le médecin et le patient quant à la symptomatologie perçue et au traitement nécessaire, et donc son observance par le patient.

Il semble d'autre part pertinent de commenter les représentations des sujets à propos de l'influences des interactions sociales sur le bien être psychique.

Le travail par exemple, est une thématique très largement évoquée. Les conditions de travail, l'organisation du temps de travail, la qualité des relations professionnelles et des rapports de subordinations qu'elles entraînent, le manque de valorisation et le désintérêt de l'action au sein du travail, sont autant de thèmes qui ont été relevés par les sujet de l'étude.

Les verbatim suivants issus des entretiens L et J illustrent ceci :

« ...maintenant avec la technique de travail qui fait que la représentation du chef ou du petit chef est terrible, et là on en a par rapport à ça, et c'est vrai que c'est toujours l'écrasement. Et la personne qui domine, plus elle domine plus elle écrase, plus elle s'appuie sur la personne et plus l'autre personne se sent écrasée, inutile, incompétente. ».

« ...du jour au lendemain on leur a dit c'est fini, l'usage aux clients c'est terminé, maintenant c'est la marche, c'est la rentabilité. On ne les a pas accompagnées ; moi je savais ce que c'était, je venais du privé. Mais ces personnes là on ne les a pas accompagnées, du jour au lendemain, j'ai vu une femme se mettre à boire, tomber dans l'alcoolisme, j'ai vu plusieurs personnes craquer... ».

Ces notions sont également relevées au travers d'interactions sociales moins formelles, telles que les relations familiales et amicales.

Le conflit interpersonnel, l'agressivité verbale et le désinvestissement affectif envers autrui sont largement soulignés sous diverses formes dans les interviews, comme nous le retrouvons dans l'entretien A :

« On est dans cette violence quotidienne...c'est pas bon ça...

Tout ce que je souhaite pour les générations à venir, dont vous faites parti, c'est que ça s'arrangent...parce que c'est mal barré quand même... Que la communication soit plus douce. Par ce que je pense que s'il y avait plus de dialogues, de communication, si les gens étaient...on aurait pas tous ces problèmes ».

Ainsi, il existerait pour les sujets une défaillance dans les interactions sociales. Cette défaillance aurait un impact direct sur l'état psychique des individus.

Comme nous l'avons déjà évoqué, Petrie et Weinman notent dans leur article publié dans le *clinical médecine journal* que l'aspect délétère de la vie moderne comme le stress psychosocial qu'elle implique font l'objet de nos jours des attributions causales courantes de la maladie (27).

5. Les faiblesses et forces de l'étude

5.1 Les forces de l'étude

La bonne validité interne des résultats obtenus est garantie dans notre étude par la triangulation de la méthode d'analyse, ayant consisté à faire réaliser le codage des verbatim transcrits à partir des enregistrements audiographiques par 3 chercheurs différents.

L'utilisation d'une méthode qualitative était la méthode la plus appropriée pour répondre aux objectifs fixés pour ce travail, qui étaient d'observer les représentations qu'ont des individus sans antécédent de prise en charge pour un EDC à propos de la dépression et de faire émerger de nouvelles hypothèses quant à leurs déterminants.

La liberté laissée aux sujets de l'étude pour s'exprimer a conduit à la récupération d'une quantité importante de données, comme en témoigne la durée des interviews. La durée relativement longue des entretiens révèle d'autre part l'intérêt que les patients ont eu à l'égard du sujet.

L'entretien semi-structuré a permis d'obtenir des réponses à des questions posées de façon similaire à tous les sujets, et donc comparables.

La diversité des éléments recueillis était suffisante pour répondre aux objectifs de la recherche menée, bien que la saturation des données ne puisse être affirmée avec certitude. Par ailleurs, ce critère de saturation des données, souvent proposé pour renforcer la validité interne des études qualitatives, reste difficile à qualifier de façon rigoureuse.

5.2 Les faiblesses de l'étude

Il se pourrait que la généralisation des résultats obtenus soit limitée par la nature de l'échantillon recruté.

Tout d'abord, les entretiens ont été réalisés auprès d'individus vivant exclusivement en milieu urbain ou semi-urbain et pas en milieu rural. Pourtant, un certain nombre de différences cliniques (risque suicidaire augmenté) et psychosociale (précarité, isolement, manque d'accessibilité au soin) des individus vivant en milieu rural pourraient avoir une influence sur les représentations cognitives à propos de la dépression.

Ensuite, il n'est pas exclu qu'un biais d'information relatif à l'authenticité des réponses des sujets ait pu contaminer notre mesure. En effet, si la méthode basée sur les entretiens encourageait la liberté de parole, il est possible que le statut médical de l'investigateur et d'autres facteurs subjectifs plus difficilement identifiables aient conduit à susciter un biais de désirabilité sociale chez les individus interrogés. Dans ce cas, il apparaît un décalage entre les représentations réelles et rapportées des sujets.

Toutefois, la durée des entretiens est suffisante pour affirmer l'aisance qu'ont eu les patients à s'exprimer.

CONCLUSION

La dépression est un problème de santé publique. D'ailleurs, l'ensemble des sujets interrogés avaient déjà été confronté à ce trouble par l'intermédiaire de leur entourage.

Cette étude a mis en évidence quatre concepts que sont, les représentations des sujets à propos du trouble dépressif, de ses traitements, de l'environnement social et familial du patient dépressif ainsi que des représentations à propos de la santé.

Les représentations des sujets à propos de la symptomatologie physique du trouble dépressif évoquent leurs préoccupations au sujet de leur image en société. D'autre part, un certain nombre de représentations à propos de la dépression, comme les causes ou l'évolution du trouble, pourrait éclairer les professionnels de santé sur les déterminants des choix thérapeutiques du patient. Par ailleurs, les représentations des sujets à propos des traitements de la dépression révèlent des méconnaissances (thérapie), des confusions (classes médicamenteuses, effets des traitements médicamenteux), ou de fausses croyances comme la notion de dépendance attribuée aux antidépresseurs. Néanmoins, la stratégie thérapeutique pour les sujets interrogés reste concordante avec ce qui est médicalement admis. Une étude de la DREES datant de 2012, révèle pourtant que 61% des médecins généralistes prescrivent des antidépresseurs en cas de dépression peu sévère, et 28% n'en proposent pas en cas de dépression sévère (30). Ainsi, le comportement des patients à propos de la stratégie thérapeutique serait plus en accord avec les recommandations officielles que celui des médecins généralistes.

Les représentations à propos de la santé divergeraient également entre le corps médical et les patients, et pourraient avoir un retentissement sur l'observance thérapeutique des patients.

L'environnement social et familial du patient dépressif a un impact majeur dans la prise en charge thérapeutique de ce dernier. Il doit être évalué par le professionnel de santé en charge du patient dépressif.

Les représentations à propos du trouble dépressif doivent donc être identifiées par les professionnels de santé afin d'optimiser l'alliance thérapeutique et l'observance du traitement. Il serait intéressant de mener une étude similaire auprès des médecins généralistes afin d'identifier les déterminants de leurs pratiques dans le cadre de la dépression.

ANNEXE 1

Critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé CIM-10

A. Critères généraux (obligatoires)

- G1. L'épisode dépressif doit persister au moins deux semaines.
- G2. Absence de symptômes hypomaniaques ou maniaques répondant aux critères d'un épisode maniaque ou hypomaniaque (F30) à un moment quelconque de la vie du sujet.
- G3. Critères d'exclusion les plus couramment utilisés : l'épisode n'est pas imputable à l'utilisation d'une substance psychoactive (F10-19) ou à un trouble mental organique, selon la définition donnée en F00-F9.

B. Présence d'au moins 2 des 3 symptômes suivants :

- (1) Humeur dépressive à un degré nettement anormal pour le sujet, présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours, dans une large mesure non influencée par les circonstances, et persistant pendant au moins 2 semaines.
- (2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables.
- (3) Réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité.

C. Présence d'au moins un des sept symptômes suivants, pour atteindre un total d'au moins 4 symptômes * :

- (1) Perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi.
- (2) Sentiments injustifiés de culpabilité excessive ou inappropriée.
- (3) Pensées de mort ou idées suicidaires récurrentes, ou comportement suicidaire de n'importe quel type.
- (4) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer (signalée par le sujet ou observée par les autres), se manifestant par exemple par une indécision ou des hésitations.
- (5) Modification de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation ou un ralentissement (signalés ou observés).

(6) Perturbations du sommeil de n'importe quel type.

(7) Modification de l'appétit (diminution ou augmentation) avec variation pondérale correspondante.

* : le diagnostic d'épisode dépressif est porté en présence d'au moins 4 symptômes (2 symptômes de la liste B et au moins 2 de la liste C ; ou 3 symptômes de la liste B et au moins 1 symptôme de la liste C).

ANNEXE 2

Critères diagnostiques de l'épisode dépressif caractérisé selon le DSM-5 (traduction non validée)

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur.

Au moins un des symptômes est soit 1) une humeur dépressive, soit 2) une perte d'intérêt ou de plaisir. NB : Ne pas inclure les symptômes manifestement attribuables à une autre affection médicale.

- 1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours signalée par le sujet (ex : se sent vide ou triste ou désespéré) ou observée par les autres (ex : pleure ou est au bord des larmes). NB : Eventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.
- 2) Diminution du plaisir marquée pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
- 3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (ex : modification du poids corporel en 1 mois excédant 5%) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. NB : Chez l'enfant prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.
- 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 (signalée par le sujet ou observée par les autres).
- 9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement la peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

C. Les symptômes ne sont pas attribuables à l'effet psychologique d'une substance ou d'une autre affection médicale.

NB : Les critères A et C caractérisent l'épisode dépressif majeur (*ou épisode dépressif caractérisé*).

NB : La réaction à une perte significative (par ex, décès, ruine financière, perte secondaire à une catastrophe naturelle, affection médicale ou handicap sévère) peut inclure une tristesse intense, des ruminations au sujet de cette perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids notées au critère A, et peut ressembler à un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou considérés comme adaptés face à cette perte, la présence d'un épisode dépressif caractérisé associé à la réponse normale à cette perte doit aussi être envisagée.

Cette décision demande que le jugement clinique tienne compte de l'histoire individuelle et des normes culturelles concernant l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.

Pour constituer un trouble dépressif majeur, les critères D et E doivent s'y ajouter :

D. L'occurrence de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble psychotique.

E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

ANNEXE 3

Guide d'entretien semi-structuré

Introduction/Ouverture

Bonjour, je m'appelle A. Guerrero. Nous allons parler ensemble de la dépression. Je vais vous poser des questions sur votre représentation de la maladie. Il n'y a pas de réponse juste ou fautive. L'intérêt de cette étude est de mieux comprendre comment les patients se représentent la maladie pour mieux les prendre en charge.

Caractéristiques socio démographiques

- Sexe
- Age
- Lieu de vie (rural ou urbain)
- Statut marital et nombre d'enfants
- Catégorie socio-professionnelle
- Ethnie/religion

PHQ 2 (Questionnaire de santé du patient)

Depuis les 2 dernières semaines, combien de fois avez-vous été dérangés par n'importe lequel des problèmes suivants ?

Peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses

0 = Pas du tout

1 = Plusieurs jours

2 = Plus de la moitié du temps / plus d'un jour sur deux

3 = Presque chaque jour

Senti déprimé, ou désespéré

0 = Pas du tout

1 = Plusieurs jours

2 = Plus de la moitié du temps / plus d'un jour sur deux

3 = Presque chaque jour

Total des points _____

Interprétation :

<i>PHQ2 Score</i>	<i>Probabilité d'un EDC</i>	<i>Probabilité d'un quelconque trouble dépressif</i>
1	15,4%	36,9%
2	21,1%	48,3%
3	38,4%	75%
4	45,5%	81,2%
5	56,4%	84,6%
6	78,6%	92,0%

Qu'est ce que la santé pour vous ?

1- La maladie : Que représente pour vous quelqu'un de déprimé ?

- Avez vous déjà entendu parler de dépression ? Par qui ?
- Pensez vous que la dépression est une maladie ?
- Quelle différence faites-vous avec la tristesse ?
- Pour vous existe-t-il plusieurs types de dépressions ?
- Connaissez vous quelques signes de la maladie ? des manifestations ?
- Est ce que vous connaissez quelqu'un de déprimé ?
- Comment est-il avec vous ? Avec sa famille ? Dans son travail ? Quelles sont ses habitudes de vie ?
- Comment est-il physiquement ?
- Comment sont ses émotions ?
- Qu'est ce que cela suscite chez vous, comment vous comportez-vous ? Est ce que vous l'évitez, l'aidez ?
- Quelle relation avez/voulez-vous avec lui ?
- Y-a-t-il une différence stricte entre « déprimé » et « non déprimé » (vision dichotomique/binaire) ou un état continu avec une perte de contrôle ?

2- Les causes : Quelles sont les causes de la dépression ? A quoi cela est du ?

- Comment ça marche ?
- D'où cela part, qu'est ce que ça fait ?
- Est ce que ça touche un organe ? lequel ?
- Est ce que ça touche plus certaines personnes que d'autres ?
- Est ce qu'il y a des modes de vie qui provoquent la maladie ?
- Quels sont les moyens pour l'éviter ?
- Qu'est ce que vous conseillerez pour l'éviter ?

3- Les conséquences : Est ce que vous pouvez me parler des conséquences de la dépression ?

- **Physiques** : Existe-t-il des conséquences physiques ? Est ce que cela peut provoquer un handicap physique ?
- **Psychiques/Emotionnelles** : Est ce que cela peut entraîner d'autres maladies psychiques ? Est ce que cela peut avoir des conséquences sur les émotions ?
- **Sociales** : Est ce que cela peut avoir des conséquences sur la vie de couple ? la vie amicale ? la vie professionnelle ? dans la vie de tous les jours (alimentation, activité de loisirs...) ?
- **Economiques** : Est ce que cela peut avoir un impact sur le budget ?
- Est ce que cela peut influencer l'évolution d'autres maladies ? Est ce que cela peut provoquer d'autres maladies ?

4- Evolution : Pour vous, comment peut évoluer cette dépression ?

- **Aigüe/chronique** : Est ce que c'est une maladie constante ou est ce qu'elle arrive et part ? Est ce que c'est la même maladie qui récidive au cours de la vie ou est ce que ce sont des épisodes différents ?
- Est ce qu'on naît avec ou arrive-t-elle après ?
- Combien de temps cela dure ?
- Est ce qu'on en guérit ?
- Est ce qu'on en meurt ?

**5- Contrôle / Prise en charge : Pensez vous que l'on peut traiter la dépression ?
Connaissez vous des traitements pour la dépression ? Comment vous attendez
vous à être traité pour une dépression ?**

- Est ce qu'il y a des médicaments pour cette maladie ?
- Connaissez vous des noms ?
- Que connaissez vous des avantages et inconvénients du traitement ?
- Est ce que vous connaissez d'autres traitements ?
- Quel médecin vous donne le traitement ?
- Quels sont les objectifs du traitement ?
- Combien de temps dure le traitement ?
- Est ce que le fait de parler avec son médecin fait partie du traitement ?
- Est ce que vous pouvez parler de tout avec votre médecin ?
- Est ce que l'entourage peut aider dans la dépression et qui ?
- Que conseillerez vous à un proche qui débute une dépression ?
- Si vous aviez une dépression que feriez vous ?

Comment vous représentez vous le bien être psychique ?

ANNEXE 4

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. S'il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document et nous vous en remettrons une copie signée et datée.

TITRE DU PROJET

Représentations de la maladie dépressive et de ses traitements chez les patients de médecine générale n'ayant jamais été traités pour cette pathologie.

PERSONNES RESPONSABLES DU PROJET

Melle Aurélie GUERRERO, en vu de la thèse pour l'obtention du doctorat de médecine générale.

Mr le Dr Philippe CASTERA, directeur de la thèse, Maître de Conférence associé de médecine générale de l'Université de Bordeaux.

RAISON ET NATURE DE LA PARTICIPATION

Votre participation à ce projet est requise pour une seule entrevue d'environ 1h. Cette entrevue aura lieu à l'endroit qui vous convient, en fonction de vos disponibilités, au mieux hors du cabinet médical.

Vous aurez à répondre à des questions sur la dépression. Cette entrevue sera enregistrée sur une bande audio.

VOTRE PARTICIPATION

Elle permettra de contribuer à l'avancement des connaissances entourant la prise en charge de la dépression. Vous pourrez demander de prendre une pause.

DROIT DE RETRAIT SANS PREJUDICE DE LA PARTICIPATION

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Advenant que vous vous retiriez de l'étude, demandez-vous que les documents audios ou écrits vous concernant soient détruits ?

OUI NON

Il vous sera toujours possible de revenir sur votre décision. Le cas échéant, le chercheur vous demandera explicitement si vous désirez la modifier.

CONFIDENTIALITE, PARTAGE, SURVEILLANCE ET PUBLICATION

Durant votre participation à ce projet de recherche, le chercheur responsable recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis. Ils peuvent comprendre les informations suivantes : sexe, date de naissance, origine ethnique, enregistrements audios, habitudes de vie.

Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code. Votre nom ne sera pas conservé et aucun lien de pourra être fait entre les données recueillies sous le code et vous-même.

Le chercheur principal de l'étude utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet de recherche décrits dans ce formulaire d'informations et de consentement.

Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera d'information permettant de vous identifier.

CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE

Je, _____, déclare avoir lu et compris le présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction.

Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature de la participante ou du participant :

Fait à _____, le _____ 201_

DECLARATION DU RESPONSABLE DE L'OBTENTION DU CONSENTEMENT

Je, _____ certifie avoir expliqué à la participante ou au participant intéressé(e) les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il ou qu'elle m'a posées à cet égard et lui avoir clairement indiqué qu'il ou qu'elle reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus. Je m'engage à garantir le respect des objectifs de l'étude et à respecter la confidentialité.

Signature : _____

Fait à _____, le _____ 201_.

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation mondiale de la santé. CIM- 10. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Genève: OMS; 1993.
2. American Psychiatric Association. DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition. Arlington: APA; 2013.
3. Aouizerate B. Dépression [en ligne]. [consulté le 29/10/2016]. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/depression>
4. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique. Paris: ANAES; 2002. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rp_c_depression_2002_-_mel_2006_-_argumentaire.pdf
5. Kessler RC. Epidemiology of women and depression. J Affect Disord. 2003 Mar. 1 ;74(1) :5-13.
6. Kessler RC, Chiu WT, Demler O Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM –IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005 ;62(6) :617.
7. Chee CC, Beck F, Sapinho D, Guilbert P. LA dépression en France. INPES. 2009 ;208.
8. WHO. World Health Statistics 2012 [Internet]. 2012. Available from : http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/
9. Kessler RC, Bromet EJ,. The Epidemiology of Depression Across Cultures. Annu Rev Public Healths. 2013 Mar. 18 ; 34(1) :119-38.
10. Greenberg PE, Fournier A-A, Sisitsky T, Pike CT, Kessler RC. The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States (2005 and 2010). J Clin Psychiatry. 2015 Feb. 76(2) :155-62.
11. Beck F, Guignard R. La dépression en France (2005-2010) : prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population. Santé Homme 2012;(421):43-5.
12. Institut de veille sanitaire, Weber F, Sapinho D, Chan-Chee C, Briffault X, Guignard R, et al. La santé mentale en France, surveillance et enjeux. Numéro thématique. BEH 2008;(35-36).

13. OMS | La dépression [Internet]. WHO. [cité 29 oct 2016]. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/fr/>
14. Institut de veille sanitaire, Terra JL, Beck F, Guignard R, du Roscoät E, Saïas T, et al. Suicide et tentatives de suicide : état des lieux en France. Numéro thématique. BEH 2011;(47-48).
15. Courtet P, Vaiva G. Suicide et dépression. Dans: Goudemand M, ed. Les états dépressifs. Paris: Médecine Sciences Publications;Lavoisier; 2010. p. 75-85.
16. Holma KM, Melartin TK, Haukka J, Holma IAK, Sokero TP, Isometsä ET. Incidence and predictors of suicide attempts in DSM-IV major depressive disorder: a five-year prospective study. Am J Psychiatry 2010;167(7):801-8.
17. Olié E, Courtet P. Dépression récurrente : facteurs de risque, facteurs de vulnérabilité. L'Encéphale 2010;36(Suppl 5):S117-S22
18. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: WHO; 2008.http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf
19. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, et al. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. Etudes et Résultats 2012;(810).
20. Roelant J-L, Caria A, Defromont L, Vandeborre A, Daumerie N. Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. Disponible sur: <http://www.encephale.com/content/download/87231/1522694/version/1/file/main.pdf>
21. Leventhal H, Benyamini Y, Brownlee S, Diefenbach M, Leventhal EA, Patrick-Miller L, et al. Illness Representations: Theoretical Foundations. In: Perceptions of Health and Illness: Current Research and Applications [Internet]. illustrée. Taylor & Francis; 1997 [cited 2015 Jul 8]. p. 19–46. Disponible sur : http://www.academia.edu/259449/Illness_Representations_Theoretical_Foundations
22. Évaluer les preuves scientifiques : la recherche qualitative vs quantitative. Primer on Public Health Population [Internet]. [cited 2015 Aug 26]. Disponible sur: <http://phprimer.afmc.ca/Lesmethodesetudierlasante/Chapitre5LvaluationDesPreuvesEtDeL146information/valuerlespreuvestscientifiqueslarecherchequalitativevsquantitative>
23. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M. Introduction à la recherche qualitative. Exerc Rev Fr Médecine Générale. 2008;19(84):142–5.

24. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative Première partie : d'« Acteur » à « Interdépendance ». *Exerc Rev Fr Médecine Générale*. 2009;20(87):74-9.
25. Leutrillat L, Bougeois I, Vaga A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative Deuxième partie : de « Maladie » à « Verbatim ». *Exerc Rev Dr Médecine Générale*. 2009;20(88):106-12.
26. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*. 1994;23:147-81.
27. Petrie Kj, Weinman J. Why illness perceptions matter. *Clin Med*. 2006 Nov-Dec;6(6):536-9.
28. Prins MA, Verhaak PFM, Bensing JM, van der Meer K. Health beliefs and perceived need for mental health care of anxiety and depression--the patients' perspective explored. *Clin Psychol Rev*. juill 2008;28(6):1038-58.
29. Jadoulle V, Ogez D, Rokbani L. Le cancer, défaite du psychisme ? *Bulletin du Cancer*. Mars 2004;91(3):249-56.
30. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, et al. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. *Etudes et Résultats* 2012;(810)
31. Pinguet V, Cedraschi C, Dumont P, Desmeules J, Allaz A-F, Dayer P. Patients' representations of antidepressants: a clue to nonadherence?. *Clin Pain*. 2007 Octobre ; 23(8) : 669-675.
32. Acosta F, Rodríguez L, Cabrera B. Beliefs about depression and its treatments: associated variables and the influence of beliefs on adherence to treatment. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. juin 2013;6(2):86-92.
33. Verbanck P. Assuétudes aux benzodiazépines et aux antidépresseurs. *Rev Med Brux*. 2009 Mai ; 30 : 372-375.
34. Ptchot W, Scantamburlo G, Pinto E, Ansseau M. Syndrome de discontinuation associé aux antidépresseurs. *Rev Med Liege*, 2007 Octobre ; 62 (10) : 624-627.
35. Benoist J. Logiques de la stigmatisation, éthique de la déstigmatisation. *Information Psychiatrique*. 2007 Oct ; 83 (8) : 649-654.
36. Montagne M. Mass media representations as drug information for patients: the prozac phenomenon. *Subst Use Misuse*. août 2001;36(9-10):1261-74.

37. Shafranske EP. Spiritually oriented psychodynamic psychotherapy. *J Clin Psychol.* 1 févr 2009;65(2):147-57.
38. Chicoine M. La psychiatrie intégrative. *Le médecin du Québec.* 2008 Janvier ;43(1) :67-70.
39. Carmel M, Murray S. La psychothérapie : les enjeux de la collaboration du patient dans le traitement de la dépression. *Le Médecin du Québec.* 2004 Mai;39(5) : 49-55.
40. Cameron C, Habert J, Anand L, Furtado M. Optimizing the management of depression: primary care experience. *Psychiatry Res.* 2014 Dec;220(Suppl 1) :45-57
41. MacPherson H, Richmond S, Bland M, et al. Acupuncture and counselling for depression in primary care : a randomised controlled trial. *Minerva.* 2014 ;8(13) :101-102.
42. Rosland A-M, Heisler M, Piette JD. The Impact of Family Behaviors and Communication Patterns on Chronic Illness Outcomes: A Systematic Review. *J Behav Med.* 2012 Apr;35(2):221–39.
43. Académie Nationale de médecine. Thérapies complémentaires – acupunctue, hypnose, ostéopathie, tai-chi – leur place parmi les ressources de soins. *Bull Acad Med.* 2013 Mars 5 ;197(3) :717-757.

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.