



HAL
open science

**Représentations, facteurs limitant et favorisant
l'acceptation des antidépresseurs en médecine générale :
une étude qualitative auprès de patients ayant
initialement refusé un antidépresseur en Haute-Loire**

Amaury Chardenoux

► **To cite this version:**

Amaury Chardenoux. Représentations, facteurs limitant et favorisant l'acceptation des antidépresseurs en médecine générale : une étude qualitative auprès de patients ayant initialement refusé un antidépresseur en Haute-Loire. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02192629

HAL Id: dumas-02192629

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02192629>

Submitted on 24 Jul 2019

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 CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
par

CHARDENOUX Amaury

Présentée et soutenue publiquement le 28 mai 2019

**Représentations, facteurs limitant et favorisant l'acceptation des
antidépresseurs en Médecine Générale :**

Une étude qualitative auprès de patients ayant initialement refusé un antidépresseur
en Haute-Loire.

Directeur de thèse et membre du jury : Monsieur TESSIERES Frédéric, Docteur, médecin généraliste à Brioude.

Président du jury : Monsieur BROUSSE Georges, Professeur, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand, Psychiatrie adulte.

Membres du jury : -Monsieur AUTHIER Nicolas, Professeur, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand, Pharmacologie Médicale.

-Monsieur VORILHON Philippe, Professeur, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand, Médecine Générale.

-Monsieur SARROU Philippe, Docteur, médecin généraliste à Langeac.



UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT
VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias
: **DEQUIEDT** Vianney
: **WILLIAMS** Benjamin
: **HENRARD** Pierre
: **PEYRARD** Françoise
: **PAQUIS** François



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIERE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mmes GLANDDIER Phyllis - LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - RAYNAUD Elie - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOIX Alain - DAUPLAT Jacques - DETEIX Patrice - ESCHALIER Alain - IRTHUM Bernard - JACQUETIN Bernard - KEMENY Jean-Louis - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - LESOURD Bruno - LUSSON Jean-René - RIBAL Jean-Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M.	AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M.	LABBE André	Pédiatrie
M.	AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M.	DURIF Franck	Neurologie
M.	BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M.	BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M.	POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M.	CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme	PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M.	BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M.	BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M.	CLAVELOU Pierre	Neurologie
M.	DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique
M.	GILAIN Laurent	O.R.L.

M.	LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M.	CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M.	LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M.	PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M.	SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M.	BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M.	CONSTANTIN Jean-Michel	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mme	DUCLOS Martine	Physiologie
M.	SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique

PROFESSEURS DE
1ère CLASSE

M.	DECHELOTTE Pierre	Anatomie et Cytologie Pathologique
M.	CAILLAUD Denis	Pneumo-phthysiologie
M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	CITRON Bernard	Cardiologie et Maladies Vasculaires
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
Mle	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne
M.	SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophtalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M.	ANDRE Marc	Médecine Interne
M.	BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M.	CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	COSTES Frédéric	Physiologie
M.	FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme	HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M.	MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme	PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique

PROFESSEURS DE

2ème CLASSE

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M. CANAVESE Federico	Chirurgie Infantile
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M. AZARNOUSH Kasra	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M. CAMBON Benoît	Médecine Générale

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES -
PRATICIENS HOSPITALIERS**

**MAITRES DE CONFERENCES
HORS CLASSE**

Mme CHAMBON Martine
Mme BOUTELOUP Corinne

Bactériologie Virologie
Nutrition

**MAITRES DE CONFERENCES DE
1ère CLASSE**

M. MORVAN Daniel
Mlle GOUMY Carole
Mme FOGLI Anne
Mlle GOUAS Laetitia
M. MARCEAU Geoffroy
Mme MINET-QUINARD Régine
M. ROBIN Frédéric
Mlle VERONESE Lauren
M. DELMAS Julien
Mlle MIRAND Andrey
M. OUCHCHANE Lemlih

Biophysique et Traitement de l'Image
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Biochimie Biologie Moléculaire
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Biochimie Biologie Moléculaire
Biochimie Biologie Moléculaire
Bactériologie
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Bactériologie
Bactériologie Virologie
Biostatistiques, Informatique Médicale
et Technologies de Communication

M. LIBERT Frédéric
Mlle COSTE Karen
M. EVRARD Bertrand
Mlle AUMERAN Claire
M. POIRIER Philippe
Mme CASSAGNES Lucie
M. LEBRETON Aurélien

Pharmacologie Médicale
Pédiatrie
Immunologie
Hygiène Hospitalière
Parasitologie et Mycologie
Radiologie et Imagerie Médicale
Hématologie

**MAITRES DE CONFERENCES DE
2ème CLASSE**

Mme PONS Hanaë
M. JABAUDON-GANDET Matthieu
M. BOUVIER Damien
M. BUISSON Anthony
M. COLL Guillaume
Mme SARRET Catherine
M. MAQDASY Salwan

Biologie et Médecine du Développement
et de la Reproduction
Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
Biochimie et Biologie Moléculaire
Gastroentérologie
Neurochirurgie
Pédiatrie
Endocrinologie, Diabète et Maladies
Métaboliques
Parasitologie - Mycologie

Mme NOURRISSON Céline

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme BONHOMME Brigitte	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mle AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDEY Yannick	Oncogénétique
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. TANGUY Gilles	Médecine Générale
M. BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme RICHARD Amélie	Médecine Générale

À NOTRE PRÉSIDENT DE JURY

À Monsieur le Professeur Georges BROUSSE

Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand.

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse.

Nous vous remercions de l'intérêt et de l'attention que vous avez porté à ce travail. Ainsi que pour votre engagement pour la formation des médecins généralistes en psychiatrie. Vos enseignements à la faculté ont su attirer ma curiosité pour une spécialité très présente, avec de nombreux enjeux, en médecine générale.

Amaury CHARDENOUX

À NOTRE JURY DE THESE

À Monsieur le Professeur Nicolas AUTHIER

Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand

Votre présence dans mon jury de thèse est un honneur, je vous en suis très reconnaissant. Je vous remercie de l'intérêt porté à mon travail et d'accepter de le juger. Soyez assuré de mon plus grand respect.

À Monsieur le Professeur Philippe VORILHON

Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand

Vous me faites l'honneur de participer à mon jury de thèse et vous en remercie sincèrement. Je vous remercie d'apporter vos connaissances à la critique de ce travail. Ainsi que de votre immense travail dans la formation des futurs médecins généralistes. Veuillez-vous assurer de ma profonde reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Frédéric TESSIERES

Faculté de Médecine de Clermont Ferrand

Je suis très sensible à l'honneur que vous m'avez fait d'accepter d'être notre directeur de thèse. Votre regard et votre expérience ont été un facteur important dans l'avancement de ce travail. Je vous remercie également pour votre précieux investissement auprès des futurs médecins généralistes.

À Monsieur le Docteur Philippe SARROU

Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand

Après être passé en stage auprès de vous, et avoir profité de votre enseignement si précieux, votre présence dans mon jury a une véritable signification pour moi. Vous êtes pour moi un mentor, et j'apprécie tout particulièrement votre vision de la Médecine Générale. Je vous remercie encore de l'honneur que vous me faites d'être présent à cette soutenance.

Amaury CHARDENOUX

« À ma Grand-mère »

Partie bien trop tôt d'une longue maladie, ton courage et ta sagesse seront toujours un modèle pour moi. Et à mon Grand-père, que je n'ai pas eu la chance de connaître.

REMERCIEMENTS PERSONNELS

À ma **Mère**, qui fut depuis le début, mon premier soutien inconditionnel, par sa présence, son aide dans la vie de tous les jours, à qui je dois sans hésiter ma réussite. Pour son éducation et tout ce qu'elle m'a apporté, et qui ont fait ce que je suis aujourd'hui.

À mon **Père**, qui malgré une histoire familiale pas toujours simple, a toujours été présent, et dont je suis fier d'avoir encore à mes côtés. Et ce malgré un événement récent dramatique, mais qui a eu l'avantage de tous nous rapprocher.

À ma **Sœur**, de qui je suis extrêmement fier, qui m'a offert deux merveilleuses nièces. Ton parcours, bien que différent, force l'admiration, tu as su prouver qu'on pouvait compter sur toi. Et tu nous as permis de faire la connaissance de **Thomas**, que j'apprécie énormément.

À ma **Tata Carole et à Angelo**, vous avez tellement fait pour moi, je ne saurais comment vous remercier, par vos conseils, votre humour, quelle famille de dingue !

À mon Oncle et ma Tante **Max et Caro**, votre présence à ma thèse est un vrai plaisir, et une vraie surprise. À mes **Grands-parents**, qui ne pourront pas être présents, mais à qui je pense très fort. À ma famille Sud-Africaine, loin de nous, à qui j'envoie toutes mes pensées.

À mes amis **Andréa, Angel, Titi**, petit brin de soleil dans ma nouvelle vie ponote et **Tux**. Vos amitiés sont une des choses les plus précieuses que je possède, je suis fier de vous avoir près de moi. Ainsi qu'à **Alvin**, mon meilleur, et un de mes premiers amis, depuis nos 5 ans, l'humour est notre religion, et ce malgré la distance qui nous sépare. Tu as su mettre toutes les chances de ton côté pour vivre ta passion pour la formule 1. Et à **Thibault, Adrien, Luigi, Camille, Paméla, Mathon**, et tous ceux que j'oublie.

Aux **Drs BRUSTEL, PELLETIER, et LAGER**, des modèles pour moi, plein d'humanité et appréciés de leurs patients. Vos enseignements ont été précieux pour moi. Et je ne pouvais pas trouver meilleur confrère que Jean-Paul, qui m'a énormément aidé dans mon installation. Merci.

Et enfin à **Audrey**, qui, même si la vie a voulu que nous prenions des chemins différents, comptera toujours pour moi. Notre soutien mutuel nous a permis et nous permet encore de surmonter toutes ces épreuves. Je te souhaite plein de bonheur avec Thomas.

Amaury CHARDENOUX

TABLE DES MATIERES

Liste des abréviations	15
Introduction	16
I : Généralités	18
1. Définition, épidémiologie de la dépression, et du mésusage des benzodiazépines.....	18
2. Conséquences d'une surconsommation de benzodiazépines au dépend d'antidépresseurs.	19
3. Problématique autour de l'adhésion et de l'observance.....	21
II : Matériel et Méthode	24
1. Choix de la méthode.....	24
2. Population de l'étude.....	25
2.1. Population cible.....	25
2.2. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	25
2.3. Méthode d'échantillonnage.....	26
3. Recueil et analyses des données.....	27
3.1. Réalisation de la grille d'entretien.....	27
3.2. Déroulement des entretiens.....	28
3.3. Analyse des données.....	28
III : Résultats	30
1. Données socio-démographiques de l'échantillon.....	30
2. Données générales des entretiens.....	31
3. Vers une acceptation du traitement.....	31
4. Les facteurs limitants.....	32
4.1. Liés aux patients.....	32
4.2. Liés au traitement.....	34
4.3. Liés à la maladie, un refus symptomatique.....	37
4.4. Liés à la relation médecin/patient.....	39
4.5. Liés à l'entourage.....	39
5. Les facteurs favorisants.....	41
5.1. Liés aux patients.....	42
5.2. Liés au traitement et à la prise en charge.....	43
5.3. Liés à la relation médecin/patient.....	45

5.4. Liés à l'entourage.....	48
<u>IV : Discussion</u>	50
1. Forces et faiblesses de l'étude.....	50
1.1 Conception de l'étude : population et thème, biais de sélection, déclaratifs, et d'implication.....	50
1.2 Réalisation des entretiens : biais déclaratifs, biais de méthode, biais de mémorisation.....	51
1.3 Analyse des données, biais d'interprétation.....	53
2. Réflexion, analyse des résultats.....	53
2.1. Les patients participatifs.....	54
2.2. Les patients passifs.....	56
2.3. Mesures générales et collectives.....	56
2.4. Relation médecin/patient.....	58
<u>Conclusion</u>	59
<u>Annexes</u>	61
Annexe 1 : grille d'entretien.....	61
Annexe 2 : Consentement patient.....	63
<u>Bibliographie</u>	64
<u>Serment d'Hippocrate</u>	67

LISTE DES ABREVIATIONS

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies, version 10

DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, version 5

HAS : Haute Autorité de Santé

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

OMS : Organisation Mondiale pour la Santé

INTRODUCTION

Il a été constaté en France, depuis longtemps, une consommation importante et chronique de benzodiazépines aux dépens des antidépresseurs ⁽³⁾ qui contraste avec une prévalence importante des troubles de l'humeur ⁽²⁾. Ainsi, de nombreuses études soulignent les effets secondaires d'une consommation chronique de benzodiazépines, comme la dépendance, le risque de mésusage, les troubles cognitifs ⁽⁶⁾ et notamment le risque de chutes chez les personnes âgées, chez qui la dépendance commence parfois plusieurs dizaines d'années avant le début des troubles. Il est donc nécessaire d'agir avant même que cette consommation ne devienne chronique.

Cette surconsommation se retrouve ainsi chez de nombreux patients présentant un épisode dépressif sans traitement adapté ou présentant un syndrome anxieux non réévalué ⁽⁴⁾. En effet, l'angoisse pouvant être une manifestation des troubles de l'humeur, une utilisation adéquate des antidépresseurs pourrait ainsi permettre une diminution de la surconsommation, voire un sevrage en benzodiazépine et également de diminuer de manière plus efficace les symptômes dépressifs ⁽⁵⁾.

Cependant, il n'est pas rare de rencontrer des difficultés d'acceptation des traitements antidépresseurs de la part de patients ^(21,23), auxquelles de nombreux médecins exerçant en Haute-Loire ont pu être confrontés. Ces difficultés contrastent donc avec une acceptation beaucoup plus simple des anxiolytiques. Une meilleure compréhension de ces difficultés permettrait de renforcer l'éducation à la santé et d'améliorer les conseils apportés

aux patients. Ceci afin de permettre une meilleure prise en charge des épisodes dépressifs et d'optimiser l'utilisation des benzodiazépines.

Notre travail se concentrera donc essentiellement sur les difficultés d'acceptation des antidépresseurs. Notre objectif est d'explorer les représentations, les facteurs limitant et favorisant l'acceptation des antidépresseurs.

I. GÉNÉRALITÉS

1. Définition, épidémiologie de la dépression, et du mésusage des benzodiazépines

La dépression est définie selon les classifications DSM-V et la classification de l’OMS CIM-10 ⁽¹⁾. La classification CIM-10 la définit comme étant la persistance de symptômes dépressifs durant plus de deux semaines (excepté en cas d’épisode sévère ou de risque suicidaire). Les différents symptômes permettent alors de classer les épisodes de légers à sévères. Le traitement repose sur une prise en charge psychologique, et médicamenteuse avec les antidépresseurs, et en cas de sévérité importante ou de risque suicidaire, une hospitalisation peut être nécessaire.

Selon l’INPES, en France en 2010, la prévalence de la dépression s’élevait alors à 7.5 % des 18-85 ans, (9.4 % dans le monde selon l’OMS ⁽¹⁾) avec une prévalence deux fois plus élevée chez les femmes. Parmi ces patients, 39 % n’ont jamais ni utilisé les services d’un organisme, ni consulté un professionnel de santé, ni eu recours à une psychothérapie ⁽²⁾. De plus, cette absence de prise en charge concerne principalement les hommes.

On a cependant observé une augmentation de la proportion de patients se faisant prendre en charge, en soins primaires, parmi les patients souffrant de dépression. Ainsi, en 2005, seulement 20 % des patients ayant présenté un épisode dépressif majeur ont consulté un médecin généraliste, contre 47 % en 2010⁽²⁾. On note donc, qu’il s’agit d’une pathologie

nettement sous-évaluée et sous traitée, par quelques moyens que ce soit, avec de nombreux patients ne se faisant pas suivre. Renforcer l'acceptation d'un traitement antidépresseur quand le patient se décide à consulter son médecin généraliste est donc primordial, et ce d'autant plus que le nombre de patients à suivre augmente.

Concernant l'utilisation des benzodiazépines en France, l'ANSM (agence nationale de sécurité des médicaments, et des produits de santé) a publié un état des lieux de la consommation des benzodiazépines en France en 2017⁽³⁾. Ainsi en 2015, 13.4 % de la population Française a consommé au moins déjà une fois des benzodiazépines, avec 5.4 % ayant débuté un traitement au cours de cette année. Cette consommation, même si elle reste élevée, a cependant diminué de 5.7 % entre 2012 et 2015.

On a donc observé de manière concomitante, une augmentation du nombre de patients suivis pour dépression, et une diminution du nombre de patients consommant des benzodiazépines.

2. Conséquences d'une surconsommation de benzodiazépines aux dépens des antidépresseurs

En effet, cette diminution de la consommation de benzodiazépines semble bien liée à une augmentation et une amélioration de la prise en charge des syndromes dépressifs. Ainsi, une étude observationnelle, réalisée en France, montre que parmi un large panel de patients

traités au long court par des benzodiazépines, 61.2 % présentent un trouble anxieux, 60 % des critères d'épisodes dépressifs, et une association des deux syndromes chez 41.9 % de ces patients ⁽⁴⁾. Une étude réalisée en Allemagne ⁽⁵⁾, montre que 75 % d'un groupe de patients consommateurs de benzodiazépine au long court à qui on a introduit un traitement par Paroxétine, ont pu être sevrés au bout de 6 semaines, contre 61 % avec un placebo. Donc, ces consommateurs chroniques relèvent potentiellement d'autres stratégies thérapeutiques, qu'elles soient médicamenteuses ou psychothérapeutiques. Et ce d'autant plus que l'angoisse peut être un symptôme dans la dépression ⁽⁶⁾.

Les benzodiazépines entraînent de nombreuses conséquences néfastes. D'autant plus que comme évoqué auparavant, cet usage se fait souvent sans réévaluation ou recherche de comorbidités psychiatriques, ou dans le cadre d'angoisses légères ou de troubles du sommeil, pour lesquelles des alternatives sont possibles ⁽⁷⁾. Les conséquences sont multiples :

- Une dépendance peut s'observer à partir de 4 semaines ⁽⁷⁾. Ainsi en France, la HAS (Haute Autorité de Santé), recommande l'utilisation sur des périodes courtes ne dépassant pas 12 semaines, avec des durées plus courtes ne dépassant pas 4 semaines pour les hypnotiques ⁽⁸⁾. On observe également un syndrome de sevrage ⁽⁹⁾ : perturbations du sommeil, troubles de la mémoire, hypersensibilité, anxiété, paniques, phobies, symptômes psychotiques, contractures, douleurs, asthénie. Ce syndrome nécessite une prise en charge complexe et rapprochée sur un minimum de 10 semaines ⁽¹⁰⁾.

- D'autres effets secondaires peuvent s'observer, comme un excès de sédation, une stimulation paradoxale, des troubles de la mémoire à court terme, des overdoses ⁽⁹⁾.

- Avec les effets de dépendance et les consommateurs chroniques, on retrouve en gériatrie beaucoup de personnes âgées souffrant d'addiction aux benzodiazépines, pour lesquelles on retrouve des complications qui leurs sont propres. Des études supposent que l'utilisation au long cours de benzodiazépines pourrait être liée à une apparition précoce de troubles cognitifs⁽¹¹⁾ (même si ce lien n'est pas prouvé, les causes étant multifactorielles). On retrouve également un lien avec un risque de chute accru, comme l'ont confirmé de nombreuses études⁽¹²⁾.

- Et pour finir, on note une conséquence économique non négligeable concernant les patients qui ne sont pas traités de manière optimale, ou qui ne sont pas observants. On constate ainsi une augmentation du risque de récurrence, de rechute, de recours à des consultations en urgence, et des hospitalisations⁽¹³⁾.

3. Problématique autour de l'adhésion et de l'observance

L'enjeu est donc de favoriser l'observance des antidépresseurs quand ceux-ci sont nécessaires. Ainsi, une étude menée au Japon montre que sur les patients interrogés, seuls 44.3 % ont poursuivi leur traitement sur la période de 6 mois recommandée par l'OMS⁽¹⁴⁾. De nombreuses études évaluent la qualité de l'observance et l'adhésion du traitement une fois que celui-ci est accepté. Parmi ces études, des études quantitatives montrent que des facteurs sociaux, démographiques, d'éducation, de comorbidités, de cultures, de méthodes alternatives utilisées^(15,16), peuvent influencer l'adhésion aux traitements antidépresseurs. D'autres études quantitatives montrent que des croyances erronées, sur les effets

secondaires des traitements, leurs efficacités ^(17,18,19), ainsi que les connaissances sur la pathologie dépressive ⁽²⁰⁾ peuvent également influencer cette adhésion.

Cependant, toutes ces études sont des études quantitatives, qui permettent de faire des liens avec des suppositions, mais qui ne permettent pas de prendre le point de vue des patients par entretien libre. De plus, à notre connaissance, aucune n'a été réalisée en France. Une étude qualitative, mais seulement après acceptation du traitement, menée en Malaisie auprès de 30 patients ⁽²¹⁾, a permis d'identifier des facteurs limitant et favorisant cette adhérence. Les obstacles étaient les suivants : spécifiques au patient, spécifiques au médicament, système et offre de soins de santé, socioculturels et logistiques. Les facteurs facilitateurs étaient : connaissance des bénéfices pour la santé, des activités régulières, une relation patient-médecin, un suivi et des réseaux de soutien social. Une autre étude a été menée au Pays-Bas, avec 27 patients, toujours a posteriori ⁽²²⁾. Elle classe les facteurs limitants selon quatre grands thèmes principaux : le manque de clarté sur le traitement et les intervenants, relation précaire avec le clinicien ; indisponibilité des soins de santé mentale ; et implication insuffisante des personnes recevant les soins.

Une étude a été réalisée en France, quantitative par questionnaires, chez des patients hospitalisés pour un épisode dépressif majeur ⁽²³⁾. On retrouve sensiblement les mêmes résultats, avec 30 % non adhérents, principalement chez les hommes, avec 70 % des patients qui ont des craintes vis-à-vis des antidépresseurs, avec une peur de la dépendance au premier rang. Devant des craintes et des connaissances parfois erronées, ils posaient la question d'une meilleure information par action de santé publique, ou collaboration avec les médias.

Devant ces difficultés d'adhésion au traitement, il nous a semblé intéressant de réaliser une étude qualitative en France, en soins primaires, auprès de patients ayant refusé le traitement avant de l'avoir essayé, afin de comprendre leurs inquiétudes et connaissances, plutôt que de les quantifier. La plupart des études précédentes ayant évalué le suivi du traitement, et non son acceptation initiale.

II. Matériel et Méthode

1. Choix de la méthode

La recherche qualitative est une démarche interprétative, faisant suite à un recueil de données verbales directement auprès des patients. Elle permet d'explorer des comportements et des expériences personnelles et de cerner la réalité d'une situation particulière. Elle aborde également les émotions et les sentiments de la personne ⁽²⁴⁾. Elle permet également un dialogue plus direct, sans intervention d'avis extérieurs, ou de ressources internet dans l'avis des patients. Le choix de cette étude nous a semblé évident, puisqu'il s'agissait de comprendre les connaissances et la pensée des patients. Et non pas de « quantifier » un processus ; méthode qui a largement été utilisée dans diverses études qui traitent du même sujet.

Nous avons donc opté pour la réalisation d'entretiens individuels, semi-dirigés, car il ne semblait pas pertinent de réaliser des entretiens de groupe, devant les thèmes délicats et intimes qui sont abordés ⁽²⁵⁾. Concernant la méthode d'entretien, nous nous sommes inspirés du livre « l'enquête et ses méthodes, l'entretien » afin de savoir mener un entretien dans le cadre d'une étude qualitative ⁽²⁶⁾.

2. Population de l'étude

2.1 Population cible

Nous avons opté pour une étude sur le département de la Haute-Loire, notre population cible était les patients, suivis en médecine générale dans le département de la Haute-Loire, à qui on a proposé un traitement antidépresseur, et qui l'ont refusé ou qui ne l'ont pas suivi. Indépendamment qu'ils l'aient accepté secondairement ou non. Les patients ont ainsi été recrutés auprès de 7 médecins généralistes exerçant en Haute-Loire. Le recrutement et les entretiens se sont déroulés sur 11 mois de Janvier 2018 à Novembre 2018.

2.2 Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion étaient d'avoir plus de 18 ans, de refuser ou d'avoir déjà refusé un traitement par antidépresseurs, prescrit en médecine générale.

Les critères d'exclusion qui ont été retenus sont les suivants :

- L'âge inférieur à 18 ans, car on explore des aspects de la psychiatrie adulte et non de l'adolescent ou de l'enfant, qui ont leur spécificité propre.

- Les personnes ayant des troubles cognitifs identifiés, (établis à partir des éléments du dossier médical), afin de s'assurer de la validité des réponses. Également parce que les

signes cliniques peuvent être différents, et les comportements peuvent interférer avec l'acceptation du traitement ⁽²⁷⁾.

- La barrière de la langue, car celle-ci rend le consentement éclairé difficile à obtenir et limite les échanges lors de l'entretien. La présence éventuelle d'un interprète n'a pas été considérée dans cette étude comme une levée du critère de non-inclusion, car d'une part, elle est en soi une forme d'atteinte au secret médical, et d'autre part, les réponses du patient ensuite retranscrites peuvent être sujettes à des adaptations de traduction.

2.3 Méthode d'échantillonnage

Nous avons recruté parmi la population, un échantillon généralisable à notre population cible, que nous voulions le plus varié possible. À la fois sur des variables descriptives, le genre, l'âge, le niveau d'éducation, l'intensité du suivi, la durée de la relation médecin traitant. Et sur des variables stratégiques, acceptation secondaire après un premier refus, ou refus simple. Ceci afin d'obtenir l'apparition de cas extrêmes ou déviants, capables de remettre en question les hypothèses initiales, ou de formuler de nouvelles hypothèses ⁽²⁴⁻²⁶⁾.

De nouvelles personnes ont été incluses jusqu'à saturation des données, lorsque les informations recueillies devenaient redondantes et n'apportaient plus rien de nouveau, nous pouvions ainsi arrêter le recrutement. Celle-ci s'est produite au 11^e patient inclus ⁽²⁶⁾. Le recrutement s'est fait auprès de 7 médecins généralistes de Haute-Loire, qui ont au préalable, recueilli le consentement des patients par écrit, afin de ne pas rompre le secret médical.

3. Recueil et analyses des données

Le mode d'entretien choisi est celui dit « semi-directif » afin de nous permettre de cibler les réponses des patients participant à l'étude autour de thèmes prédéfinis. Ces thèmes ont été listés dans la fiche de thèse et détaillés ensuite dans une grille d'entretien afin d'avoir un « fil conducteur » durant les entretiens ⁽²⁴⁾.

3.1 Réalisation de la grille d'entretien

Une grille d'entretien à structure faible a été réalisée au préalable à partir des recherches bibliographiques que nous avons réalisées et concernant principalement deux études ^(21 23). Puis elle a été enrichie au fil des interviews, et des nouvelles notions qu'apportaient les patients. Elle a servi de guide thématique nous permettant de relancer sous forme de questions ouvertes ou neutres afin d'aborder les différents thèmes d'exploration de l'étude qui étaient (cf. annexe 1) :

- Traitement antidépresseur : appréhension, effets secondaires et efficacité.
- Manque de connaissance/information.
- Représentation et conséquences d'un diagnostic de dépression.
- Prise en charge globale, traitements associés.

3.2 Déroulement des entretiens

Nous avons réalisé des entretiens individuels, programmés selon la disponibilité des patients afin de maximiser l'acceptation de celui-ci. Ils se sont déroulés dans une pièce au calme, au cabinet médical du médecin traitant, ou au domicile des patients, si ceux-ci étaient domiciliés à de plus grandes distances. Nous nous présentions en tant que doctorant en médecine générale, réalisant un travail de doctorat. Nous expliquions le cadre de l'étude, le déroulement de l'entretien, la garantie de l'anonymat et recherchions l'accord oral à l'enregistrement de la conversation. Nous notifiions, compte tenu du sujet délicat abordé, que l'on pouvait arrêter l'entretien, si le besoin du patient s'en ressentait.

3.3 Analyse des données

Après enregistrement complet des entretiens par dictaphone, les verbatims ont été intégralement retranscrits pour chaque entretien, en respectant la syntaxe, en essayant au mieux d'intégrer les données non verbales. Les variables descriptives étaient demandées en début d'entretien. Dans notre étude, le raisonnement analytique a été inductif, c'est-à-dire qu'il utilisait les données recueillies pour générer des idées générales ⁽²⁸⁾. Ceci afin d'en extraire les éléments-clefs intéressant le sujet. Les éléments les plus pertinents extraits ont ensuite été classés par thème et sous-thème. Ce travail de codage a été manuel et réalisé par la même personne qui a réalisé les entretiens et qui se trouve être l'auteur de ce travail. Celui-ci déclare ne pas présenter de conflits d'intérêt.

Certaines phrases issues des entretiens, particulièrement parlantes, ont été conservées et citées à l'identique. Les données ont été anonymisées. Ainsi, lors des citations d'extraits, les patients sont désignés par la lettre « U », suivi d'un numéro correspondant au numéro de l'entretien.

III. RÉSULTATS

1. Données socio-démographiques de l'échantillon

Nous avons donc interrogé 11 patients vivant en Haute-Loire. Ces patients étaient composés de 8 femmes (73 %) pour 3 hommes (27 %). Ceci s'explique par le fait que la prévalence de la dépression soit deux fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes ⁽¹⁾. Les âges variaient de 30 à 78 ans avec une moyenne à 48 ans. Les femmes avaient de 30 à 78 ans avec une moyenne à 47 ans, et les hommes avait de 32 ans à 64 ans avec une moyenne à 50 ans. Tous les patients étaient suivis par un médecin traitant. Parmi ces patients, 8 ont finalement accepté un traitement antidépresseur, et 3 ne l'ont jamais accepté. Parmi ces 8 dépressifs, 5 ont accepté dans le cadre de leur suivi avec leur médecin traitant, 3 suite à un rendez-vous avec un autre médecin (remplaçant, interne, changement de médecin). La durée entre la première proposition et l'acceptation du traitement variait entre 2 mois et 10 ans, avec 3 patients qui avaient accepté en moins d'1 an, 4 en plus d'1 an, et 1 qui ne savait pas.

Les catégories socio-professionnelles retrouvent :

- 7 employés dont 2 dans le paramédical, 1 retraité.
- 1 libéral dans le paramédical.
- 3 cadres, dont 1 de la fonction publique, 1 cadre paramédical, et 1 cadre retraité.

2. Données générales des entretiens

Les entretiens ont eu lieu entre le 10 janvier 2017 et le 11 décembre 2018. Ils se sont déroulés aux domiciles des patients pour 7 d'entre eux, et au cabinet médical de leur médecin traitant pour 4 d'entre eux. La durée des entretiens allait de 12 à 31 minutes, pour une moyenne de 19 minutes par entretien, avec un total de 212 minutes d'entretien. La participation était assez variable, certains patients étaient très renfermés, et assez timides, et d'autres très à l'aise. Ceci s'explique par un sujet qui n'est pas toujours facile à aborder, avec un mode d'interrogatoire dont certains n'avaient pas l'habitude.

Il a été difficile avec quelques patients d'obtenir des réponses pertinentes. Certains se limitant à des réponses par oui, non ou je ne sais pas, malgré des questions ouvertes. D'autres sortaient du sujet et parlaient de leur pathologie et de leurs souffrances. Ceci est dû au sujet exploré avec des patients renfermés sur eux-mêmes, avec qui les entretiens étaient plus courts, et d'autres ayant le besoin d'être écoutés sur leurs souffrances, avec des entretiens plus longs.

3. Vers une acceptation du traitement

On a donc pu voir pour un bon nombre de patients, même si ceux-ci ont initialement refusé, que le traitement a pu être accepté secondairement dans des délais très variables,

allant de quelques mois à plusieurs années. D'autres ont pour l'instant toujours refusé le traitement proposé.

Les entretiens réalisés ont pu ainsi mettre en évidence des facteurs limitants et des facteurs favorisants, expliquant une telle variabilité inter-individuelle de l'acceptation des traitements antidépresseurs. Et parmi ces facteurs, on retrouve des facteurs liés au patient, au traitement, à la maladie, au médecin traitant et à l'entourage du patient.

4. Les facteurs limitants

4.1. Liés aux patients

Les facteurs limitants liés aux patients retrouvent en premier lieu un **manque de connaissance** et de compréhension du traitement antidépresseur et de la dépression chez certains patients, avec des personnes qui sont incapables de donner une définition même très succincte, ou qui donnent une définition erronée :

- Concernant les antidépresseurs : U1 « *pas vraiment de connaissance, un traitement qui peut aider* », U2 « *je ne connais absolument rien concernant les antidépresseurs* », U5 « *non pour moi l'antidépresseur il allait calmer la personne, l'empêcher de pleurer et peut-être la faire dormir pour qu'elle pense à autre chose* ».

- Concernant la dépression et l'angoisse : U4 « *je ne sais pas, quelqu'un qui a goût à rien* », U8 « *un mal-être intérieur, ce serait plutôt la définition de la dépression* », U9 « *c'est quelque chose de mental l'angoisse, je ne le voyais pas comme une maladie* », U9 « *rien du tout, je n'aurais jamais cru que ça puisse m'arriver* ».

Des **confusions et des associations** sont souvent faites entre les traitements antidépresseurs et anxiolytiques ; entre dépression et angoisse : U2 « *Antidépresseur, c'est peut-être le Xanax® ?* », U3 en parlant des antidépresseurs « *faire comme ma maman qui prend des anxiolytiques depuis des années* », U5 « *Pour moi je prends un anxiolytique, je prends de la paroxétine, c'est ça ?* », U6 « *tous dans le même sac* ».

On retrouve également dans les freins liés aux patients, une **représentation** de cette pathologie et de ses traitements très négative. Ce frein contraste avec une meilleure représentation des anxiolytiques, que les patients n'expliquent pas toujours eux-mêmes. Ainsi, le patient U1 a dit à propos de la dépression « *j'ai commencé par me dire que je devais être folle, c'est aussi pour ça que je ne voulais pas de traitement* » mais a également dit « *dès que je me sentais mal, j'avais l'alprazolam* ». Le patient U2 « *je refuse de prendre des trucs comme ça, je n'ai pas envie qu'on dise que je suis folle, ça fait peur* ». La notion de honte et de folie est donc très présente, et va de pair avec le manque de connaissances des patients. U3 « *on n'a pas envie de dire qu'on est dépressif* », U5 « *surtout peur de le dire aux autres, c'est une honte de devoir en parler* ».

Cette représentation négative semble également due **aux connotations potentiellement graves de la dépression**, pour lesquelles les patients associent la dépression aux suicides, avec une vision et une connaissance des phases les plus graves de cette pathologie. U5 « *quand quelqu'un se suicide...on entend dire de toute manière ça devait arriver, il était en dépression* ».

Enfin, dans les obstacles liés aux patients, on note, principalement chez les hommes, la volonté, et la **fierté de vouloir guérir seuls**. Ces patients ont un besoin de contrôle sur leur maladie. Ils se sentent comme faibles, si on leur vient en aide, une peur de perte de contrôle et de perte de leur estime de soi. Patient U6 « *au niveau de l'estime de soi, arrive un moment où tu peux plus faire face tout seul, et c'est vrai que par rapport à moi j'en ai pris un coup* ». U7 « *fierté de m'en sortir seul, je me disais que j'allais m'en sortir seul* ». U10 « *le sentiment de ne pas avoir réussi à m'en sortir seul, et d'avoir recours à une béquille médicamenteuse* ». U11 « *je n'aurais jamais cru que ça puisse m'arriver, j'étais fort comme un roc* ».

4.2 Liés au traitement

Le frein lié au traitement le plus retrouvé, est le frein lié à la peur de la **dépendance, et de la durée du traitement**. Ces deux notions bien différentes, étant souvent confondues par les patients, ainsi que la notion de syndrome de sevrage. La confusion avec les traitements anxiolytiques, joue également un rôle dans la peur de dépendance :

- U1 « *J'avais peur en prenant un traitement comme ça d'être accro, de jamais pouvoir m'en sortir, de ne pas pouvoir m'en passer et de penser qu'à ça* ».

- U2 « *la dépendance et la durée, je m'étais déjà arrêté de fumer, je ne voulais pas tomber dans les antidépresseurs* ».

- U3 « *rentrer dans le traitement et de ne pas pouvoir m'en sortir* ».

- U5 « *Terrorisée par l'accoutumance* ».

- U6 et U7 « *mettre un doigt dans un engrenage* » ; U7 « *je suis volontiers addict à plein de choses, aux jeux à l'alcool, aux pétards, je me suis dit les antidépresseurs si ça fait comme ça ...* ».

- U10 « *La peur de mettre aussi le pied dans un engrenage médicamenteux où il faut augmenter les doses pour avoir le même effet* ».

Donc ce qui ressort, c'est que la dépendance est crainte de la plupart des patients, et de manière plus importante que ce que l'on pourrait penser, avec des analogies à des drogues qui sont faites. Des peurs très imagées, comme répétées, et qui semblent relever d'une crainte collective et qui peut toujours être en lien avec une confusion avec d'autres traitements utilisés en psychiatrie.

Cette confusion se retrouve également dans la **peur des effets secondaires**. Avec en premier lieu une peur de la modification de la pensée. Une crainte de la part des patients de

ne plus être eux- mêmes, de ne plus pouvoir réfléchir, ou encore des effets sédatifs du traitement :

- U2 « *j'avais peur de ne plus me rendre compte de la situation, de ne plus pouvoir garder mon esprit aussi clair* » « *peur d'être ralentie et somnolente* ».

- U4 « *je me suis dit que ça allait m'empêcher de réfléchir et que ça allait m'assommer, et j'avais besoin de toutes mes facultés pour travailler à ce moment-là* ».

- U7 « *j'avais cette idée que ça mettait un peu dans le pâté, j'ai encore cette idée que ça enlève sa propre autonomie de penser et d'agir* ».

- U11 « *j'ai eu l'expérience d'un ami de mon père qui avait été soigné par traitement, ça l'a mis complètement à l'envers, ça m'a marqué...* ».

Les effets secondaires attendus peuvent être un obstacle, mais ceux-ci ne sont que très peu évoqués, en comparaison avec l'idée de dépendance que peuvent se faire les patients concernant le traitement. On retrouve ainsi quelques craintes comme la peur de la perte de libido : U6 « *ha ! ce dont j'avais peur ? de la perte de la libido* ». Ou encore la prise de poids : U1 « *La prise de poids, effets secondaires bien réels, mais surtout la peur de ne pas pouvoir m'en passer* » ; U10 « *comme beaucoup de gens la prise de poids, que je ne mettais pas au premier plan* ». Ces craintes restent donc secondaires, en comparaison avec la peur de la dépendance.

Enfin, pour certains, le traitement est **trop long à être efficace**, ou tout simplement une efficacité remise en doute :

- U1 « *C'est un peu long, j'aurais aimé aller mieux tout de suite, comme si vous preniez un café, ça va mieux tout de suite, on aurait tendance à dire que ça ne marche pas* ».

- U3 « *Pour moi c'est quelque chose qui pouvait ne pas marcher, je pense que ça a joué sur le fait que dès le départ je ne l'ai pas pris* ».

- U7 « *Le fait qu'il faille trois semaines, je ne suis pas de nature à être patiente, donc rien que ça, ça me plaisait à moitié* ».

Leur long délai d'action peut donc expliquer en partie la meilleure acceptation des benzodiazépines, qui ont un effet de soulagement immédiat.

4.3 Liés à la maladie, un refus symptomatique

On a donc pu voir que la dépression est **une maladie honteuse**, difficile à assumer. Maladie que les patients vivent souvent seuls par peur d'en parler avec leur entourage, ou même parfois paradoxalement avec leur médecin. Mais il s'agit ici d'une vision individuelle et collective. Il ressort cependant des entretiens que les symptômes de la pathologie (incurie, anosognosie) eux-mêmes puissent être un frein à l'acceptation du traitement, chez les patients qui semblent plus réservés, négatifs, et chez qui la dépression semblait plus profonde. Ces « **refus symptômes** » se manifestent d'abord par **un déni de la pathologie** :

- U4 « *quand on m'a diagnostiquée j'étais un peu étonnée, je ne me voyais pas moi-même dépressive... j'aurais préféré plutôt qu'on me dise que j'étais angoissée* ».

- U5 « *pour moi je n'appelais pas ça de la dépression, c'était juste de la phobie* ».

- U6 « à ce moment-là j'en chiais, mais je n'en avais pas besoin ».

- U7 « moi je me disais je ne suis pas dépressive, je luttai contre ça ».

- U9 « Je refusais de penser que je souffrais de dépression, et de prendre un antidépresseur, alors que physiquement j'étais presque une loque ... au début il me l'a dit que je souffrais de dépression, mais je ne le croyais pas...je refusais de voir ce que j'étais, c'est-à-dire dépressive ».

Chez certains patients, le négativisme et la perte d'envie semblent assez importants pour que les patients ne se projettent pas vers une guérison possible, et le traitement est vu comme non utile et potentiellement non efficace. C'est le cas du patient U3, qui est très renfermé sur lui-même, et qui répond très peu aux questions. Il se décrit comme une personne qui « broie du noir tout le temps, qui a plus le goût à rien, et que la moindre chose est dure à faire ». Et elle n'explique pas vraiment pourquoi elle n'a pas accepté le traitement. Un de ces patients explique qu'il était incapable d'en prendre la décision et que c'est son médecin qui a finalement pris la décision pour lui : U8 « j'étais vidée, j'étais épuisée au niveau boulot, je n'étais pas en état je ne pouvais prendre aucune décision. Je n'avais pas le choix, il fallait que je fasse ce qu'elle me disait de faire ».

Ici, le **symptôme de refus** prend donc tout son sens, avec le déni qui est une phase typique de la pathologie, et où le négativisme et la perte d'envie, jouent une part importante dans le refus de la prise en charge pour certains patients.

4.4 Liés à la relation médecin/patient

Dans certains cas, des patients auraient aimé une **approche différente de la part de leur médecin traitant**. En effet, on ne retrouve pas ici de freins majeurs en rapport avec cette relation médecin/patient, mais certains estiment qu'elle n'a pas été un levier à l'acceptation du traitement. Ainsi le patient U4 estime que son médecin ne lui a pas donné assez d'information, et ne l'a notamment pas informé sur la nature du traitement. « *Elle me l'a prescrit comme elle aurait prescrit autre chose, genre pas un antidépresseur quoi, et c'est en lisant la notice que j'ai compris qu'elle pensait que j'étais dépressive, et je ne l'ai pas ressenti dans le cabinet* ». Et pour U7 « *il n'y avait pas vraiment d'explication* ». Certains patients souhaitaient que leur médecin soit plus directif, d'autres plus explicatif. Ainsi le patient U6 dit « *si mon médecin m'avait dit écoute-moi, fais-moi confiance, tu en as vraiment besoin, j'aurais peut-être accepté* ». Le patient U7 décrit son médecin comme peu enclin à discuter de ce genre de choses « *c'est le côté humain, mon médecin d'avant était quand même très froid* ».

La dimension humaine joue donc ici un rôle non négligeable, qui aurait pu faire basculer la balance vers l'acceptation du traitement, de manière plus précoce.

4.5. Liés à l'entourage

Il ressort dans ces entretiens, que du fait que la dépression soit **une maladie dont peu de personnes parlent**, les cas de troubles du moral dans l'entourage des patients sont

souvent des dépressions sévères et de mauvaise évolution. En effet, dans ces cas précis, les symptômes sont assez importants pour être visibles de l'extérieur, contrairement aux personnes qui souffrent d'épisodes dépressifs modérés, et qui vivent souvent leurs troubles seuls. Si on rajoute à cela la confusion qui semble parfois être faite entre différentes pathologies psychiatriques, les patients dont on s'intéresse ici ne se retrouvent pas, et ne peuvent pas s'identifier à ces situations. Ils ne se sentent donc pas dépressifs et ils ne partagent pas leurs vécus avec leurs proches :

- U3 « *j'ai ma belle-mère qui est dépressive mais elle n'en parle pas, elle a eu des traitements qui n'ont pas marché. Ma maman en a déjà pris aussi mais on n'en parle pas* ».

- U4 « *j'ai connu ma mère qui était très longtemps sous antidépresseurs, je me suis dit qu'il ne fallait pas que je tombe dedans, elle a fait plusieurs séjours à l'hôpital, en psychiatrie* », « *mon grand-père, lui, il a fait une énorme dépression, et pour le coup c'était difficile* ».

Les thérapeutiques utilisées sont probablement également différentes, ce qui peut justifier d'une crainte accrue des effets secondaires avec la confusion des traitements :

- U2 « *un de mes fils, il a une situation compliquée, le soir il est amorphe, il prend du Valium®, c'est ça un antidépresseur ?* ».

- U6 « *ma mère, ma sœur qui tournent au Lexomil® depuis des années, je me suis dit je ne veux pas rentrer dans ce cercle vicieux* ».

- U7 « *antécédent de perte de son père par suicide et dépression chronique chez sa sœur* ».

- U11 « *un ami de mon père, qui avait été soigné par traitement, ça l'a mis complètement à l'envers, mais je ne savais pas ce qu'il avait comme traitement* ».

Ainsi, certains patients se sentent **seuls dans le vécu de leur maladie**, et ils ont besoin de repères dans leur pathologie, et de voir que pour certains, le traitement antidépresseur a pu fonctionner :

- U6 « *rencontrer quelqu'un qui en prenait, aller le voir, discuter avec lui, ça m'aurait rassuré de rencontrer quelqu'un qui a besoin de prendre des antidépresseurs et qui va mieux* ».

- U10 « *j'ai un collègue, j'ai l'impression que ça ne va pas en ce moment mais il n'en parle pas* ».

5. Les facteurs favorisants

Il est normal, dans cette étude qui s'intéresse aux patients qui refusent, ou qui ont eu des réticences à accepter, de retrouver de nombreux facteurs limitant l'acceptation du traitement. Cependant un nombre non négligeable des sujets de notre étude a fini par accepter un traitement, après des périodes de refus très variables. Nous avons donc pu identifier un certain nombre de facteurs favorisant l'acceptation, ou des pistes que les patients auraient aimé voir aborder avec leur médecin ou leur entourage.

5.1 Liés aux patients

Si les patients confondent souvent antidépresseurs et anxiolytiques, on note tout de même **une meilleure connaissance des différences entre l'anxiété et la dépression**, même si cette dernière a une bien moins bonne image que l'anxiété. Les gens reconnaissent plus facilement de souffrir de symptômes de la dépression, que de « dépression ». Ce qui peut nous donner un éventuel levier lors d'une proposition de traitement :

- U1 « *la dépression, c'est quand on n'a plus envie de rire, plus envie de se lever, plus envie de rien faire, on pleure beaucoup* ».

- U4 « *la dépression, c'est quelqu'un qui a goût à rien, l'angoisse c'est quelque chose de plus ponctuel, on pouvait l'expliquer, j'aurais préféré plutôt qu'on me dise que j'étais angoissée* ».

- U5 « *la dépression c'est vraiment l'enfermement, les pleurs, quelqu'un qui ne veut rien faire, voir personne. L'angoisse c'est appréhender tout ce qui arrive* ».

- U7 « *un gros malaise de vivre, une tristesse, l'angoisse c'est plus de la peur* ».

- U8 « *Un mal être intérieur, ce qui serait plutôt la définition de la dépression, et l'angoisse des craintes.* »

Certains patients relativisent très bien le but des anxiolytiques et des antidépresseurs et connaissent leurs rôles :

- U2 « *ça peut aider à passer au-dessus d'une situation, mais ça ne les résout pas* ».

- U6 « *s'ils prennent des antidépresseurs c'est qu'il y a une problématique, mais la problématique ne se règle pas seule* ».

- U9 « *les anxiolytiques c'est pour enlever de la souffrance, tandis que les antidépresseurs c'est plus pour soigner votre maladie* ».

On peut donc observer que certains patients sont plus informés que d'autres, ce qui peut leur permettre parfois, quand les connaissances sont assez solides, de refuser, ou d'accepter, mais de manière objective. Ainsi, le patient U10, cadre infirmier en psychiatrie, est logiquement capable de définir complètement le but des traitements et il connaît les pathologies, mais il n'a cependant jamais accepté le traitement, malgré une souffrance évidente. Il a réussi à s'en sortir seul avec des solutions paramédicales et avec son médecin. On peut donc commencer à se poser la question du refus éclairé, qui ne serait pas toujours un échec.

5.2 Liés au traitement et à la prise en charge

Les patients ayant bénéficié de **prises en charge associées**, comme une psychothérapie, de la méditation, sont aussi les patients qui ont accepté le plus rapidement la prise en charge médicamenteuse. Ils se sont vus probablement considérés de manière plus globale et cela a été un renforçateur positif, même en cas de psychothérapie non efficace :

- U5 « j'ai eu l'accompagnement aussi chez une psychologue et j'ai fait les deux, en fait c'est très important de faire le traitement et la psychologue ».

- U7 « je suis allée voir un psychologue à l'époque, c'était curieux, aller gratter dans mon enfance ça ne me plaisait pas et financièrement c'était compliqué ».

- U8 « je lui ai demandé à aller voir un psychologue, j'ai eu 5 séances et c'est moi qui ai demandé à arrêter car il fallait que moi je trouve des solutions à mes problèmes et justement je n'en trouve pas ».

- U9 « j'ai fait de la méditation, de la relaxation... je l'ai fait pour m'en sortir et ça m'a aidée, le tout m'a aidée ».

Pour d'autres, l'homéopathie ou la naturopathie ont été un moyen de sursoir un temps à l'utilisation des antidépresseurs et de les maintenir dans un suivi. Ils ont également fini par accepter le traitement :

- U6 « j'ai essayé le L72®, l'homéopathie, ça a fait un temps, mais il y a des limites ».

- U7 « j'ai essayé les antidépresseurs en plante aussi, j'ai voulu essayer autre chose, ou du sport aussi ».

-Le patient U10 « la psychologue dont il m'a parlé, avec qui ça a moyennement accroché, ça a quand même été une aide », n'a pas suivi de traitement, mais a pu aller mieux avec des moyens alternatifs, ainsi qu'avec le suivi de son médecin traitant.

Au total, les patients qui ont pu bénéficier **de soins non médicamenteux** dans notre étude, ont tous fini par accepter le traitement, même en cas de psychothérapie non contributive, de leur point de vue. Dans un cas, le traitement n'a pas été suivi, mais le patient a pu surmonter ses troubles du moral, avec un suivi médical et une psychothérapie.

5.3 Liés à la relation médecin/patient

Un des leviers les plus importants, identifié au cours de cette étude, concerne tout ce qui est axé autour de la **relation médecin/patient**. En premier lieu, la qualité de cette relation joue un grand rôle. Certains patients sont suivis depuis longtemps par leur médecin, ce qui peut être un facteur favorisant très important. D'autres ont une confiance presque aveugle. Il s'agit d'une relation établie en amont ou avec un transfert, une entente importante dès le premier contact. Dans ces cas précis, les propositions de prises en charge auront évidemment plus de poids :

- U2 « *si je n'avais pas été bornée, j'aurais peut-être accepté, ce n'est pas la qualité de cette relation qui a joué, parce qu'il est sympa mon médecin* ».

- U5 « *Le fait de tomber sur cette interne, c'était un feeling, c'était super* ».

- U6 « *Je lui fais complètement confiance, ça fait 15 ans que je la connais et elle me connaît bien* », « *Si elle m'avait dit il y a quelques mois, écoute fais-moi confiance, j'aurais peut-être accepté* ».

- U8 « *je lui fais confiance et si j'y allais c'est que j'avais besoin d'aide, je la connais depuis qu'elle est installée* ».

- U9 « *et bien j'avais extrêmement confiance en lui, si ça avait été un autre médecin, je n'aurais pas pris les traitements* ».

- U10 « *je dirais que j'ai confiance, il y a aucun souci, vraiment, la réponse que j'ai été y chercher, ça a été la réponse que j'ai eue* ».

Il s'agit donc d'un facteur important, cependant il reste peu accessible à une intervention, une conduite à tenir type, **car il fait appel à des sentiments humains**, ou une relation établie dans le temps. On note cependant **des approches particulières qui ont su convaincre les patients**, ou qui auraient pu les convaincre. On retrouve ainsi la volonté de plusieurs consultations, même en cas de refus de traitement. De maintenir un suivi, de laisser une porte ouverte à une consultation si le patient en a besoin et de reproposer le traitement. Comme évoqué précédemment, des traitements alternatifs ont pu être proposés par les médecins, psychothérapie, homéopathie, en attendant que le patient se décide à accepter. Les informations données ont également pu convaincre :

- U5 « *le médecin était là pour moi et que si j'avais besoin je pouvais l'appeler* », « *elle m'a convaincu qu'il n'y avait pas d'accoutumance, qu'il fallait que je l'accepte, que je lui laisse le temps de se mettre en place... que je me fasse aider par une psychologue* ».

- U7 « *j'aurais aimé qu'on insiste un peu, avec un suivi, pour voir l'efficacité du traitement et d'en parler de façon plus rapprochée* ».

- La patiente U8 a ainsi eu un suivi pendant longtemps avec le même médecin, avec plusieurs consultations, prise en charge psychologique, homéopathie, avant qu'elle accepte le traitement.

- U10 « *s'il m'avait reconvoqué peut-être, je suis parti avec mon ordonnance sans suivi, s'il m'avait reconvoqué au bout de 15 jours en disant cette fois ça ne va pas mieux* ».

Le « **feeling** » est particulièrement mis en évidence auprès des patients qui ont changé de médecin, vu un interne ou un remplaçant, et avec qui la relation a tout de suite bien marché. Ces patients ont rapidement accepté le traitement après ce nouveau contact. Ainsi le patient U3 a accepté peu de temps après avoir changé de médecin traitant, avec qui il s'entendait mieux. Le patient U5 rencontre une interne « *le fait de tomber sur cette interne, c'était un feeling, c'était super* ». Elle a également tout de suite accepté. La notion d'un second avis allant dans le même sens rentre également en compte dans ces situations.

Le temps alloué aux consultations dépasse rarement 20 minutes selon les patients interrogés. Tout ceci semble s'appliquer aux personnes qui traversent des épisodes dépressifs non sévères, qui ont encore une capacité de réflexion, ou chez des patients de niveaux socio-culturels élevés, qui ont besoin de prendre la décision eux-mêmes, avec des explications parfois détaillées.

Concernant les patients qui souffrent d'anhédonie, ou d'aboulie, renfermés sur eux-mêmes, et non ouverts à la discussion, une stratégie plus directive semble plus efficace :

- U3 « *il m'a fait comprendre que je n'étais vraiment pas bien, il a trouvé les mots pour me convaincre, que je n'avais pas d'échappatoire* ».

- U6 dit « *si mon médecin m'avait dit écoute moi, fais-moi confiance, tu en as vraiment besoin, j'aurais peut-être accepté* ».

- U8 « *comme je vous l'ai dit, je n'avais pas d'autres solutions, elle m'a dit de le prendre je l'ai pris, même si ce n'était pas de gaité de cœur* ».

À noter que seuls les patients U8 et U11 rapportent que l'avis d'un psychiatre aurait pu leur faire accepter un traitement antidépresseur. Les autres patients ont plus confiance en leur médecin traitant.

5.4 Liés à l'entourage

Si les patients souffrant de dépression partagent peu entre eux, ils arrivent parfois à en parler à **leurs proches pour obtenir du soutien**. Cela peut être un facteur positif dans la prise en charge globale de la pathologie, mais parmi les patients interrogés, aucun ne fait ressortir le soutien de proches comme directement déterminant dans l'acceptation de traitements antidépresseurs. Certains n'osent pas demander ce soutien, alors qu'il leur aurait été bénéfique :

- U1 « *mon mari l'a bien pris, au début il me disait il faut que tu te fasses soigner* ».

- U2 « *dans ma famille ça aurait été, mon entourage je pense l'aurait compris* ».

- Le patient U9 a beaucoup été conseillé par sa famille concernant les traitements de soutien, notamment son ami et son fils qui lui ont conseillé la méditation et la relaxation, qui lui ont permis de progresser vers l'acceptation du traitement.

Le patient U8, n'a pas été effrayé par les mauvaises expériences qu'il a pu observer dans son entourage. Cela a même été un facteur positif, car il voulait débiter le traitement avant que cela ne devienne aussi sévère que pour les personnes qu'il connaît *« il a été hospitalisé pour ça, je pense que j'en suis qu'au début et je ne voulais pas que ça arrive »*.

Concernant les facteurs limitants, nous avons relevé que les patients étaient globalement isolés dans leur pathologie, sans points de repère, malgré la prévalence importante de cette pathologie. Ainsi, des patients verbalisent très bien le fait que **d'être en lien avec d'autres personnes souffrant de la même pathologie qu'eux**, ou a minima savoir que des patients dans la même situation ont pu s'en sortir avec le traitement qui leur est proposé par leur médecin généraliste, pourrait être une aide :

- U4 *« peut-être que ça m'aurait donné une autre vision que celle de ma mère, pour qui j'ai vu le plus lourd de la dépression »*.

- U6 *« rencontrer quelqu'un qui en prenait, aller le voir pour discuter avec lui, ça m'aurait rassuré surtout, rencontrer quelqu'un qui a une situation similaire à la mienne qui a besoin de prendre des antidépresseurs et qui va mieux »*.

Au total, chaque patient vit sa pathologie à sa façon, ses attentes peuvent être diverses et varier en fonction de son stade de dépression, de son vécu et ses capacités à comprendre ce qu'il vit. Nous allons donc tenter de faire ressortir des pistes de réflexion et de conduite à tenir en fonction des résultats que nous avons obtenus.

IV. DISCUSSION

1. Forces et faiblesses de l'étude

1.1. Conception de l'étude : population et thème, biais de sélection, déclaratifs, et d'implication

Notre recherche avait un caractère original puisque son objectif était de comprendre et d'explorer des comportements, des représentations mal connus et un problème complexe. Parler de dépression et de psychiatrie peut être un sujet sensible et délicat. Une recherche qualitative nous semblait donc être la méthode la plus adaptée pour répondre aux objectifs de cette étude.

Il peut exister des biais de recrutement. Le recueil des patients s'est fait auprès de médecins généralistes de Haute-Loire qui nous ont transmis les coordonnées des sujets (avec leur accord signé, cf annexe 2). Nous avons donc fixé des rendez-vous au domicile des patients ou au cabinet de leur médecin généraliste en fonction de leurs disponibilités. Ceci a pu favoriser l'acceptation et l'implication des sujets dans l'étude.

Bien qu'il y ait saturation des données, la taille de l'échantillon ne s'élève qu'à 11 patients. Cela s'explique par la difficulté à solliciter les praticiens souvent peu disponibles et par un thème délicat. Toute la population habite en Haute-Loire et a été volontaire pour participer à l'étude, c'est-à-dire intéressée par le thème qui est particulièrement difficile à aborder. Nous ne savons pas si des patients ont refusé la proposition de leur médecin généraliste. Nous n'avons pas là un échantillon représentatif des patients de médecine générale à l'échelle nationale. Nous ne pouvons en tirer qu'un ressenti d'une minorité qui n'est pas extrapolable à la population générale.

Le thème de l'étude peut amener à un biais déclaratif : en effet, il peut entraîner certains patients à être peu à l'aise ou vouloir se renfermer sur eux-mêmes, et ne pas pouvoir ou vouloir exprimer tout ce qu'ils ont pu vivre.

Concernant la validité externe de notre recherche, nous avons un échantillon varié en termes d'âge et de niveau d'étude. La répartition des genres est nettement en faveur d'une prédominance féminine, qui reste en adéquation avec l'épidémiologie de la dépression.

1.1. Réalisation des entretiens : biais déclaratifs, biais de méthode, biais de mémorisation

L'enregistrement des entretiens a permis d'éviter le biais de mémorisation et d'être réellement dans un échange dynamique. Cependant, la formation de l'enquêteur en

recherche qualitative n'était que théorique. Il a donc réalisé ses premiers entretiens semi-dirigés dans le cadre de sa première recherche clinique. Ceci a pu diminuer la diversité et la pertinence de l'exploration du sujet. Sa grille d'entretien a pu le guider pour ne pas omettre les thèmes les plus importants.

Ce questionnaire d'entretien, bien que composé uniquement de questions ouvertes, a parfois permis d'obtenir uniquement des réponses succinctes, chez des patients réservés ou peu impliqués dans l'entretien. L'enquêteur a pour cela utilisé autant que possible des silences, des reformulations, des relances afin de garder une attitude ouverte.

La réalisation de questions ouvertes par entretiens semi-dirigés permet une grande liberté de parole et d'obtenir des réponses de meilleure qualité. Des questions ouvertes, même dans un questionnaire, ont tendance à obtenir des réponses plus succinctes, mais sans le sentiment du regard ou du jugement d'une autre personne avec un anonymat de fait. Certaines personnes ont émis des doutes sur la réalité de l'anonymat. Pour prévenir cet éventuel biais déclaratif, le chercheur a bien insisté sur l'anonymat de l'enregistrement et l'absence de jugement sur le contenu des réponses.

Le fait que la personne qui réalise l'entretien soit elle-même médecin a pu entraîner un biais de motivation et de déclaration, surtout concernant les patients pour qui l'entretien s'est déroulé au sein de leur cabinet médical habituel. L'enquêteur a bien précisé au début de chaque interview qu'il travaillait en tant que chercheur et non comme médecin.

1.2. Analyse des données, biais d'interprétation

Nos entretiens semi-dirigés ont permis de faire émerger des informations variées et parfois inattendues, ce qu'une analyse quantitative n'aurait sans doute pas permis. La durée de certains entretiens (12 minutes) est relativement courte. Cependant les temps d'interview sont variés et ont dépassé pour certaines 30 minutes. Toutes les interviews ont pu être menées à leur terme. Les sujets, même si certains ont été plus réservés, ont tous participé intégralement. L'analyse des données a été réalisée sur le verbatim retranscrit entièrement, afin de limiter l'interprétation des données. Une double analyse des verbatims a été réalisée permettant une triangulation des données, et ainsi de diminuer une éventuelle part de subjectivité du rédacteur et donner plus de validité interne à nos résultats.

2. Réflexion, analyse des résultats

On a donc pu, grâce à l'analyse des verbatims, identifier deux groupes de patients parmi les patients qui refusent le traitement. Un **groupe de patients dits « participatifs », qui correspond à des patients qui souhaitent être acteurs de leur prise en charge**, avec une décision qui leur revient. **Un groupe de patients dits « passifs », chez qui une attitude plus directive semble plus efficace.**

2.1. Les patients participatifs

On a donc pu voir que certains patients souffrent de dépression légère à modérée, ou traversent une période transitoire suite à un événement de vie négatif, mais pour qui, le médecin traitant a jugé utile de débiter un traitement. Certains ont un niveau socio-économique plus élevé qui les amène à être plus réfléchis. On retrouve un désir de devoir contrôler leur prise en charge, d'en être les décideurs principaux. Cependant, on note des connaissances parfois succinctes concernant la dépression, surtout concernant les prises en charge médicamenteuses, qui sont souvent confondues avec la prise en charge de l'anxiété ou d'autres pathologies psychiatriques. Certains patients ne seront pas observants à la première proposition du traitement, puisqu'il leur faut un temps de réflexion avant de l'accepter ou de le refuser. Il ne faut donc pas se formaliser à une acceptation ou un refus simple.

L'attitude qui semble la plus efficace à avoir, s'apparente donc plus à une éducation thérapeutique du patient et un apprentissage de la pathologie qui nécessite de se faire lors d'un suivi et de consultations rapprochées. Il s'agit-là de pistes de réflexion et toute la difficulté est de s'adapter aux attentes de chaque patient. Ainsi, deux temps de prise en charge peuvent être identifiés avant l'acceptation :

- L'écoute, à laquelle il ne faut pas hésiter à consacrer une consultation entière et dédiée ; d'une part, parce que dans cette pathologie le patient peut avoir besoin d'exprimer ses souffrances, ses ressentis, car les patients sont souvent isolés ; d'autre part, et dans le sujet qui nous concerne, il s'agit d'identifier les attentes du malade en termes de prise en

charge, d'évaluer ses connaissances, ses inquiétudes en termes de traitement et de comprendre où il se situe par rapport à sa pathologie. Le médecin pourra alors répondre à ses questions, le rassurer sur les effets secondaires, la dépendance, l'efficacité, et le pronostic.

- Un temps de réflexion. Certains patients désireront probablement une prise en charge médicamenteuse dès le début. Mais parmi ceux qui refuseront, il faut respecter un temps de réflexion. Leur proposer de les revoir de façon systématique s'ils acceptent et même si cela va de soi, leur rappeler que le médecin est disponible pour eux à tout moment. Cela peut être un temps pour proposer des solutions alternatives et paramédicales (suivi psychologique, naturopathie, sophrologie...). Tout ceci peut permettre d'enrichir leur réflexion.

L'acceptation sera une décision qui viendra d'eux-mêmes, puisqu'ils ont besoin de contrôle, de s'en sortir seuls pour ne pas se sentir faibles. Donc, tout le temps qui aura été pris, sera une période destinée à accepter la main qui leur est tendue.

On note le cas d'un patient, pour lequel le refus est intervenu malgré une très bonne connaissance et réflexion sur la pathologie ; et qui n'a pas eu de conséquence néfaste sur sa santé mentale a priori. Ici, le refus semble donc acceptable et éclairé, sous couvert d'un suivi des signes d'aggravation.

2.2. Les patients passifs

À l'inverse des cas décrits précédemment, certains patients évoluent plutôt sur un mode passif. Ceci peut être dû à leur personnalité ou à leur pathologie, ou bien à des stades plus sévères ou plus enkystés de dépression. Ces personnes ont une aboulie ou une anhédonie qui apparaît au premier plan. Il semble falloir les considérer comme incapables de prendre une décision seuls. Notre étude a montré que pour quelques cas, le fait d'être directif dans la proposition du traitement a pu (ou aurait pu) faire accepter la prise en charge proposée. Si on identifie ces patients « passifs », il ne faut pas leur laisser le choix du traitement : cela signifie qu'il faut une phase d'écoute, d'analyse dans l'empathie, afin de leur montrer qu'on a compris la situation et qu'il n'y a pas d'autres solutions. Il peut être important de bien identifier ces patients à considérer comme étant dans un état plus sévère, afin de pouvoir leur permettre une prise en charge plus rapide et plus adaptée (avis spécialisé psychiatrique).

2.3. Mesures générales et collectives

La dépression et ses traitements sont victimes d'une image très péjorative, pour laquelle il est très difficile d'intervenir à l'échelle individuelle, mais qui a été identifiée comme un frein majeur au cours des entretiens. Le terme qui ressort le plus souvent est celui de « maladie honteuse ». Ceci a pour conséquence un tabou responsable d'un

isolement des patients, qui n'osent pas en parler à leurs proches ou à leur entourage. Il manque également au patient un repère dans lequel s'identifier.

Concernant l'image péjorative, une des solutions pourrait être de mettre en place des campagnes d'information, par divers médias (presse, internet...), ou une meilleure information des patients par de la documentation en cabinet de médecine générale, sur le modèle de dépistages organisés. Le but étant de délier les langues et de permettre aux patients d'en parler avec leurs proches. Ceci permettrait également une meilleure compréhension par les patients des dépressions et de leur traitement. Un site d'information soutenu par Santé Publique France ⁽²⁹⁾ existe déjà ; peut-être serait-il nécessaire d'en faire plus la promotion ?

Les clichés étant parfois durs à combattre, il est nécessaire de trouver des pistes de réflexion, autour des patients identifiés comme souffrant de dépression. Ainsi, au cours des entretiens, des patients ont commencé à apporter une réflexion qui consisterait à pouvoir organiser des rencontres avec des personnes souffrant de la même pathologie (« patients experts »). Celles-ci pourraient se faire sous la forme d'entretiens individuels ou collectifs, afin de confronter les expériences et de rassurer les patients sur l'évolution possible de la maladie.

Une autre piste possible serait d'incorporer la dépression aux missions de santé publique confiées aux réseaux infirmiers ASALEE ⁽³⁰⁾. Ceux-ci pourraient permettre de

maintenir les patients dans un suivi de prise en charge et d'apporter des informations plus précises, avec plus de temps allégué aux patients.

2.4. Relation médecin/patient

À tout cela s'ajoute une dimension humaine non négligeable et qui est difficilement maîtrisable. Comme il s'agit ici d'explorer le vécu des patients, d'essayer de comprendre leurs souffrances, certains médecins peuvent être moins à l'aise avec ce sujet ou être moins réceptifs à ce type de souffrance. En effet, certains patients ont eu le sentiment de ne pas être écoutés ou compris. S'il n'y a pas cette entente et relation de confiance médecin/patient et la prise de temps nécessaire, la communication s'en retrouve limitée et il est donc difficile de mettre en place les pistes que nous avons pu explorer.

V. CONCLUSION

La dépression en France est sous-évaluée. Une part importante de patients n'a jamais pris contact avec un professionnel de santé pour une prise en charge de cette pathologie. Pour les personnes se décidant à consulter, une appréhension des traitements de la dépression concernant les antidépresseurs freine parfois une acceptation de cette prise en charge. Les causes de cette appréhension sont peu connues. Nous avons donc souhaité explorer, à travers une étude qualitative, les connaissances, les représentations, les profils des patients refusant un traitement proposé.

Ce qu'il en ressort, c'est qu'il est difficile de conclure à une conduite à tenir unique pour favoriser l'acceptation d'un traitement antidépresseur. Nous avons cependant apporté des pistes pour la compréhension de ce phénomène et pu identifier deux profils de patients. Un profil de patient actif dans sa prise en charge, avec des dépressions peu sévères des patients qui ont besoin de réfléchir et de participer à leur prise en charge. Ceci afin de décider eux-mêmes de suivre le traitement. Pour ces patients, l'enjeu est une éducation thérapeutique détaillée avec le respect d'un temps de réflexion. Un profil de patient passif, correspondant à des dépressions plus sévères ou enkystées, avec des patients réservés, anhédoniques, abouliques, pour lesquels une attitude plus directive semble plus efficace.

Cependant, la dépression est sujette à une représentation très péjorative, individuelle et collective, raison pour laquelle il est très difficile de discuter avec son entourage et de s'accepter comme dépressif. Les patients vivent ainsi souvent leur pathologie seuls. Cette représentation est favorisée par une nette confusion entre les différentes thérapeutiques des troubles de l'humeur et de l'anxiété de leurs effets secondaires. La notion de perte de contrôle, ou de l'estime de soi s'ils n'arrivent pas à s'en sortir seuls, ressort également comme un frein important.

Pour combattre ceci, des campagnes d'information, par voie de presse, documentation en cabinet pourraient permettre une meilleure compréhension, et inciter les patients à consulter si nécessaire. Un site soutenu par le gouvernement « <http://www.info-depression.fr/> » existe mais n'est pas connu des patients interrogés pour cette étude. Des entretiens, individuels ou collectifs, avec des patients souffrant de dépression, permettraient de sortir les patients de leur solitude, de voir différentes évolutions et d'obtenir de meilleures connaissances. Des entretiens avec des infirmières de santé publique ASALEE permettraient également ceci.

Enfin, concernant les praticiens, un temps d'écoute et d'empathie est nécessaire, chaque situation étant différente. Et surtout ne pas rester sur un échec de proposition, le processus d'acceptation pouvant être long et nécessaire. Ils peuvent s'aider pour cela de mesures associées, psychothérapie, homéopathie, naturopathie, sophrologie, pour maintenir un suivi. Une telle approche pourrait permettre aux patients de refuser toute mesure chimique, de manière éclairée.

Clermont-Ferrand, le
Pierre CLAVELOU
Doyen - Directeur

Clermont-Ferrand, le 03/05/2019
Le Président du Jury
Georges BROUSSE



A handwritten signature in black ink, appearing to be 'G. Brousse', written over a faint, circular stamp.

Annexe 1 : Grille d'entretien

-Présentation de l'étude.

-Age sexe profession.

-Contexte de la proposition du traitement, acceptation ensuite ou non.

THEME 1 : Traitement antidépresseur : appréhension, effets secondaires et efficacité

-Quelles étaient vos appréhensions concernant le traitement proposé ? Effets secondaires, dépendance, durée du traitement.

-Quelles étaient vos interrogations sur l'efficacité du traitement ?

-Quels mots vous viennent à l'esprit quand on vous dit antidépresseur ?

-THEME 2 : Manque de connaissance/information

-Qu'est-ce que vous connaissiez sur

-L'angoisse ?

-La dépression ?

-Les anxiolytiques/benzodiazépines ?

-Les antidépresseurs ?

-Quelle en était pour vous la définition ?

-THEME 3 : Représentation et conséquences d'un diagnostic de dépression

-Quelles étaient vos représentations du traitement/diagnostique par rapport à la psychiatrie ?

-Quelles étaient vos représentations du traitement par rapport à la société ?

-Quelles étaient vos peurs des conséquences d'un tel diagnostique sur votre vie privée ?

-Quelles étaient vos peurs des conséquences d'un tel diagnostique sur votre vie sociale et professionnelle ?

-Quels sont les retours d'expériences concernant des personnes que vous connaissez, et cela a-t-il été un frein ou un facteur favorisant ?

-THEME 4 : prise en charge globale, traitements associés

-Qu'est-ce que vous ressentiez à ce moment-là et qui aurait pu justifier l'utilisation d'antidépresseurs ?

-Aviez-vous les mêmes appréhensions concernant les anxiolytiques ?

-En quoi la relation avec votre médecin a-t-elle pu influencer l'acceptation ou la non-acceptation de votre traitement ? Et qu'est ce qui aurait pu la favoriser ? Temps passé en consultation

-Quel aurait pu être votre réaction si un spécialiste "psychiatre" vous avez proposé le traitement ?

-Quelles alternatives à ce traitement connaissez-vous ? Qu'est-ce qu'on vous a proposé d'autre ?

-THEME 5 : libre expression

-Qu'est-ce qui a pour vous a freiné ou favorisé l'acceptation du traitement ?

-Qu'est ce qui aurait pu favoriser cette acceptation ?

ANNEXE 2 : CONSENTEMENT PATIENT

Je, soussigné(e) _____ né(e) le _____ déclare accepter, librement, et de façon éclairée, de participer comme sujet au protocole de thèse de Mr CHARDENOUX Amaury et déclare accepter que mes coordonnées soient transmises à l'investigateur principal.

Investigateur principal : CHARDENOUX Amaury, doctorant en médecine générale à la faculté de médecine de Clermont-Ferrand. Email : ***** Numéro : *****

But de l'étude : Exploration des appréhensions et des craintes des patients concernant les antidépresseurs.

Engagement du participant : l'étude va consister en un entretien avec l'investigateur principal, d'une heure maximum, qui n'est pas un rendez-vous médical. Durant lequel la personne interrogée pourra s'exprimer librement à propos de différents sujets concernant les antidépresseurs et les traitements associés.

Engagement de l'investigateur principal : en tant qu'investigateur principal, il s'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies. Il s'engage également à fournir aux participants tout le soutien permettant d'atténuer les effets négatifs pouvant découler de la participation à cette recherche.

Liberté du participant : le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le sujet.

Information du participant : le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche.

Confidentialité des informations : toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle. Le traitement informatique n'est pas nominatif, il n'entre pas de ce fait dans la loi Informatique et Liberté. Cette recherche n'ayant qu'un caractère psychologique, elle n'entre pas de ce fait dans la loi Huriet-Sérusclat concernant la protection des personnes dans la recherche bio-médicale. La transmission des informations concernant le participant pour l'expertise ou pour la publication scientifique sera elle aussi anonyme.

Déontologie et éthique : l'investigateur principal s'engage à préserver absolument la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations concernant le participant selon l'Article 4 (article R.4127-4 du code de la santé publique).

Fait à _____ le _____ en 2 exemplaires.

Signatures précédées de la mention lu et approuvé :

Le participant

L'investigateur principal

BIBLIOGRAPHIE

- 1-E. Sekera, M. Archinard, H. Stalder L'état dépressif, PrimaryCare 2004;4: Nr. 14
- 2-Rapport épidémiologique de l'INPES en France, la santé de l'homme n°421 sept oct 2012
- 3-Rapport de l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament) concernant l'état des lieux de la consommation de benzodiazépines en France en avril 2017
- 4-A.Pélissolo, F.Maniere, B.Boutges, M.Allouche, C.Richard-Berthe, E.Corruble : Troubles anxieux et dépressifs chez 4 425 patients consommateurs de benzodiazépines au long cours en médecine générale : Elsevier L'Encéphale Volume 33, Issue 1, February 2007, Pages 32-38
- 5-FRANZ G. ZITMAN, JAAP E. COUVÉE : Chronic benzodiazepine use in general practice patients with depression: an evaluation of controlled treatment and taper-off : The british journal of psychiatry Volume 178, Issue 4 April 2001 , pp. 317-324
- 6-Critères diagnostiques et de sévérité de l'épisode dépressif caractérisé résumés par la HAS basé sur le CIM 10 et le DSM 5 : Organisation Mondiale de la Santé. (1993) CIM-10. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(DSM-5) American psychiatric association 2013
- 7-Jonathan Brett, Bridin Murnion Management of benzodiazepine misuse and dependence Aust Prescr. 2015 Oct; 38(5): 152–155
- 8-HAS, Bon Usage du Médicament, quelle place pour les benzodiazépines dans l'anxiété ?
- 9-N.Authier, D.Balayssac, M.Sautereau, A.Zangarelli, P.Courty, A.A.Somogyi, B.Vennat, P.-M.Llorca, A.Eschalier. Dépendance aux benzodiazépines : le syndrome de sevrage. Annales Pharmaceutiques Françaises Volume 67, Issue 6, November 2009, Pages 408-41
- 10-Denis C, Fatséas M, Lavie E, Auriacombe M. Pharmacological interventions for benzodiazepine mono-dependence management in outpatient settings. Cochrane Database Syst Rev 2006;3:1—19

11-Picton JD, Marino AB, Nealy KL, Benzodiazepine use and cognitive decline in the elderly. *Am J Health Syst Pharm*. 2018 Jan 1;75(1):e6-e12

12-M.Uhart, E.Oudouard, C.Carlier, P.Maire, M.Ducher, L.Bourguignon. Relation entre consommation de benzodiazépines et chutes en gériatrie : étude multicentrique dans trois établissements gériatriques d'un CHU. *Annales Pharmaceutiques Françaises* Volume 70, Issue 1, January 2012, Pages 46-52

13- Ho SC, Chong HY, Chaiyakunapruk N, Tangiisuran B, Jacob SA. Clinical and economic impact of non-adherence to antidepressants in major depressive disorder: A systematic review. *J Affect Disord*. 2015;193:1–10. Epub 2016/01/11

14- Sawada N, Uchida H, Suzuki T, Watanabe K, Kikuchi T, Handa T, et al. Persistence and compliance to antidepressant treatment in patients with depression: a chart review. *BMC psychiatry*. 2009;9:38 Epub 2009/06/18

15- Aikens JE, Nease DE Jr., Nau DP, Klinkman MS, Schwenk TL. Adherence to Maintenance-Phase Antidepressant Medication as a Function of Patient Beliefs About Medication. *Annals of Family Medicine*. 2005;3(1):23–30

16- Banerjee S, Varma RP. Factors Affecting Non-Adherence among Patients Diagnosed with Unipolar Depression in a Psychiatric Department of a Tertiary Hospital in Kolkata, India. *Depression Research and Treatment*. 2013;2013:12

17- Sawada N, Uchida H, Suzuki T, Watanabe K, Kikuchi T, Handa T, et al. Persistence and compliance to antidepressant treatment in patients with depression: a chart review. *BMC psychiatry*. 2009;9:38 Epub 2009/06/18

18- Jorm AF, Christensen H, Griffiths KM. Belief in the harmfulness of antidepressants: Results from a national survey of the Australian public. *Journal of Affective Disorders*. 2005;88(1):47–53

19- Chakraborty K, Avasthi A, Kumar S, Grover S. Attitudes and beliefs of patients of first episode depression towards antidepressants and their adherence to treatment. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2009;44(6):482–8. Epub 2008/11/18

- 20-Kessing LV, Hansen HV, Demyttenaere K, Bech P. Depressive and bipolar disorders: patients, attitudes and beliefs towards depression and antidepressants. *Psychological medicine*. 2005;35(8):1205–13. Epub 2005/08/25
- 21-Siew Ching Ho, Sabrina Anne Jacob and Balamurugan Tangiisuran : Barriers and facilitors of adherence to antidepressants among outpatients with major depressive disorders : A qualitative study. 2017 jun 14. doi: 10.1371/journal.pone.0179290
- 22-van Grieken RA, Beune EJ, Kirkenier AC, Koeter MW, van Zwieten MC, Schene AH. Patients perspectives on how treatment can impede their recovery from depression. *J AffectDisord*. 2014;167:153–9. Epub 2014/06/28
- 23- J.-V.Blanc, P.Nuss, F.Curt, N.Bruno : Adhésion et représentations des antidépresseurs chez des patients hospitalisés pour épisode dépressif majeur : Elsevier *European Psychiatry* Volume 29, Issue 8, Supplement, November 2014, Pages 649-650
- 24- Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L. Introduction a la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;19(84):142-5
- 25- I-Busaidi ZQ. Qualitative research and its uses in health care. *Sultan Qaboos University medical journal*. 2008;8(1):11–9. Epub 2008/03/01
- 26-A.BLANCHET,A.GOTMAN.L'enquête et ses méthodes, l'entretien. *Sociologie* 128, Armand Collin, 2^{ème} ed, 2007
- 27-George I. Papakostas, MD Cognitive Symptoms in patients with Major Depressive Disorder and Their Implications for Clinical Practice *J Clin Psychiatry* 2014;75(1):8-14
- 28-Thorne S. Data analysis in qualitative research. *Evid Based Nurs*. 2000 ;3 :68-70
- 29- Site gouvernemental de santé publique France concernant la dépression www.info-depression.fr
- 30-Avis de la HAS sur le protocole de coopération ASALEE

(Conseil national de l'ordre des médecins)

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) 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.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISEIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

CHARDENOUX Amaury

Représentations, facteurs limitant et favorisant l'acceptation des antidépresseurs en médecine générale. Une étude qualitative auprès de patients ayant initialement refusé un antidépresseur en Haute-Loire.

RESUME

Introduction : Une surconsommation chronique de benzodiazépines est constatée depuis longtemps en France. Celle-ci contraste avec une prévalence importante des troubles de l'humeur non traités. Les études montrent qu'une meilleure prise en charge de ces troubles permet de diminuer cette surconsommation. Un des freins constatés est une difficulté d'acceptation des antidépresseurs.

Objectifs : Explorer les facteurs limitant et favorisant l'acceptation des antidépresseurs, ainsi que leur représentation chez des patients ayant eu des difficultés à accepter un traitement.

Méthode : Étude qualitative par entretiens semi-dirigés, auprès de patients ayant initialement refusé un traitement antidépresseur proposé pour la première fois. Recrutés auprès de médecins généralistes en Haute-Loire. Analyse thématique sur retranscription littérale.

Résultats : 11 entretiens, incluant 8 femmes et 3 hommes, d'âge moyen 48 ans, ont été réalisés entre Janvier 2018 et Novembre 2018. Notre échantillon comprenait 8 patients qui ont fini par accepter le traitement, et 3 qui ne l'ont jamais accepté. L'analyse qualitative nous a permis de définir deux profils de patients : les patients participatifs et acteurs de leur prise en charge, et les patients passifs. Les facteurs limitant l'acceptation identifiés sont : un manque de connaissance important, avec une confusion parmi les traitements psychotropes, entraînant une peur accrue de la dépendance et de la somnolence ; une représentation très négative de la pathologie dépressive, une volonté de guérir seuls, par fierté ; un traitement trop long à être efficace ; un refus parfois symptomatique d'une aboulie, anhédonie ; certaines relations médecin/patient ; et des patients souvent isolés dans leur pathologie. Concernant les facteurs favorisant, on retrouve : une meilleure connaissance des pathologies que de leurs traitements ; une meilleure éducation à la pathologie ; la mise en place de mesures paramédicales associées ; des consultations répétées en cas de refus, un temps de réflexion ; la qualité de la relation médecin/patient ; le soutien de proches. Certains patients émettent le souhait de pouvoir prendre contact avec d'autres patients afin de partager leurs expériences.

Conclusion : L'acceptation des antidépresseurs peut être un processus long et multifactoriel, qu'il faut savoir respecter et encadrer. Une meilleure connaissance pour les médecins de ces facteurs pourrait réduire ce délai, ainsi qu'une meilleure information collective ou individuelle.

MOTS-CLES : Antidépresseurs, représentation, acceptation, facteurs limitants, facteurs favorisants, étude qualitative, Médecine Générale, Haute-Loire

JURY

Directeur: Monsieur TESSIERES Frédéric, Docteur, Brioude

Président : Monsieur BROUSSE Georges, Professeur, Faculté Médecine Clermont-Ferrand

Membres : Monsieur AUTHIER Nicolas, Professeur, Faculté Médecine Clermont-Ferrand
Monsieur VORILHON Philippe, Professeur, Faculté Médecine Clermont-Ferrand
Monsieur TESSIERES Frédéric, Docteur, Brioude
Monsieur SARROU Philippe, Docteur, Langeac

DATE DE LA SOUTENANCE

Mardi 28 mai 2019