



HAL
open science

Efficienc e de la prise en charge pharmacologique et psychologique d'un patient adulte atteint d'un trouble dépressif caractérisé

Clémence Lenfant

► **To cite this version:**

Clémence Lenfant. Efficienc e de la prise en charge pharmacologique et psychologique d'un patient adulte atteint d'un trouble dépressif caractérisé. Sciences pharmaceutiques. 2022. dumas-03959884

HAL Id: dumas-03959884

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03959884v1>

Submitted on 27 Jan 2023

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.

UNIVERSITE DE ROUEN NORMANDIE
UFR SANTE – Département PHARMACIE

Année : 2022

THESE
pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN
PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement le 30 juin 2022

par

Clémence LENFANT

Né(e) le 19 mars 1998 à ROUEN

***Efficienc e de la prise en charge pharmacologique
et psychologique d'un patient adulte atteint d'un
trouble dépressif caractérisé***

Président du jury :

Jean-Marie VAUGEOIS, Enseignant-chercheur en pharmacologie

Directeur de thèse :

Clémence SCHWARTZ-PICARD, Psychologue clinicienne

Membres du jury :

Ingrid BANOVIC, Enseignant-chercheur en psychologie clinique

Mikaël DAOUPHARS, Pharmacien hospitalier

Claire GEORGIN, Docteur en psychiatrie

Annie HOURCADE, Docteur en philosophie

Thierry WABLE, Docteur en lettres modernes et en communication

*« Un vivant s'adresse à un vivant, dans le secret de vivre.
Une solitude se confie à une autre, dans le mystère d'être soi,
dans l'inconnu d'aimer ou d'être deux. »*

André Comte-Sponville, 2022

*À tous mes exceptionnels amis,
À mes réanimateurs de l'âme,
À la beauté qui forge toutes les humanités,*

Remerciements

A ma **Directrice de thèse, Clémence Schwartz-Picard,**

A vous qui vous êtes impliquée dans ce projet fou, qui avez accepté de croire en moi et en ce particulier sujet.

A vous qui avez accepté de prendre de votre temps pour soutenir et être le gardien de ce travail.

A ces séances de travail enrichissantes, passionnantes, partagées.

A la femme et au maître humain que vous êtes.

A mon co-directeur de thèse, **Jean-Marie Vaugeois**, je vous remercie pour vos articles et vos relectures.

A **Thierry Wable**, je vous remercie pour vos enseignements desquels nous sortons grandis.

Je vous remercie pour votre présence dans ce projet.

A **Mikaël Daouphars**, votre humanisme et votre ouverture font de vous un acteur privilégié dans ce travail, merci pour votre participation et pour vos enseignements si intéressants.

A **Annie Hourcade**, vous avez accepté de vous engager en qualité de docteur en philosophie, un grand merci.

A **Claire Georgin**, psychiatre renommée, et reconnue, vous avez accepté d'être présente dans ce jury et de lire ce travail en toute conscience. Je vous en remercie.

A **Ingrid Banovic**, je vous remercie pour votre participation à ce travail et pour votre lecture avisée.

A ma **grand-mère maternelle** †, Mamie, chaque jour tu m'as appris la beauté de la langue française. Chaque année, je renonçais malgré tes incitations à la lecture. Aurais-tu deviné un jour ce qui se déroule aujourd'hui ? J'aurai aimé que tu lises ce travail et que tu en sois fière,

A mon **grand-père maternel**, † je ne t'ai jamais connu mais toujours reconnu. De ton humanisme et de ta passion pour les mots, j'ai hérité. Merci de m'avoir offert ces traits de ta personnalité,

A mes **grands-parents paternels** †, trop vite partis mais jamais oubliés. A cette force de travail que vous m'avez transmise. Chère grand-mère, tu m'as légué tes angoisses passagères, j'en prendrai soin,

A mes **parents**, je vous remercie pour cette vie, pour votre amour,

A ma **famille**,

A **Jacques et Delphine**, pour leurs conseils et leur soutien sans faille,

Au **Docteur Pinquier**, vous qui m'avez fait vivre, vous resterez à jamais dans mes pensées,

A ma **sœur** †, tu m'as offert la vie, ta beauté illumine mon univers. Ton visage et ta voix résonnent dans les cieux et bercent mon existence,

A mes amies, **Inès, Lucie, Solène, Marie**, le lycée nous a soudées, la vie nous a construites, à cette amitié qui durera pour l'éternité,

A **Inès**, à nos élans vitaux, à ta joie et à ton regard qui vitalisent mon chemin,

A **Lucie**, oui, ton prénom illustre la lumière que tu représentes pour moi et cette beauté que tu transmets,

A **Solène**, merci pour ton oreille attentive, tes conseils aiguisés, tes mots réconfortants, tes lectures multiples et à nos confidences partagées. Une immense merci,

A **Marie Moneyron**, de vacances en vacances, de Hauteville à Rouen, notre amitié durera,
une écoute singulière te caractérise, à nos inédites expériences à renouveler,

Chère **Cécile**, la faculté nous a rassemblées. Ce chemin dans la difficulté étudiante, nous
l'aurons parcouru ensemble. A la beauté de ces instants de visites et de cafés partagés.

A **Léa et Mathilde**, merci pour votre aide, votre écoute et nos balades ensemble,

A **Annabelle**, malgré les difficultés, tu as été une merveilleuse marraine de cœur,

A **Maëva, Marianne, Loreen**, à notre team créée au détour d'une sortie au musée, à nos
sorties, nos verres partagés, je vous remercie,

A mes **amis de passage**, de JB ou de la faculté,

A mes **amours** à venir,

A **Sophie** de l'atelier d'écriture, tu m'as permis d'oser et tu m'aides chaque séance à croire en mes écrits, sans toi, je n'aurai écrit ce qui suit,

A **Anouchka et Bertrand Chauvet**, je vous remercie pour votre soutien, nos passionnantes rencontres, votre puissance et votre vivacité intellectuelles qui m'animent à chaque fois.

Aux **participants des ateliers d'écriture** qui acceptent de m'écouter sans me juger,

A l'équipe de la **pharmacie Cauchoise**,

A l'équipe de la **pharmacie du Musée**, une rencontre furtive mais très intéressante, merci pour votre aide et votre reconnaissance,

A l'équipe de la **pharmacie d'Acquigny**,

A Madame **Béatrice Le Roy**, vous m'avez acceptée, vous m'avez épaulée et tant aidée. Vous avez su reconnaître mon travail que vous jugez de qualité, je vous en remercie,

Je remercie **Renée Laborie** pour ses mails et ses conseils,

Je remercie **Olivia Benhamou et Clémence Schwartz-Picard**, pour les entretiens qu'elles ont accepté de mener,

Aux **psychologues et aux psychiatres** ayant répondu aux questionnaires,

Je remercie tout particulièrement **Olivier Halimi** de la SPP pour l'intérêt suscité par ce projet et pour ses encouragements,

Je remercie **Catherine et Alain Vanier** pour leur gentillesse et leurs travaux sur les enfants prématurés au nom d'Espace Analytique.

A **Pascal-Henri Keller**, qui malgré nos divergents points de vue respecte ce travail,

A **Delphine de Hauteclocque, Anaïs Jeannel de Thiersant, Béatrice Gabet, Isabelle Verriest, Anke Berger** pour vos réponses et vos expressions sincères,

A la **Maison Perchée, à l'AFTCC, au syndicat national des psychologues, au DU de TCC de la faculté de médecine de Lyon** : un grand merci pour vos diffusions,

A **Estelle Bialek**, pour nos échanges constructifs,

Mes remerciements se dirigent en premier lieu vers ma psychologue clinicienne, mon analyste. Votre écoute, votre précieuse et discrète présence font de vous une analyste et une femme exceptionnelle. Vous me faites chaque semaine découvrir votre monde. Cette exploration est un voyage vers l'intime que nous partageons. Vous explorez et rassurez ma psyché sans me juger et ceci en toute bienveillance. Jamais je ne vous remercierai assez.

A ce **divan vert** et au cabinet dans lequel il est placé. Sur toi je m'allonge, sur toi je me dresse et me redresse, sur toi je songe et sur toi je danse.

A **Thomas Husson**, de quelle manière vous remercier ? Votre humour, votre écoute, vos paroles, vos approches, votre ouverture, votre bienveillance font de vous le psychiatre de renom que vous êtes. Je vous remercie.

Cette thèse a pris sa source en tous les êtres qui m'ont aidée à traverser les épreuves vitales.

Je remercie les exceptionnelles humanités qui accepteront de lire ce travail et d'y porter un regard rempli de luminosité.

Lorsque vous lirez ce travail, j'espère que vous percevrez la présence de ces femmes et de ces hommes qui m'ont fait l'honneur de partager leur puissance et leurs connaissances.

L'Université de Rouen et l'UFR de Médecine et de Pharmacie de Rouen n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse. Ces opinions sont propres à leurs auteurs.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2021 - 2022

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Florian CLATOT	CB	Cancérologie – Radiothérapie
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication

Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET (<i>disponibilité</i>)	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mme Julie GUEUDRY	HCN	Ophtalmologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétiq
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie

Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HC	Rhumatologie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN	Virologie
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mr Damien COSTA	HCN	Parasitologie
Me Pierre DECAZES	CB	Médecine Nucléaire
M. Vianney GILARD	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Sébastien MIRANDA	HCN	Médecine Vasculaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
M. Abdellah TEBANI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEUIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Margueritta AL ZALLOUHA	Toxicologie
Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mr Chervin HASSEL	Virologie
Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Biologie Cellulaire

M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBÉ	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie officinale
M. Damien SALAUZE	Pharmacie industrielle

PAU-PH

M. Mikaël DAOUPHARS	Pharmacie
M. Pierre BOHN	Radiopharmacie

PROFESSEUR CERTIFIE

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

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

M. Eric BARAT	Pharmacie
M. Guillaume FEUGRAY	Biochimie Générale
M. Henri GONDÉ	Pharmacie
M. Paul BILLOIR	Hématologie
M. Romain LEGUILLON	Pharmacie
M. Thomas DUFLOT	Pharmacologie
Mme Alice MOISAN	Virologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Chaima EZZINE	Pharmacologie
M. Abdelmounaim MOUHAJIR	Informatique Bio-Informatique
M. Olivier PERRUCHON	Pharmacognosie
M. Maxime GRAND	Bactériologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Julien **BOUDIER** UFR Médecine Générale

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mme Elsa **FAGOT-GRIFFIN** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mr Jonathan BRETON (med)	Nutrition
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie PEZZINO	Orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

Table des matières

INTRODUCTION GENERALE	25
NOTA BENE	29
PARTIE 1	31
LE PHARMACIEN : UN EXPERT PHARMACOLOGIQUE	32
Les points généraux : stratégie et cinétique particulières	34
Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine	36
Les inhibiteurs de la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine	38
Les antidépresseurs tricycliques	39
Les antidépresseurs apparentés aux tricycliques	40
Les IMAO	41
Les autres molécules	42
LES PSYCHOTHERAPIES	46
La psychanalyse	46
Les bases théoriques	48
Les représentations sociales : accès et place du patient	51
La définition de la dépression selon la psychanalyse	52
Le soin psychanalytique de la dépression	59
La thérapie systémique	60
Les bases théoriques	60
Les représentations sociales : accès et place du patient	63
Les outils systémiques utilisés durant la thérapie	64
L'exemple de la thérapie de couple	66
Les thérapies cognitives et comportementales	71
Les bases théoriques	71
La définition de la dépression selon les thérapies cognitives et comportementales	75
Les places du patient et le déroulé global d'une thérapie cognitive et comportementale	77
La structure d'un entretien en thérapie cognitive et comportementale	77
Le déroulement de la thérapie dans le cadre dépressif	78
La méditation de pleine conscience	81
LIENS HUMAINS ENTRE LE PHARMACIEN ET LE CLINICIEN	84
Une rencontre clinique singulière	84
Une déontologie partagée	86
L'asymétrie de la rencontre	86
Les différents types d'entretien et leurs écoutes	87
La relation thérapeutique	90
Un lien de confiance	90
L'alliance thérapeutique	91
L'exposition du soignant	93
REGARDS CROISES ENTRE PROFESSIONS DE SANTE	95
Le pharmacien : un investissement vers l'humain	95
Les rôles du pharmacien dans le cadre du trouble dépressif	96
Les cadres thérapeutiques	99
Les co-interventions de la prise en charge pharmacologique	102
Le conseil médicamenteux	102
Le renforcement de l'adhérence	105
LES RESISTANCES ET LA RECHERCHE	106
Les résistances	107
Les résistances médicamenteuses	107
Les résistances psychologiques	115
Les nouvelles perspectives scientifiques	118

La dépression et l'inflammation _____	118
Les études microbiotiques _____	121
Les autres perspectives de recherches _____	122
CONCLUSION _____	125
PARTIE 2 _____	127
Introduction _____	128
Matériel et méthodes _____	129
Description de l'échantillon et présentation des résultats _____	132
Étude des attentes des patients _____	133
Étude des propositions _____	135
Analyse des durées de suivi _____	137
Études des durées de traitement et du sexe _____	140
• Le sexe influe-t-il les durées de traitements ? _____	140
• Étude de l'influence de l'âge sur la durée des thérapies _____	144
Aide apportée par la psychothérapie. _____	147
• Aide et durée de traitement psychologique _____	148
• Aide et durée de traitement médicamenteux _____	148
Étude de l'efficience _____	151
Provenance de l'efficience _____	154
Discussion _____	160
État de la santé mentale et du trouble dépressif en France. _____	160
• Place des jeunes adultes et du trouble dépressif caractérisé _____	162
• Place des femmes et dépression _____	163
• Place des hommes et dépression _____	165
Place des acteurs et leurs liaisons _____	166
• Force du médecin _____	166
• Place du médecin généraliste _____	167
• Place du psychiatre _____	170
• Qu'est-ce que la guérison et quelle place a l'humain dans sa propre survie ? _____	171
Efficience de la prise en charge mixte du trouble dépressif caractérisé _____	174
• Définition _____	174
• Approfondissement _____	174
Annexes _____	179
Psychanalyse et pharmacologie _____	180
Homéostasie _____	181
Communauté structurale _____	183
Destin pulsionnel _____	184
Sublimation _____	185
Objet partiel et total, agoniste partiel et entier _____	187
Notion de complexes _____	189
Sexualité et dépression _____	192
Place de la sexualité dans l'intimité _____	192
Dépression et sexualité _____	193
Antidépresseurs et fonction sexuelle _____	194
Les ISRS _____	195
Les IRSNA _____	196
Les autres antidépresseurs _____	196
Recommandations _____	196
Dépliant à destination des psychologues cliniciens _____	199
Réponses aux questionnaires pharmaciens _____	200

Réponses aux questionnaires des psychologues spécialisés en psychanalyse _____	201
Réponses aux questionnaires des psychologues spécialisés en thérapie systémique _____	202
Réponses aux questionnaires des psychologues spécialisés en thérapies cognitives et comportementales _____	203

BIBLIOGRAPHIE _____ 204

Listes abrégées

5HT : 5-HydroTryptamine ou sérotonine

AA : Acide Arachidonique

ADN : Acide DésoxyriboNucléique

AFTCC : Association Française de Thérapies Cognitives et Comportementales

AMPA : Acide-amino-3-hydroxy-5-méthyl-4-isoxazole propionique

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

APA : Association Américaine de Psychiatrie

APA : Activité Physique Adaptée

ARN : Acide Ribonucléique

ARNm : Acide Ribonucléique Messager

ATU : Autorisation Temporaire d'Utilisation

BDNF : Brain-Derived Neurotrophic Factor

CB : Endocannabinoïde

CIM : Classification Internationale des Maladies de l'OMS.

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CMG : Collège de Médecine Générale

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CREB : Cyclic AMP Response Element Binding protein

DAG : Diacylglycerol

DMP : Dossier Médical Partagé

DP : Dossier Pharmaceutique

DREES Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DSM : Diagnostic and Statistical Manual

EBM : Evidence Based practice Medicine

ECT : Électroconvulsivothérapie

ERK : Extracellular signal-Regulated Kinase

FDA : Food and Drug Administration

FST : Fonctions Spécialisées Transversales

GABA : Gamma-Amino Butyric Acid

GIS : Groupe d'Intérêt Scientifique

GSK3 : Glycogen Synthase Kinase 3

HAS : Haute Autorité de Santé
HNK : Hydroxynorketamine
HPST : Loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire
HUG : Hôpitaux Universitaires de Genève
IDO : Indoléamine 2-3 DiOxygénase
IL : Interleukines
IMAO : Inhibiteur des Monoamines Oxydases
IRSNa : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline
ISRS : Inhibiteur de Recapture Sélectif de la Sérotonine
IV : Intraveineuse
MAG : Monoacyglycérol
MINI : Mini International Neuropsychiatric Interview
MRI : Mental Research Institute
NERT : Transporteur sélectif de la noradrénaline
SERT : Transporteur sélectif de la sérotonine
NMDA : Acide N-méthyl-D-aspartique
NMDA : N-Methyl-D-Aspartic acid
OCT : Transporteur de cation organique
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PEA : Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent
PPA : Psychiatrie de la Personne Âgée
PI3-K : Phosphatidylinositol-4,5-bisphosphate 3-kinase
Pro-BDNF : BDNF pleine longueur
PUFA : Acide gras polyinsaturé
SECCA : Situation Emotions Cognitions Comportements Analyse
TCC : Thérapies Cognitives et Comportementales
TNF : Tumor Necrosis Factor
TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostic
UNPS : Union Nationale de Prévention du Suicide
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

Table des figures et tableaux

Figure 1 : Différents modes d'action des molécules antidépresseives	33
Figure 2 : Phases de traitement	34
Figure 3 : Sensibilité des neurones noradrénergiques à la fluoxétine	37
Tableau 1 : Posologies et recommandations des ISRS	38
Tableau 2 : Posologies et recommandations des IRSNa	39
Tableau 3 : Posologies et recommandations des tricycliques	40
Tableau 4 : Posologies et recommandations des apparentés aux tricycliques	41
Tableau 5 : Posologies et recommandations des autres antidépresseurs	42
Figure 4 Arc réflexe : Dewey, 1986 (CHAPELLE, 2016)	72
Figure 5 : Les différents niveaux de cognition	76
Tableau 6 : Exemple d'un tableau d'enregistrement des pensées automatiques et des comportements associés	79
Tableau 7 : Récapitulatif des modes et schémas selon Young	81
Figure 6 : Impact du métabolisme des antidépresseurs et des composés endogènes	97
Figure 8 Réponses des Systémiciens	104
Figure 7 Réponses des psychanalystes	104
Figure 9 Réponses des TCCistes	104
Figure 10 : Changement du connectome fonctionnel cérébral chez les patients dépressifs en réponse à un traitement par électroconvulsivothérapie	109
Figure 11 : Hypothèses mécanistiques des effets antidépresseurs de la kétamine	113
Figure 12 : Effets thérapeutiques et secondaires de la kétamine en fonction de ses concentrations plasmatiques	113
Figure 13 : Schéma des hypothèses d'action de la kétamine	114
Figure 14 : Stratégies thérapeutiques dans une résistance médicamenteuse de trouble dépressif (GUELF, 2022)	117
Figure 15 Voies de signalisation du BDNF	121
Figure 16 Les associations entre l'expression génique, la pathogenèse du trouble dépressif caractérisé et les changements de connectivité fonctionnelle du cerveau basée sur l'IRM fonctionnelle	126
Figure 17 : Questionnaire	131
Figure 18 : Représentation de l'échantillon	132
Figure 19 : Différentes attentes de l'échantillon	133
Figure 20 : Attentes uniques de la part des patients	134
Figure 21 : Nombre de propositions de psychothérapie	135
Figure 22 : Acteur central, force de proposition	136
Figure 23 : Durées depuis l'instauration du traitement médicamenteux	138
Figure 24 : Instauration et durée de suivi par le psychologue	138
Figure 25 : Comparaison des durées psychothérapeutiques et médicamenteuses	139
Figure 26 : Durée de la psychothérapie en fonction de la durée de l'antidépresseur médicamenteux	140
Figure 27 : Graphique de la durée de la psychothérapie en fonction du sexe	141
Tableau 8 : Durée de la psychothérapie en fonction du sexe	141
Figure 28 : Graphique de la durée de du traitement médicamenteux en fonction du sexe	142
Tableau 9 : Durée de la medication en fonction du sexe	143
Figure 29 : Durée de la psychothérapie en fonction des âges	144
Tableau 10 : Durée de la psychothérapie en fonction de l'âge	145
Figure 30 : Durée de l'antidépresseur médicamenteux en fonction des âges	146
Tableau 11 : Durée de l'antidépresseur médicamenteux en fonction de l'âge	146
Figure 31 : Sensation d'aide de la psychothérapie	147
Tableau 12 : Influence de l'aide psychologique sur la durée de traitement psychologique	148
Figure 32 : Durée du traitement antidépresseur en fonction de l'aide psychologique	149
Figure 33 : Durée de l'antidépresseur en fonction de la proposition et de l'aide psychothérapeutique du patient	150
Figure 34 : Durée de la psychothérapie en fonction de la proposition et de l'aide psychothérapeutique du patient	150
Figure 35 : Suivi psychothérapeutique en fonction de la proposition	151
Figure 36 : Durée de suivi des patients pour lesquels une proposition a été faite	152

Figure 37 : Efficience stricte de la prise en charge mixte d'un patient adulte atteint d'une dépression	152
Tableau 13 : Tableau récapitulatif des données	153
Figure 38 : Efficience totale de la prise en charge pharmacologique et psychologique d'un patient adulte atteint d'un trouble dépressif caractérisé	154
Figure 39 : Représentation de l'aide et du suivi psychothérapeutique des patient en fonction de la provenance de la proposition	155
Tableau 14 : Récapitulatif chiffré des provenances des propositions de l'efficience de la co-prise en charge	155
Figure 40 : Origine de l'efficience	156
Tableau 15 : Origine temporelle de l'efficience de la prise en charge mixte du trouble dépressif	157
Figure 41 : Origine temporelle de l'efficience de la prise en charge mixte du trouble dépressif	157
Figure 42 : Aide du pharmacien	158
Figure 43 : Durée du suivi psychothérapeutique en fonction du niveau socio-économique	159
Figure 44 : Aide de la psychothérapeutique en fonction du niveau socio-économique	159
Figure 46 : Représentation de l'échantillon	160
Figure 45 : Représentation de la population atteinte d'un trouble dépressif caractérisé	160
Figure 47 : Nombres d'actes et de passages pour états dépressifs ou gestes suicidaires	161
Figure 48 : Prévalence des syndromes dépressifs en France en 2014, 2019 et mai 2020 par classe d'âge	162
Figure 49 : Prévalence du trouble dépressif avant et pendant la pandémie en fonction des sexes	163
Figure 50 : Thérapeutiques utilisées par les médecins généralistes	167
Figure 51 : Places occupées par les médecins généralistes	168
Figure 52 : Logique de l'empowerment	172
Figure 53 : Lien entre la psychanalyse et la chimie	180
Figure 54: Schéma architectural d'un pulsion psychanalytique (à gauche) et son pendant médicamenteux (sur la droite)	184
Figure 55 : Destin de la libido génitale selon luc Ferry	185
Tableau 16 : Tableau récapitulatif des effets moléculaires sur la fonction sexuelle	197

INTRODUCTION GENERALE

La noirceur de l'âme se place au cœur des préoccupations de la vie humaine contemporaine. Captivante, mystérieuse (KELLER, 2020) ; par ses multiples facettes, elle fascine autant qu'elle façonne l'existence.

Le mal dépressif semble être l'empreinte d'une existence jalonnée par une réalité intérieure bouleversée. Toute société conserve les traces d'une histoire marquée par la dépressivité. Le trouble dépressif caractérisé anéantit l'entité tant sur le plan psychique que somatique (KELLER, 2020). Éveillée en Grèce Antique, l'originelle mélancolie hippocratique transcrit dans la langue séculaire la noirceur fluviale. Ce doyen, philosophe et médecin, inscrit la bile noire (provenant de la rate) dans sa théorie et affirme que l'équilibre des humeurs (sang, phlegme, bile jaune et bile noire) conduit à la quiétude corporelle et spirituelle.

L'homme, parasité par la teinte sombre qui enrobe son existence, paraît parfois terrassé par la noirceur de ses idées, par son « malheur naturel » de sa faible et mortelle condition (PASCAL, 1969).

Le XIX^e siècle est imprégné du travail des Aliénistes qui promeut le traitement moral des troubles mentaux. C'est ainsi qu'Etienne Esquirol donne le ton et s'enquiert pour la première fois, en 1838, de l'épithète « dépressif ». Il baptise la lypémanie d'un délire accompagné « d'une passion triste, dépressive ». Cette évolution linguistique et ce passage d'un trouble de l'intellect à celui d'une pathologie émotionnelle et affective (HAUSTGEN *et al*, 2018), provoque un véritable changement paradigmatique. Lors de cette même période, l'éminent Emil Kraepelin constitue la première classification des pathologies psychiatriques et étudie la folie maniaco-dépressive (HUM *et al*, 2010). De plus, il avance avec ferveur une possibilité thérapeutique biologique de la dépression. Cette éventualité s'est matérialisée avec l'apparition des premiers antidépresseurs. En effet, l'imipramine a vu le jour en 1957 grâce à Roland Kuhn (MARCEAU, 2008).

Dans le but de décrire son tourment, Charles Baudelaire inscrit dans les mémoires le mal romantique dont il est victime : le Spleen (PETITPIERRE, 2001). Le spleen désigne la rate

dans la langue antique hippocratique. Le célèbre poète préfère énoncer son mal mélancolique en le traduisant par le lieu chimérique de naissance de ce fluide bileux : la rate.

Le corpus actuel montre l'emploi du terme « humeur » et désigne les affections qui lui sont liées. Jean Delay, par l'analyse des perturbations humorales, la définit différemment d'Hippocrate et l'assimile à une « disposition affective de base qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur ». Il suggère le fait qu'une nette désadaptation à l'ambiance générale peut amener à la troubler (GUELFY *et al*, 1987). Le trouble dépressif caractérisé, ici étudié, est consigné comme trouble de l'humeur.

Numériquement, une personne sur cinq traversera au cours de son histoire un épisode dépressif (GARDIER *et al*, 2017). Plus de 280 millions d'humains supportent au quotidien le poids imposé par la maladie dont ils sont atteints (OMS, 2020).

Afin de réduire les divergences entre les pathologies observées, et dans un but d'harmonie entre les différentes natures pathologiques, l'association américaine de psychiatrie a élaboré le DSM en 1952. La 5^{ème} édition de ce manuel fait aujourd'hui autorité (FINELTAIN, 2011) (la CIM-11 semble plutôt employée dans des perspectives administratives) (CROCQ *et al*, 2021). Voici les critères proposés pour le trouble dépressif caractérisé, fondement de notre étude :

A. ≥ 5 des symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir

1. Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (p. ex. se sent triste, vide, sans espoir) ou observée par les autres (p.ex. pleure). (N.B. : Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent) ;

2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres) ;

3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel excédant 5 % en un mois) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. (N.B. : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de prise de poids attendue)

4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours ;

5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement) ;

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

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

8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres) ;

9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

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

C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.

Il convient ici de s'interroger sur l'élanement vers la *résonance* d'un patient dépressif avec son essence ; de savoir comment lui permettre de ressentir les vibrations (vie-brations) et de le diriger vers *l'ataraxie* et *l'aponie* épiciuriennes. A l'heure où le diktat du bien-être et la recherche du plaisir immédiat règnent ; face à la logique de *l'accélération* (ROSA, 2016) moderne, de quelles manières, l'efficacité de la prise en charge pharmacologique et psychologique procure à l'humain en quête de sens un espace de clarté dans l'obscurité ?

Dans un premier temps, ce travail sera l'objet d'une synthèse académique des processus thérapeutiques pharmacologiques et psychologiques et sera suivi des rôles des acteurs impliqués dans ces prises en charges. Puis, nous consacrerons la seconde partie de cette étude

à l'analyse d'une cohorte de patients afin d'affirmer ou de réfuter l'hypothèse d'une efficacité de la prise en charge pharmacologique et psychologique d'un patient adulte atteint d'un trouble dépressif caractérisé.

Tel un fil reliant l'humanité, Hippocrate nous rappelle que *philanthropia* et *philantechnia* sont mêlés, et science et art tressés. Ces derniers, intriqués, guident le malade vers un soin individualisé (BENAROYO, 2021). Ce précurseur de la médecine définit naturellement la maladie en une affliction à la matière vivante. Synergie d'observation et d'intelligence, l'art médical se mène moins avec témérité qu'avec prudence, plus avec douceur qu'avec violence (HIPPOCRATE, traduit en 1839). Supplément et retranchement qualifient la médecine. Sujet plus que jouet, le malade n'est pas un sujet dont on parle, mais un sujet qui parle (LEFEVRE, 2020). Capable d'expression : action d'exprimer par l'art un contenu psychologique (REY, 2005), l'Homme malade est « *plus et autre qu'un terrain singulier où la maladie s'enracine, plus et autre qu'un sujet grammatical qualifié par un attribut nosographique. [...] Sujet dans tout ce qu'il ne sait désigner que par des possessifs : sa douleur et la représentation qu'il en fait, son angoisse, ses espoirs et ses rêves.* » (CANGUILHEM, 1978). Malgré la passivité de sa souffrance, le patient, étymologiquement condamné au supplice, se nomme aussi ainsi par sa naturelle ouverture aux autres. La patience est vue non comme une absence, mais comme une protestation d'existence : une présence en toute confiance (BENAROYO, 2020).

NOTA BENE

Spécialité médicale polymorphique, la psychiatrie a privilégié l'épistémologie clinique. Grâce à son arsenal thérapeutique pluriel et à ses multiples théories, elle s'inscrit dans une généalogie médicale. Philippe Pinel contesta l'exclusion des « fous » et éleva un traitement psychique de ces pathologies. L'innovation pharmacologique, joyau thérapeutique, dispense un vaste levier scientifique de qualité. Maladie génético-biologique ou expression de dimensions psychologiques et pathologiques notamment, le trouble dépressif nécessite une prise en charge par des acteurs fiables, formés, filtrés. Nous initierons donc cette thèse, par un rappel des acteurs de soins princeps dans le champ psychiatrique.

Les médecins-psychiatres, après de complètes études de médecine, se spécialisent dans l'étude et le traitement de ces pathologies qui compressent le souffle de l'âme. Par leur qualité de médecin, ils exercent toutes les tâches de nature psychiatrique (médicale). L'élaboration de diagnostics, la mise en place de schémas thérapeutiques personnalisés, le suivi sur le court et long terme font partie de leurs prérogatives. En fonction de leurs inclinaisons, ils exercent une sur-spécialité telles que la pédo-psychiatrie (PEA) ou la géro-psi-chiatrie (PPA) ou l'addictologie (FST).

Les psychologues cliniciens quant à eux suivent des études de psychologie en facultés spécialisées ; leur sont donc délivré le titre d'État de psychologue. Ils se spécialisent aussi après l'obtention de leur licence par un master en clinique ou neurologie par exemple.

Le mot *psychothérapie* dérive du grec et désigne depuis l'époque moderne le soin par la psyché de souffrances tant psychiques que somatiques. Diverses psychothérapies sont présentes sur le territoire français. Il s'agit de ne pas se méprendre et de particulariser les psychothérapies reconnues des nouvelles actions dites de « développement personnel » et de « coaching ». Qu'importe sa formation initiale médicale ou psychologique, les psychothérapies structurées requièrent notions théoriques, connaissances pratiques et des capacités et aptitudes individuelles (GUELFY *et al*, 2021). La loi française a ainsi réglementé le titre de psychothérapeute. Ce titre revient donc naturellement aux psychiatres et aux psychologues cliniciens lors de l'aboutissement de leur cursus. Les affinités des acteurs psychiatriques ou psychologiques les orientent donc vers une approche psychothérapeutique spécifique. A l'allongement des délais de consultations psychiatriques, s'associe une charge de travail accrue

pour ces médecins. En souffrance, cette science médicale stigmatisée manque cruellement de psychiatres (MUNIER, 2021). De plus, une hétérogénéité de formations psychothérapeutiques durant l'internat de psychiatrie, invoque l'insatisfaction de 75% des internes (AFFEP, 2011). Les psychiatres, lorsque l'appétence et le temps sont convoqués, réalisent des psychothérapies en plus de leurs nombreuses activités. Pour les psychologues cliniciens, la psychothérapie est leur quotidien. Ils se concentrent ainsi sur cet arsenal thérapeutique psychique.

Post-scriptum : Lors de ce travail, l'évocation des termes cliniciens, et psychothérapeutes renvoient aux professions de psychiatres et de psychologues cliniciens. Les cas échéants, les spécificités immanentes aux professions énoncées sont précisées.

PARTIE 1

« Le soin est un humanisme »

Cynthia FLEURY, 2019

« Le premier soin est le soignant »

Hildegarde PEPLAU, 1988

« Le premier médicament est le médecin »

Michaël BALINT, 1957

L'image de la défektivité de la personne traitée par antidépresseurs hante nos sociétés. L'ombre renvoyée est celle de l'incapacité et de l'être disloqué. Ce traitement des troubles de l'humeur met en lumière la pathologie dépressive tant voilée que redoutée. Écho à la maladie mentale, l'action de l'antidépresseur est parfois *fantasmée*, *phantasmée*, parfois source d'anxiété.

Ces médicaments, diabolisés, par la communauté, réverbèrent une apparence de dépendance, assimilés à des drogues, les croyances lui attribuent un effet anesthésiant, à l'origine d'un état artificiel avec une perte de soi-même (GRANGER, 2016).

Ces représentations sont complétées par celle d'une sur-consommation, d'une sur-prescription. Fiction ou réalité ?

On estime que sur 923 professionnels exerçant en pharmacie composant notre cohorte (étudiants, préparateurs, pharmaciens), 722 d'entre eux jugent une prescription trop abondante d'antidépresseurs. Ces 78,3% de réponses positives questionnent la prise en charge actuelle du trouble dépressif caractérisé. (140 000 professionnels pharmaceutiques exercent en France. Afin d'avoir une statistique de test représentative de la population pharmaceutique, l'échantillon doit se composer au minimum de 383 personnes, fait exaucé ici. Ainsi notre étude représente ces professionnels de santé dans leur globalité. La population pharmaceutique pense avec un risque de 5% et un indice de confiance à 95% que les prescriptions de molécules antidépressives ne sont pas toujours indispensables).

Un vaste panel de molécules s'est établi sur le marché médicamenteux. Certaines, par leur fréquente utilisation se sont intégrées au vocabulaire vernaculaire. Diverses classes composent les possibilités thérapeutiques. En effet, depuis la découverte de l'imipramine, de nouvelles manières moléculaires de traiter le trouble dépressif ont émergé. La noradrénaline et la sérotonine sont des neurotransmetteurs majoritairement impliqués dans le cadre de la tristesse pathologique. Un déséquilibre dans le sens d'un déficit immanent de ces deux transmetteurs a été identifié dans cette pathologie des humeurs. Afin de décupler la transmission synaptique et de moduler les concentrations plasmatiques et donc majorer leur biodisponibilité, un des mécanismes des antidépresseurs est d'inhiber la recapture présynaptique de la sérotonine et/ou

de la noradrénaline. Plus de quatre groupes médicamenteux permettent aujourd'hui à nos patients d'espérer une efficacité. Parmi ceux-ci, les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (ISRS), les inhibiteurs de la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine (IRSNa), sont les plus délivrés ; les IMAO, les antidépresseurs tricycliques et apparentés sont aussi intégrés à cet arsenal thérapeutique. Ce spectre médicamenteux peut être élargi par exemple dans le cadre d'une dépression résistante.

Dans un but commun, les imipraminiques aussi nommés tricycliques inhibent les transporteurs membranaires présynaptiques de la noradrénaline (NET) et/ou de la Sérotonine (SERT), les antidépresseurs apparentés aux tricycliques représentent à eux seuls un groupement thérapeutique. L'inhibition de la dégradation de neurotransmetteurs a été expérimentée, discernant la catégorie sensible des IMAO : inhibiteurs des monoamines oxydases.

L'hypothèse monoaminergique actuelle de la dépression suggère une neuroplasticité liée à une sensibilité variable des récepteurs suite à un traitement chronique par antidépresseurs (NIEDERHOFFER, 2016).

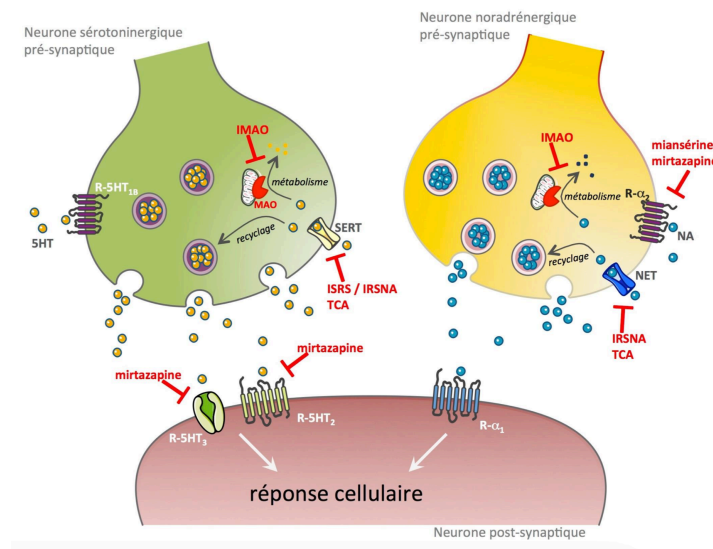


Figure 1 : Différents modes d'action des molécules antidépresseives

Des différentes silhouettes moléculaires naissent différentes caractéristiques physico-chimiques desquelles découlent des propriétés thérapeutiques et une variabilité inter-individuelle. Nous passerons en revue les ensembles thérapeutiques distincts en insistant sur les molécules principalement prescrites et les points clés de la prise en charge par le pharmacien d'officine.

Les points généraux : stratégie et cinétique particulières

Les molécules antidépressives se rassemblent par un mécanisme d'action dont la visée est d'amplifier les concentrations de noradrénaline et/ou de sérotonine. Ces médicaments se discernent d'autres classes thérapeutiques notamment par la spécificité de leur cinétique.

Malgré l'obscurité dépressive, l'action moléculaire requiert un délai de deux à trois semaines avant de manifester son activité. La mise en suspension de l'amertume grâce à ces molécules ne s'envisage qu'après une amplification sur la durée des concentrations plasmatiques. Pendant ces premiers jours d'expectation, seule l'écume médicamenteuse reste présente, autrement dit les effets indésirables vont se révéler ou s'absenter. Donner un goût de légèreté à la vie en délivrant la molécule la plus adaptée à la posologie la plus faible ; tel est l'un des enjeux de notre médecine.

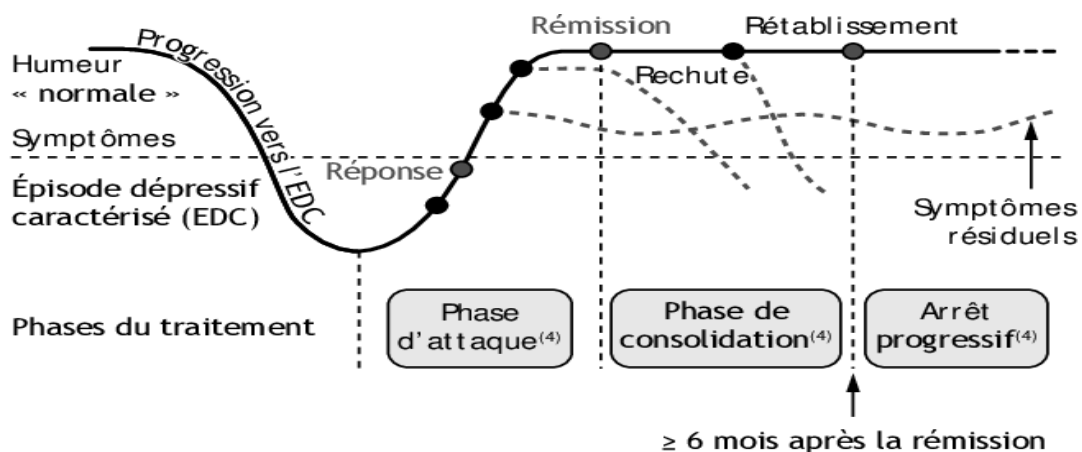


Figure 2 : Phases de traitement

Deux phases composent la stratégie thérapeutique. Une première consiste en une rémission des symptômes, la seconde est une phase de consolidation plus longue. Mise en place durant 4 à 12 mois, cette dernière phase a pour objectif d'éviter les rechutes. Le traitement dans sa globalité ne peut s'achever avant 6 mois. En cas de chronicité du trouble, un traitement allongé est recommandé. Il n'est pas forcément nécessaire d'associer des anxiolytiques ou un hypnotique aux antidépresseurs. Si cela s'affiche indispensable, la prescription doit être la plus brève possible et rapidement réévaluée. La pharmacodépendance aux benzodiazépines et apparentées et leurs effets à long terme sur la mémoire forcent leur momentanéité (CORRUBLE, 2013).

Retrouver une saveur, par l'administration d'une molécule, engage le patient et le pharmacien dans un cheminement commun. Ce dernier prendra garde à une introduction progressive du traitement au cours du temps, ainsi qu'à une décroissance rythmée et programmée en fin de médication. Ainsi, le rebondissement des symptômes ou la survenue d'un syndrome transitoire de sevrage sera réduit.

Par l'acte de sa présence, le pharmacien renforce l'inclusion du patient dans un processus continu de soin. Il connaît le risque de virage maniaque, celui de réactions paradoxales (délire, anxiété, hallucinations) et la probabilité d'aggravation de la dépression (risque suicidaire) dans les premiers jours suivant l'instauration. L'entourage du patient, ses acteurs soignants et paramédicaux, par leur sensibilité et leur attention mesurée veilleront à informer le plus rapidement possible le professionnel compétent (psychiatre, médecin prescripteur) si ces effets surviennent. De plus, il convient d'être précautionneux quant au rare syndrome sérotoninergique (diarrhées, sueurs, tremblements, confusions...) observé en cas de surdosage ou d'associations à des médicaments modulant les voies sérotoninergiques imposant un arrêt imminent du traitement (MEGARBANE, 2017).

Chez une femme enceinte, l'apport d'un traitement non médicamenteux est à privilégier. Cependant, il ne faut pas hésiter à délivrer ces molécules en accord avec le prescripteur et avec un regard critique (consultation du CRAT) sur la grossesse et le trouble dépressif. Les buts sont de favoriser le bon déroulement de la grossesse et de sauvegarder la préciosité du lien mère-enfant (CRAT, 2020).

Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine

Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine sont habituellement usités. Les ISRS incluent de nombreux principes actifs dont la fluoxétine plus connue sous le nom commercial de Prozac : « pilule du bonheur ». Cette classe, compte aussi la paroxétine, la sertraline, la fluvoxamine, le citalopram et son énantiomère S : l'escitalopram (HADAMI, 2019). Grâce à leur forte affinité et leur sélectivité pour le transporteur SERT, les concentrations de sérotonine sont exhaussées avec une très bonne tolérance d'où leur recommandation en première intention.

L'escitalopram apportant seul l'énantiomère S, est deux fois plus concentré que dans le citalopram commercialisé sous forme de mélange racémique d'où les posologies du citalopram doublées. Il a été dicté que le R-citalopram n'a pas d'activité antidépressive. Toutefois, il semblerait que le R-citalopram soit à l'origine d'une modulation allostérique au niveau du transporteur SERT et qu'il ait une propriété inhibitrice de l'action de l'S-citalopram sur ce transporteur. L'escitalopram serait ainsi plus actif que le mélange racémique (MNIE-FILALI, 2007).

La fluoxétine a la spécificité d'être psychostimulante, sa prise est donc conseillée avant seize heures. La sertraline, quant à elle, nécessite une prise durant un repas dans le but d'accroître sa biodisponibilité en une prise quotidienne matinale ou vespérale (RCP).

De divers effets indésirables ont été imputés aux ISRS et aux IRSNa. Des effets digestifs tels que des nausées, vomissements peuvent se faire ressentir lors de l'instauration. Transitoires et fréquents, ils ne nécessitent pas un arrêt du traitement. Une asthénie, une anxiété, une euphorie mais encore des troubles du sommeil peuvent survenir. Une perte d'appétit est surtout marquée avec la fluoxétine. D'autres molécules engendrent une activité contraire soit une prise de poids. Des troubles sexuels, des effets cardiovasculaires de type hypertension ont aussi été répertoriés. Sur le plan biologique, des hyponatrémies ont été relevées. Il convient d'être vigilant avec toutes les molécules associées sur la prescription pouvant majorer cette baisse de concentration de sodium plasmatique. Une des particularités de l'escitalopram et du citalopram est leur effet d'allongement du segment QT à l'origine de torsade de pointes.

Une si fixe classification ?

L'INSERM a analysé de plus près la fluoxétine et son mécanisme d'action. Il semblerait que cela soit le micro-ARN nommé MiR-16 qui contrôle le transporteur de la sérotonine. Dans des conditions physiologiques basales, ce transporteur SERT est présent dans les neurones à sérotonine et absent dans les neurones à noradrénaline grâce à MiR-16. Lors de l'administration de fluoxétine, les neurones libèrent un signal S100 β qui pénètre dans les neurones à noradrénaline. Ce signal fait chuter le MiR-16 et induit dans le neurone à noradrénaline une production de SERT. Ainsi la sensibilité des neurones à noradrénaline à la fluoxétine est amplifiée. Le neurone noradrénergique continue donc à produire de la noradrénaline mais synthétise aussi de la sérotonine. Cette étude réalisée en 2010 par l'INSERM et l'Université de Paris Descartes (KELLERMAN *et al*, 2010) inscrit l'importance de la plasticité neuronale.

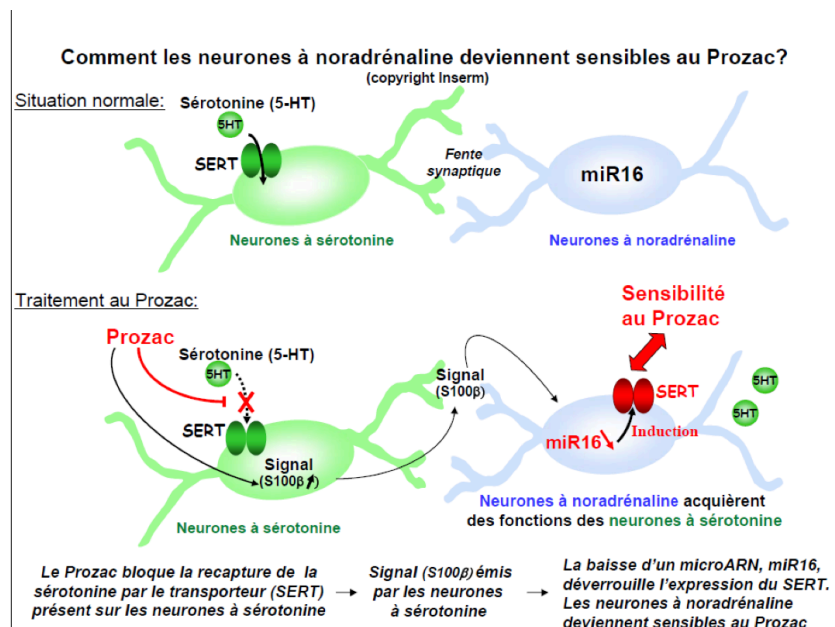


Figure 3 : Sensibilité des neurones noradrénergiques à la fluoxétine

Dénomination internationale	Posologie recommandée dans le cadre du trouble dépressif (par jour)	Recommandations
Fluoxétine	20 à 60 mg	Prise avant 16 heures au vu de son activité psychostimulante ++
Sertraline	50 à 200 mg	Prise pendant un repas 1 fois par jour le matin, stimulante +
Paroxétine	20 à 50 mg	Sédative +
Fluvoxamine	50 à 300 mg	1 prise le soir, sédative +
Escitalopram	10 à 20 mg	Activité mixte
Citalopram	20 à 60 mg	Activité mixte

Tableau 1 : Posologies et recommandations des ISRS

(PEYRIERE, 2018)

Les inhibiteurs de la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine

Malgré une similitude mécanistique avec les antidépresseurs imipraminiques (inhibiteurs de la recapture présynaptique de la noradrénaline via la NET et de la sérotonine via la SERT), les IRSNa ont la qualité d'être très bien tolérés. Par leur action double sur la sérotonine et la noradrénaline, et grâce à leur profil de tolérance, elles font partie des molécules de référence et sont préconisées en première intention dans le trouble dépressif caractérisé (VIDAL, 2019).

Ces molécules partagent les effets indésirables des inhibiteurs de recapture de la sérotonine. La venlafaxine intensifie elle aussi le risque d'extension du QT. Sa galénique est sous forme d'une gélule à libération prolongée justifiant une prise unique journalière. La duloxétine, quant à elle, se voit dotée d'une gélule à pelliculage gastro-résistant. Le milnacipran est lui aussi commercialisé mais moins délivré (AUBRY *et al*, 2017).

Dénomination internationale	Posologie recommandée dans le cadre du trouble dépressif (par jour)	Recommandations
Venlafaxine	75 à 375 mg	1 prise par jour le matin, stimulante
Duloxétine	60 à 120 mg	1 prise par jour, mixte
➔ Ne pas ouvrir, mâcher, diviser ces gélules		

Tableau 2 : Posologies et recommandations des IRSNa

(PEYRIERE, 2018)

Les antidépresseurs tricycliques

Ces médicaments représentés majoritairement par l'amitriptyline et la clomipramine sont des traitements de seconde intention à privilégier en cas de dépressions pharmacorésistantes. A la suite de l'imipramine, première molécule antidépressive synthétisée, on note l'existence de la trimipramine, la dosulépine, la doxépine, l'amoxapine et la maprotiline (tétracyclique). Par leur toxicité cardiaque, elles sont pourvoyeuses de nombreux effets indésirables. Sont énoncés aussi dans leurs caractéristiques techniques des effets anticholinergiques. Il est important au comptoir de percevoir ces effets. Ils englobent une sécheresse buccale, des nausées, de la constipation, des palpitations et une hypotension orthostatique importante à inventorier chez la personne âgée. De plus, la molécule mère peut induire une sédation, une prise de poids. Le patient est donc informé de ce risque et de la possibilité de devoir adapter son alimentation en fonction de ses réalités corporelles (PHARMACOMEDICALE, 2019).

Dénomination internationale	Posologie recommandée dans le cadre du trouble dépressif (par jour)	Recommandations
Imipramine	75 mg à 150 mg	1 prise par jour avant 16 heures, action stimulante ++
Clomipramine	75 mg à 150 mg	1 prise journalière avant 16 heures, action mixte

Dénomination internationale	Posologie recommandée dans le cadre du trouble dépressif (par jour)	Recommandations
Amitriptyline	75 mg à 150 mg	1 à 2 prises journalières, action sédatrice : généralement pris le soir, activité sédatrice +++
<ul style="list-style-type: none"> ➔ Précaution au vu des effets indésirables notamment cardiovasculaires ➔ Informer quant à la prise de poids et l'adaptation nutritionnelle ➔ Effet sédatif de l'amitriptyline : risque d'altération de la vigilance 		

Tableau 3 : Posologies et recommandations des tricycliques

(PEYRIERE, 2018)

Les antidépresseurs apparentés aux tricycliques

L'apport de cette classe réside dans son absence de toxicité, dans son efficacité malgré une proximité structurale avec les antidépresseurs tricycliques. Elle renferme actuellement la mirtazapine et la miansérine. La tianeptine (moins prescrite au vu de la pharmacodépendance avérée) est assimilée aux stupéfiants donc assujettie aux règles les concernant. Ces deux molécules distinctes ont la particularité d'être sédatives, anxiolytiques et régulatrices du sommeil. Elles agissent par le blocage des récepteurs inhibiteurs pré-synaptiques α_2 . Cette inhibition induit une libération de sérotonine par levée du frein sérotoninergique. Elles sont donc expressément indiquées chez la personne ayant un sommeil perturbé. En outre, la miansérine et la mirtazapine sont répandues pour leurs propriétés orexigènes. La personne dénutrie verra son appétit attisé. Le consensus pharmacologique s'accorde donc sur une prise unique, au coucher (AUBRY *et al*, 2017).

Dénomination internationale	Posologie recommandée dans le cadre du trouble dépressif (par jour)	Recommandations
Mirtazapine	15 - 45 mg/j	1 prise unique au coucher, sédative
Miansérine	30 -90 mg/j	1 prise unique au coucher sans dépasser 60 mg par prise vespérale, sédative ++
<p>➡ Effet oréxigène</p> <p>➡ Effet sédatif : prise au coucher</p>		

Tableau 4 : Posologies et recommandations des apparentés aux tricycliques

(PEYRIERE, 2018)

Les IMAO

Les inhibiteurs des monoamines oxydases, dont le rôle prépondérant est la dégradation des neurotransmetteurs, sont des médicaments se scindant en deux catégories en fonction de l'affinité de la molécule pour la MAO-A ou B. Ces traitements sont employés en dernier recours lorsque les autres stratégies médicamenteuses se sont révélées inefficaces ou insuffisamment actives. Dans le contexte d'un trouble dépressif, nous nous intéressons à l'inhibition de la MAO-A qui rompt de manière privilégiée la noradrénaline et la sérotonine. La moclobémide par exemple bloque de manière réversible la MAO-A. L'iproniazide et la phénelzine quant à elles ne sont pas des inhibiteurs spécifiques des MAO. Elles se montrent irréversibles (AUBRY *et al*, 2017). Les IMAO provoquent de nombreux effets indésirables. Les crises hypertensives consécutives à la consommation de certains aliments riches en tyramine (alcool, bière, chocolat...) causent un effet amphétamine-like pouvant conduire à la mort.

Ainsi, la prise de ces médicaments est contre-indiquée avec de nombreux aliments. Additionné à cela, se trouvent de nombreuses contre-indications médicamenteuses (DANEL, 2017).

Le sulfate de phénelzine est une molécule disponible en Accès Dérogatoire. Lors d'une impasse thérapeutique, un patient peut bénéficier d'un médicament non autorisé dans une indication concernée (anciennement une ATU, Autorisation Temporaire d'Utilisation). Ces autorisations

temporaires d'utilisation ont été remplacées au 1^{er} juillet 2021 par un accès précoce ou compassionnel. En effet, le sulfate de Phénelzine était délivré pour un patient donné et prescrit par un médecin expressément nommé sur présentation d'un formulaire d'ATU nominative. Cette nouvelle réforme substitue les ATU nominatives par un Accès Compassionnel pour plus de simplicité. Cet accès a une durée de validité d'un an après accord de l'ANSM (Agence Nationale de santé, de sécurité du médicament, 2021), (LEGIFRANCE, 2021).

Les autres molécules

Lors d'un épisode dépressif, l'alternance veille/sommeil est régulièrement altérée, c'est pourquoi un agoniste de la mélatonine, l'agomélatine a été conçue. Un risque confirmé d'atteinte hépatique a été exhibé c'est pourquoi, malgré son mécanisme d'action intéressant (elle entraîne la diminution des besoins de sérotonine et augmente de manière indirecte sa biodisponibilité) elle n'a été retenue qu'en seconde intention. Une surveillance régulière des transaminases sera donc demandée.

La vortioxétine, molécule à action multimodale comporte, outre l'effet antidépresseur en modulant principalement la sérotonine, une action sur l'anxiété et sur les fonctions cognitives (apprentissage, mémoire) (AUBRY *et al*, 2017).

Dénomination internationale	Posologie recommandée dans le cadre du trouble dépressif (par jour)	Recommandations
Agomélatine	25-50 mg/j	1 prise par jour au coucher
Vortioxétine	10 à 20mg/j	1 prise par jour

(PEYRIERE, 2018)

Tableau 5 : Posologies et recommandations des autres antidépresseurs

Reflète de la singularité du patient, la molécule antidépressive est initiée, réévaluée et ensuite adaptée. Tout médecin peut être amené à prescrire des antidépresseurs sans restriction de spécialité.

Sans humain, nul diagnostic, nulle prescription, nulle délivrance de médicaments. L'Homme aux origines des sciences est à l'initiation de ces progrès. Il se pose en gardien de sa souveraineté.

« *Le but unique de la science, c'est l'honneur de l'esprit humain et que sous ce titre, une question de nombres vaut autant qu'une question de système du monde* » (JACOBI, 1830).

Projeté dans l'inconnu, plongé dans le temps, le genre Homo Sapiens a su se distinguer du chimpanzé malgré leurs liens de parenté (DORTIER, 2004). Doté de propres visibles et invisibles, l'Homme se développe au contact de la nature qu'il cherche à apprivoiser, à analyser et à transcender. Il se positionne ainsi comme sujet et objet d'examen de « l'unité psychique de l'humanité » (TYLOR, 1871). Centre des attentions, l'Homme et les sciences qui lui sont associées tendent à élaborer une arborescence de connaissances qui s'attache à faire naître un regard chargé de clarté et de nouveauté sur l'humanité (ses fonctionnalités, ses rapports au monde et son *identité* (DORTIER, 2004)).

L'anthropologie, la linguistique, la philosophie, et la psychologie ainsi que d'autres branches toutes aussi fécondes, composent une constellation de domaines d'exploration forgeant les sciences humaines et sociales. Telles des parallèles disciplinaires se regroupant à l'infini (GUSDORF, 1966), les vastes champs de savoir des sciences de l'homme se lient afin de mettre en lumière l'humain dans sa diversité et sa complexité. La nature humaine implique l'existence de caractéristiques spécifiques. L'Homme, plus uniquement dicté par ses instincts, conditionné par ses nécessités, est aussi mué par la réponse à la question du sens de l'existence (FROOM, 2005). Le prisme psychologique définit le besoin comme une sensation interne, et le scinde en deux éléments distincts : une sensation et un mouvement. Cette décomposition permet d'appliquer au besoin le *principe freudien du plaisir* ou le schéma « *d'excitation-réaction* » de Paul Ricœur (RICOEUR, 1949) ; (TLFi, 1994).

C'est dans cette réalité qu'Abraham Maslow, dans les années 1940, échafauda une théorie des aspirations fondamentales humaines en réfutant la réduction des besoins humains en besoins matérialistes. De plus, ce psychologue humaniste s'appliqua à intégrer dans sa conception les dimensions sociales et celles de la réalisation de soi. Cette construction de hiérarchisation des besoins, plus connue sous le nom de « pyramide des besoins », est édifiée en cinq niveaux. Elle

a pour fondation les besoins dits élémentaires, indispensables à la survie du sujet. Ceux-ci sont soumis au principe homéostatique émis par Walter Cannon, selon lequel, une *rupture* de l'équilibre physiologique amène une action compensatrice organique dans le but de rétablir une harmonie initiale (DORTIER, 2016). A la suite de ces besoins de maintien vital, se placent les besoins de protection et de sécurité. L'individu privilégie ces deux premières strates et une fois assouvies, se manifestent respectivement les besoins sociaux : d'amour et d'appartenance, les besoins d'estime de soi, et au sommet se loge celui de la réalisation de son être. Une approche d'interdépendance des besoins est parfois proposée mais controversée (MIAS, 2001).

L'être en souffrance, voit ses besoins affectifs et relationnels amplifiés (VATAGEOT, 2012).

De fait, un être face à la maladie semble imager un Homme projeté vers la précarité de son existence. L'annonce-diagnostic menace la continuité de *l'élan vital*, bouleverse le sens, l'équilibre de la vie, et peut être à l'origine d'une crise existentielle. Chaque être dans sa complexité éprouvera des réactions qui lui seront propres face à l'adversité de la réalité (FERRON, 2019). Scissure, *rupture* avec une vie antérieure, la maladie touche le patient dans sa globalité et modifie les constructions sociales auparavant constituées (BENAROYO, 2018). Le parcours de l'humain en proie à la perte d'un état de santé antérieur met sa dynamique psychique à rude épreuve.

L'extraction voulue de sa souffrance, la préservation de son identité, de son histoire, la suspension de sa perte et de son effondrement physique, psychique, conduisent le malade vers un appel à autrui. Lorsque la fragilité de sa vie irradie, pour rendre limpide le chaos de son existence, le patient cherche remède et a aussi besoin d'aide. L'Homme attentif à son prochain, prête soin, et une tendance à l'inquiétude se meut en lui (MARIN, 2015). La racine commune au soin et à la curiosité : *cura*, désigne une personne curieuse, qui, par l'action, aspire à enrichir sa compréhension du monde, et souhaite ainsi pallier le manque noué dans ses relations humaines. Ce désir, est à l'affût d'une interrogation sur ce qui se développe en son sein, et au-delà, de ce qui le ceinture. Le soignant, illustre amoureux du monde.

Cette analogie racinaire met en lumière ces êtres qui s'emploient à perpétuellement caresser l'humanité (FLEURY, 2018). Le professionnel de santé déploie ses propres ailes, son intériorité via notamment sa curiosité. Il s'assigne en antidote à l'acédie. La *libido sciendi* est une *libido vivendi* (MARTIN, 2019).

La psychanalyse

Voguer sur les flots existentiels, pénétrer en profondeur chaque psyché, permettre à l'être de révéler ses désirs. La psychanalyse se déploie tant en une position clinique qu'en un corpus théorique. Pour rencontrer les forces vitales, l'analysant va se laisser apprivoiser par les variations temporelles spécifiques à la cure. Fortifiant le patient tout en le fragilisant, la psychanalyse semble se définir analogiquement à un essai de compréhension de l'âme humaine. Le sujet, paralysé par le symptôme, plongé dans la masse, est guidé pour esquisser le tracé de ses conflits internes et ex-tendus.

Cette introspection prend appui sur la philosophie, et par conséquent aborde ce qui échappe au sujet : son inconscient dynamique. Espace mémoriel, l'Inconscient, est l'hypothèse psychanalytique centrale. Pour Jacques Lacan, elle est structurée comme un langage. C'est dans ce cadre précis que les relations transférentielles s'élaborent et s'interprètent. Malgré la conceptualité analytique, la méconnaissance et l'effroi qu'inspire l'Inconscient freudien, la psychanalyse consent simplement un positionnement différent, un regard de côté sur l'existence, une fascinante vision du vivant. Winnicott la décrit comme « *manière de fournir un cadre professionnel à la confiance* ». L'analyste, « sujet supposé savoir », n'est pas maître en sa demeure mais un guide vers la vie (SCHWARTZ-PICARD, 2021).

Anaïs Nin propose ces mots : « *ce que j'ai découvert, c'est qu'en allant au fond de soi, la vie personnelle est dépassée, elle atteint l'universalité.* » (NIN, 2021).

Ce voyage équinoxial convie courage, et offre un toucher doux et délicat au souffrant. Par la confiance inestimable accordée à l'Autre, grâce à son écoute, l'analys(t)e a-ssiste con-siste à rendre habitable les territoires psychiques égarés mais aussi espérés (autrement dit l'inconscient) (DUFOURMANTELLE, 2014). Catherine Vanier, énonce la distinction lacanienne entre l'autre, le semblable imaginaire, de l'Autre, qui relève du symbolique, « *lieu non maîtrisable à partir duquel le sujet s'est constitué* » (VANIER, 2013).

« Retire-toi en toi-même, et observe. Si tu ne vois pas encore en toi cette beauté, fais comme le statuaire qui doit sculpter une belle statue : il retranche, cisèle, émousse tel trait, affine tel autre, jusqu'à faire apparaître quelque belle figure sur le marbre (...), dissipe toute opacité et travaille à tendre tout à fait limpide, sans cesser jamais de sculpter ta propre statue. » (PLOTIN, 1883).

Dualisme sémantique, active ou passive, dialectique, l'épreuve semble être la transition d'une absorption vers l'adsorption, elle renvoie le son d'une transposition envisageable. Malgré le cliché qu'elle impose à l'être à l'instant t, Hegel insiste sur ce travail du négatif à l'origine d'une métamorphose du sujet ensablé. De Plotin à Saint-Augustin, l'intériorité de l'Homme révèle les topiques de sa vérité. Non pas préexistant, il appelle à la création, au finir de l'exis-temps.

Comme ses intimes pensées, l'être sculpte son intériorité au travers notamment de la thérapeutique philosophique (WITTGENSTEIN, 1993). L'exercice de cette dernière, selon Foucault, consiste en l'orientation de l'énergie et en une canalisation de *l'Unruhe* (inquiétude naturelle chez Leibnitz). Ce flux constamment activé tend à devenir nourricier grâce à l'aiguillage et la conduction énergétique (FOUCAULT, 1982). De plus, Michel Foucault fait de la vérité une donnée, non conquise sans conversion ni transformation. Cette modulation s'effectue par mutation des mouvements d'amour (Eros) et de l'ascèse. L'intrication du modèle de la santé et de celui de l'esthétique chère à Hadot et Hussman, font de la part artistique de l'homme en sommeil, un sculpteur né. Cette sculpture dynamique, sommet l'intériorité à la résonance de la liberté et de la responsabilité « *pour donner à l'existence une forme honorable et belle* ».

Contrairement à la philosophie, Sigmund Freud place l'inconscient au cœur de sa thérapeutique. L'anthropologie psychanalytique nous apprend qu'à la nuance animalière, l'Homme agit dans un environnement symbolique ordonné par le langage et non par ses seuls instincts. Par ses pulsions, l'Homme manifeste ainsi sa parenté aux chimpanzés.

Les bases théoriques

Vectrice du souffle et du corps, la place de la parole accordée à l'analysant est primordiale. Confier ses mots à l'Autre c'est nourrir et faire émerger le continent contenu dans ces derniers. Gonflée de signifiants : « mots qui forment une représentation de pulsion, dont certains sont alourdis, avec une empreinte particulière », les paroles implicites ou explicites empruntent une spacialité singulière (DUFOURMANTELLE, 2014). Illusion de surface, de petites perceptions paraissant çà et là dans nos vies quotidiennes et ne semblent pas invisibles aux regards philosophiques précédant l'avènement psychanalytique comme les lapsus en témoignent. Critères élémentaires de ce processus long et complexe, l'apprentissage de la liberté d'expression et de sa communication sont les points cardinaux de la pratique analytique (LAGACHE, 2019).

L'espace corps-psyché dans lequel se déroule la cure est fondé sur la dynamique transférentielle. Ces mouvances sont l'objet de l'analyse. Sa décomposition s'avère capitale. A valence positive ou négative, aux pluriels objets désignés, les transferts (transfert de l'analysant et contre-transfert de l'analyste) sont à la fois le moteur et le principal obstacle curatif. Le cadre analytique enfante le déploiement d'une névrose transférentielle, névrose artificielle qui se constitue comme une nouvelle édition de la névrose clinique dans laquelle les racines mnésiques de la sexualité infantile se réactualisent. Les fantasmes autrefois centrés autour des liens refoulés convergent vers la personne de l'analyste et se rééditent. Ainsi, une découverte psychique jaillit. Copies des tendances et des fantasmes éveillés, rendus conscients par les progrès de l'analyse, le transfert substitue une personne du monde antérieur du patient par la personne du médecin (FREUD, 1905), (BOKANOWSKI, 1999). Les transferts sont à l'origine d'un renouveau du refoulé permettant d'éclaircir les fêlures du passé et de les investir différemment pour offrir au patient un temps présent et avenir.

Jacques Lacan a introduit les logiques symboliques mathématiques dans la théorie psychanalytique. A la lumière des poussées dynamiques, nous allons étudier ses articulations logiques. En effet, une pulsion est charpentée en une source avec pour origine une excitation corporelle. Elle a pour finalité la réduction de toutes tensions et c'est grâce à la variabilité des objets qu'elle atteint sa visée. A une fluctuation de pulsions s'associe une multiplicité d'objets. Déterminées par des couples d'opposés, les pulsions sont scindées en deux catégories : les pulsions d'autoconservation et les pulsions sexuelles (libido : énergie sexuelle). La libido, se

dirige naturellement vers un objet exogène ou vers l'être lui-même. Cette pulsion sexuelle est régie par le principe du plaisir visant à la réduction de la tension d'excitation. Le principe du plaisir s'harmonise avec le principe de constance pour maintenir un niveau d'excitation le plus faible et le plus linéaire possible. Ce principe est ramené au principe du nirvana contrebalancé par le principe de la réalité.

Pulsions de vie et pulsions de mort sont édifiées lors d'une seconde théorie publiée dans *Au-delà du principe du plaisir* en 1920 (CHABERT, 2020). Double polarité, le monde interne et le monde externe du sujet sont constitutifs de sa psyché. Le destin favorable à la pulsion est la satisfaction. Cependant, au vu des interdits sociaux, moraux et de la réalité, ces circonstances sont rarement accoutumées. En l'absence de contention, la représentation de la pulsion est soit refoulée, soit sublimée (déviation du but de la pulsion vers une activité socialement valorisée). Du refoulement, peut se retourner la représentation contre sa propre identité ou se renverser vers la tendance opposée (par exemple le sadisme devient masochisme) (FREUD, 1940). Motivées par l'absence de plaisir provoquée par les représentations non conciliables avec le moi en sont refoulées. Ces représentations persistent ensuite dans l'Inconscient pour écarter la psyché de toute amertume autrement dévoilée. Destin pulsionnel, le refoulé réside dans l'Inconscient mais ne forme pas son entièreté. Non réduit à une simple défense psychique, le refoulement puise constamment de l'énergie au sujet. La pulsion de mort, involutive assure une position de rupture vers un retour à l'inertie. Le plaisir peut se retourner en pulsion morbide comme l'illustre la jouissance. C'est en observant les *compulsions de répétitions* que Freud suggéra la jouissance apparentée à la mort. Thanatos, renferme en ses mains des idées répétitives, de régression et de destruction. Éros quant à elle assure les liaisons entre les flots libidinaux et agressifs (CHABERT, 2020).

Agissant et œuvrant à l'insu du sujet, l'Inconscient apparaît sous trois aspects polysémiques complémentaires : topique, économique et dynamique.

Le point de vue dynamique expose l'idée de conflit entre les forces psychiques contradictoires. La conception économique suggère une quantification des énergies en actions (CHABERT *et al*, 2020).

Cartographie de la psyché, la première configuration spatiale freudienne est édifiée en trois segments. La première topique est illustrée ci-dessous :

- Le **Conscient** dans lequel résident des éléments de la réalité externe.
- Le **Préconscient** logé entre la Conscience et l'Inconscient, lieu des souvenirs récents non Inconscients *stricto sensu* mais prêts à franchir la barrière de la Conscience pour affluer rapidement par le langage.
- **L'Inconscient** : siège des refoulements, des pulsions, des souvenirs lointains qui se proclament uniquement via la cure analytique (GODART, 2021).

Atemporel, l'Inconscient est composé d'une partie innée, nommée Inconscient primitif qui intègre les pulsions, et une partie acquise lieu de provenance des désirs refoulés (GODIN, 2019). Les représentations pulsionnelles sont nichées dans l'Inconscient. Les fantasmes originaires jouent un rôle déterminant dans l'élaboration de la sexualité infantile (complexe Œdipien). Le fantasme est lié au désir par son essai de reproduction d'une satisfaction antérieurement évincée. Il y a résurgence des désirs anciens mais leur présence dans l'actualité semble être une particularité fantasmatique.

Freud particularise 3 instances en conflit les unes avec les autres lors de sa seconde topique :

- Le **Ça**, inconscient régit par le principe du plaisir dans lequel se situent les représentations des pulsions.
- Le **Surmoi**, tire son origine du complexe d'Œdipe duquel sont hérités les interdits parentaux (l'inceste et le meurtre). Lieu de la conscience morale, il joue le rôle de censeur Inconscient tout en étirant une branche vers la Conscience.
- Le **Moi** site de la Conscience partageant une partie avec l'Inconscient, il essaie d'équilibrer les représentations du Ça et du Surmoi. Il consent à faire régner le principe de réalité.

La cure analytique pointe des manifestations Inconscientes. Selon Freud, le rêve constitue la « voie royale » d'accès à l'Inconscient. Le décryptage de l'Inconscient s'effectue par divers moyens techniques à disposition de l'analyste. L'examen des idées spontanément révélées par la libre association, les erreurs, les lapsus, les oublis constituent sa boîte à outils. Ce sont ces actions infimes de la vie qui captivent la psychanalyse.

Les songes malgré leur vague étrangeté, une fois sauvegardés, facilitent l'interprétation analytique. Freud énonce dans sa IV^{ème} leçon que la vie onirique infantile mime les désirs infantiles de la veille non complaisants. Il remarque la complexité de la rêverie agrégée à la vie adulte. Freud dépeint ces derniers comme incompréhensibles ; « ne ressemblant guère à la

réalisation d'un souhait (...). Ils ont subi une déformation. ». Deux contenus se détachent du rêve : le contenu manifeste est tel qu'il apparaît au sujet lors de son éveil matinal et son pendant « le substitut altéré » incarné par les idées oniriques latentes. Force est de constater que le sujet résiste à l'invocation des souhaits inconscients, à franchir le mur de glace. Ses désirs se trouvent donc masqués, paralysant le rêveur à l'exégèse de ses désirs profonds. Pour sillonner le contenu manifeste et l'interchanger en contenu latent, le travail onirique met en œuvre des processus de condensation et de déplacement.

Fruits du hasard, une minorité de concupiscences est adressée aux *actes manqués*. Que cela soit le lapsus *linguae*, ou *calami* autrement dit les pertes d'objets matériels, seule la psychanalyse leur attribue un sens. Ces infimes instants démasquent les représentations pulsionnelles que l'Homme souhaitait à tout prix camoufler (FREUD, 1899,1909)

Les représentations sociales : accès et place du patient

Allure de supercherie, de superstition ou d'escroquerie, méprisant l'objectivité et la rigueur scientifique, (MEYER, 2005) la psychanalyse est quelquefois rabaissée au rang de « masturbation intellectuelle » (ORSONI, 2019). Inventoriée comme accessible à une infinitésimale classe populationnelle bourgeoise, à cause de son coût financier, de l'énergie exigée, et de son imbroglio théorique.

La clinique psychanalytique actuelle peint des travaux d'une durée raccourcie et adaptée aux volontés du patient. L'image archaïque du divan fonde les pensées surannées des *novices* en dépit de ses constantes modulations, de ses accords tenus renversés, face à l'actualité.

Le désir de progrès, celui de se confier, de raisonner gouvernent l'impulsion d'une excursion analytique. Ouverte à tous, la curiosité procurée exalte la psyché notamment dans le cadre psychopathologique.

Sigmund Freud, en maître chirurgical de la psyché, cherche à décrypter l'invisible au-delà du visible, soulève le filtre noir du symptôme pour explorer l'antre du sujet. Dans un premier temps, Freud s'essaya à la méthode aristotélicienne purgative de l'âme, aussi nommée cathartique, qui se joue dans un état hypnotique. Le médecin invite le patient à répondre à ses interrogations, il se manifeste ainsi une reviviscence émotionnelle libératrice de souvenirs parfois traumatiques. Par la remontée à la surface des vestiges refoulés, par sa conversion en paroles, la tension émotionnelle éveillée à cette réminiscence est émoussée, atténuant la

pathogénicité. Ceci correspond à *l'abréaction*. Lors de ses études sur l'hystérie, Freud rapporte le cas célèbre d'Anna O. dans lequel il use de la méthode cathartique ainsi que de la suggestion. Par une main posée sur le front du patient, les souvenirs de l'enfance de sa patiente resurgissent. Freud renonça cependant rapidement à la méthode hypnotique et suggestive à cause de son manque de durabilité. Grâce à l'exemple d'Anna O., la *talking cure* ou cure par la parole germa dans sa psyché. Freud conserva la position hypnotique allongée du patient qui favorise selon lui la libération. (GODART, 2021), (FREUD, 1895).

Quelle que soit la position de l'analysant, la règle fondamentale demeure « l'association libre » qui sollicite une exemplaire sincérité. « Dire tout ce qui lui (le patient) vient à l'esprit même si cela lui est pénible, même si sa pensée lui paraît sans importance, insensée et sans rapport avec le sujet », (FREUD, 1909). Jacques Lacan, déclara la psychanalyse comme une éthique et non comme une technique (QUINODOZ, 2004). L'analysant se laisse infuser par la nouveauté et surprendre par les mots de l'analyste. Grâce à l'accueil, l'écoute et la neutralité bienveillante, l'analysant s'étonne de sa réalité. Créer, réinventer, initier chaque cure comme princeps, l'analyste par sa propre cure, son propre désir, éloigné de toute idée préconçue, et octroiera à l'analysant une libre expression.

Par son attitude détachée, en toute neutralité, par son *acte analytique* le psychanalyste se détermine en interprète, tout en transparence, il redistribue l'élocution, et facilite l'éventualité d'une autre réalité. Il suggère un autre sens aux mots prononcés (VANIER, 1996). C'est durant une absence de focalisation, que l'écoute flottante corollaire à la libre association, s'enracine. L'analyste laisse osciller en lui les mots de l'analysant. Il se sent donc porté par la sensibilité des mots écoutés (BENONY, 2020).

La définition de la dépression selon la psychanalyse

Plurielles sont les étiologies dépressives : un deuil, une rupture par exemple menacent l'intégrité de l'être humain et le précipite dans une bascule souffrante.

Pertinent dans certaines étiologies, tout trouble dépressif caractérisé n'est pas rattaché à une expérience bouleversante. Ce saut d'humeur n'a pas toujours de motif prééminent accessible aux yeux du monde. La confrontation à la perte concentre les cliniques psychanalytiques dépressives (CHABERT, 2019). La disposition morbide du sujet se bâtit sur une communauté

théorique entre le deuil et la mélancolie. Ainsi, Sigmund Freud publia en 1915 son ouvrage éponyme.

Le sujet obnubilé par la perte subie n'a plus d'énergie libre, la plasticité du choix d'objet semble inhibée, sa libido rigidifiée. Lors du *deuil normal*, la libido régresse et un nouvel espace de création perce. Gravité tragique de l'existence exprimée par le dépressif, son débit et son élocution ralentissent, son intensité verbale est abaissée, certaines paroles s'inscrivent dans les restrictions et les précautions. Inadapté à la sphère sociale, le patient peut-il quand même énoncer des mots sans cette tonalité ? Ses semblables lui attribueraient-ils la même valeur sans celle-ci (WIDLOCHER, 1983) ?

Anne Lacroix, psychologue clinicienne, a mis en exergue d'après les travaux de Sigmund Freud et d'Elisabeth Kübler-Ross (LACROIX, 1996), 5 étapes fondamentales faisant suite à ce deuil saisissant. Elle décrit le déni, la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation (ENYOUMA *et al*, 2004) comme des réactions naturelles visant à l'intégration psychique de la perte, de quelque origine soit-elle. Le deuil est une transformation de la réalité et le travail de deuil, une transmutation du lien avec le mort.

L'interrogation majeure s'oriente sur le repli du patient lors du « travail de deuil ». Le renversement de la vie provoqué par le deuil, peut mener à des troubles psychiatriques ; une incapacité fonctionnelle qui se traduira par un trouble dépressif caractérisé ou par un deuil complexe persistant (CAMUS *et al*, 2016). La limite entre le physiologique et le pathologique est fine (BEROUD, 2014). La dépression induite par le *deuil normal* ou par la restructuration existentielle à la suite d'une perte, ne correspond pas selon Anne Lacroix à une « véritable dépression clinique » telle que les classifications psychiatriques actuelles la présentent. (LACROIX, 1996). Par ailleurs, l'épreuve de la perte met en place les mécanismes de deuil observables lors de la perte d'une personne aimée, d'une capacité ou bien l'abandon d'une position symbolique (par exemple : le passage d'une position de fils à celle de père). Le self est baigné de vulnérabilité et endeuillé.

La dépression est synonyme de souffrance psychique, le patient fixe le sujet perdu. Trois continuums psychanalytiques dans le deuil sont envisagés : la perte de l'objet, son incorporation

et son retournement moïque. L'illusion de l'existence de l'objet inaugure la souffrance individuelle.

Le deuil est aux yeux de la psychanalyse un processus collectif, universel tel que l'est l'expérience de la naissance. *L'objet a* du fœtus : le placenta, lieu d'évolution en toute protection, est perdu par la croissance du nouveau-né. La femme devient mère, son statut de femme enceinte est lui aussi égaré. Dénouement de l'unisson interpsychique normal, la mère atmosphérique évolue et devient une mère personnelle et corporelle. Multiples démonstrations de la vie sont interrogées par ce deuil originel. Le conjoint quant à lui devient père, la place symbolique des frères, des sœurs et celle des grands-parents est remaniée. Acteurs, agents, tous nous sommes exposés à la collectivité du détachement et de l'extinction. Cette expérience commune n'abroge en aucun cas la spécificité de chaque deuil. La naissance, acte de vie, questionne et empreinte parfois une allégorie destructive.

La mère vivante lors de la dépression post-partum est anéantie. Affaiblie, elle chute vers la mortalité et retire son siège relationnel créé avec son nouveau-né. Naturellement, la mère révèle à son enfant le monde vivant, l'existence d'une vie en dehors de ce partenariat. La mère dépressive, montre à son enfant cette vie par sa dégressivité. Elle inculque à son bébé la vision mortelle de cet environnement. La trace psychique de cette mère frigorifiée peut être intériorisée par ce bébé et l'assujettir toute sa vie. Ce chaos psychique, retrouvera sens dans la dynamique transférentielle lors de la cure analytique (ESTELON, 2012).

Mélanie Klein, par son étude psychanalytique sur les enfants et le trouble dépressif, met en lumière une étape fondamentale dans la vie d'un Homme. Moment-clé dans la croissance humaine, la « position dépressive » permet à l'enfant d'affronter le drame intérieur entre l'objet maternel qu'il considérait scindé en deux personnes (position paranoïde-schizoïde) : une mère « bonne », bienveillante et une « mauvaise », frustrante. L'enfant prend conscience que cet objet est unique, mouvant. Catastrophe psychique, l'enfant accepte sa double dépendance à l'être maternel. De plus, cette position détermine l'altérité future de l'adulte en devenir (KELLER, 2020). Cette expérience spécifie le destin du deuil. La peur de la perte de l'objet est transformée en une épreuve de la perte. La fuite de cette position dépressive aboutit selon Mélanie Klein à un état pathologique.

La dépression met en avant le sujet comme son propre objet de haine. Cette montée haineuse contre un sujet auquel il est socialement interdit d'extérioriser cette colère se retourne contre lui-même. Par cette haine contre soi, le sujet en vient à l'ennui. A travers cette bascule dépressive, s'ajoute la culpabilité. Cette culpabilité dépressive résulte du conflit entre les instances surmoïque (héritée des figures parentales idéalisées), hébergeur de la composante destructrice, et moïque régi par le principe de réalité, à la recherche d'une équilibration entre le surmoi et la réalisation des pulsions. La « culpabilité persécutrice » est affichée lors de la perte. Des sentiments d'angoisse et une activation de la machine fantasmatique des repréailles la circonstancie. Le Moi est alors labile et le Surmoi rigide et sévère. Témoin de l'auto-agression présente dans certaines dépressions, le Surmoi tend à des réparations maniaques. Lorsque le Moi est mature et intégré, apte à ressentir peine, responsabilités et désirs authentiques, surgit alors la culpabilité dépressive (GRINBERG, 2019).

Des Inconscients parentaux, autrement dit du regard de l'Autre à notre égard durant l'enfance, découle le dénouement des séparations vitales. Intériorisées sous la forme surmoïque, ces motions conduisent à fortifier l'ardeur des désirs ou entraînent la haine de l'Homme par l'enkystement dans la jouissance (ROBIN *et al*, 2005). La prospérité du deuil témoigne l'élan du désir. L'individu peut ainsi tuer l'objet en lui. Par le glissement métonymique des objets de désir, Jacques Lacan indique que le censeur autorise ensuite par son amour pour l'objet l'irruption d'un autre objet. Cependant, lorsque le meurtre intrinsèque est rendu impossible, le sujet s'auto-détruit, se tue réellement afin de faire survivre en lui l'objet de manière imaginaire. Dépressif, ses pensées suicidaires certifient la précarité de la vie. Pour sur-vivre, se sauver, il concorde un allègement, une annihilation des traits d'identification à l'objet (ROBIN *et al*, 2005). « *L'identification narcissique avec l'objet devient alors le substitut de l'investissement de l'objet, ce qui a pour succès que, malgré le conflit avec la personne aimée, la relation d'amour n'a pas été abandonnée* » (FREUD, 1917).

Dépression ? Chute de l'équilibre entre *hédonisme* et *anhédonie* (AUBRY, 2020) ?

L'ambivalence entre l'amour et la haine occupe une position dominante.

La dépression est-elle objectivée comme un échec de l'ambivalence ou sa directe conséquence?

Troublé par tant de souffrances, le patient désire au plus profond de son être assistance, il s'ingénue à restituer son tableau antérieurement, intérieurement figé. (DEROCHE, 2007).

Contestation non pas de la réalité mais de la légitimité symbolique, réfutant sa réalité, refusant la fracture entre son être parlant et le réel corporel, le patient révèle au monde sa division interne. Par la narration, le patient part en quête de son identité, de sa vie vécue et à venir.

Support d'une réconciliation avec soi, la narration, par l'écriture, la lecture ou l'échange entre malades fait éclore une réintégration du sujet avec sa temporalité et son histoire. Elle concède à une réinscription des sens. La suspension des relations inhérente à la maladie inscrit le patient dans un « *désastre du narratif* » (RICŒUR, 1992). Une lettre agglomérée forme un mot qui incorporé dans une phrase va rassurer le patient, et de suite l'immerger dans un contexte narratif. Ainsi jailliront l'ordre et le sens personnel du discours. Paul Ricœur, lors de la détermination de l'identité narrative, dénomine deux pôles : la mêmété et l'ipséité : une identité fixe et constitutive d'une part : la mêmété et une conception labile, fluctuante de l'être, fondée sur la promesse : l'ipséité (ROBERT, 2021). Cette identité personnelle, conçue sur la narration, a été bâtie pour résoudre l'interrogation du maintien de l'identité au cours du temps. Face à l'exclusion des rapports de force et de symbolisation liés à la souffrance, Ricœur énonce la souffrance d'un point de vue victimaire. Le sujet, incapable de faire, impuissant à l'élaboration du récit, souffre. Sur l'instant, le fil narratif est rompu. Saint-Augustin évoque la dialectique du présent entre mémoire, attente et attention, arrachée dans la souffrance. Le tissu narratif dans la souffrance semble déchiré (RICOEUR, 1992).

Du point de vue ricœurien, pour que l'histoire se raconte, doivent survenir des événements, nommés facteurs de discordance. Puis, dans le but que ce récit prenne fin, ces facteurs princeps sont conjointement facteurs de concordance. Ainsi, discordance et concordance fondent l'historicité. Dans une prolongation conceptuelle, le philosophe indique l'importance de l'imprévisibilité événementielle. Il s'agit de personnages de fiction à l'aune de l'action.

La perspective analytique quant à elle, suggère l'échappement du sujet à certaines parcelles de son histoire. Cet éboulement a eu lieu lors du refoulement originare. L'accès aux couches les plus profondes ne sera donc que partiel. L'historicité psychanalytique est donc lacunaire, la mémoire auto-biographique se caractérise à juste titre par son absence, par son manque. Il convient de faire abstraction à l'émergence de l'entièreté de l'histoire du patient sous forme d'un récit de vie. Au premier abord, psychanalyse et récit semblent à des pôles strictement distincts. En effet, l'association libre n'est pas synonyme de récitation. Empêchant de plus la libération et l'interprétation des irruptions Inconscientes typiques de la cure, l'animation de

l'association libre, diverge de la narration par l'appel aux processus secondaires. Ces processus contrôlent la libération de l'énergie pulsionnelle lors de l'élaboration du récit et sont au service du principe de réalité (or la libre association est régie par le principe du plaisir). A la censure énergétique dans le cadre narratif, la puissance pulsionnelle n'est plus régulée et est naturellement libérée dans le cadre onirique. L'analysant au cours de sa diction triture comme il le souhaite à l'infini les récits de ses rêves ou de ses expériences biographiques. Il approche ainsi de plus en plus près les parts sombres de sa psyché. L'inaccessible, bloqué par la structuration narrative, la mise en action de l'appareil défensif ne permet pas à l'Inconscient de s'exprimer en totalité (KATZ-GILBERT, 2019). Muriel Katz-Gilbert exprime que « lorsque (le récit) est au service du processus de symbolisation, lorsqu'il permet au sujet de renverser la passivité en activité, alors il fait battre le cœur de la cure ! »

Selon Claire Marin, l'approche psychanalytique par la permission du récit rend à l'être une représentation vitale. Médiée par la parole, la dimension du « cure » de la cure analytique, analyse la manière dont la parole prend corps. Pansement du patient, l'analyste l'aide à se raconter. Il devient objet de parole et rompt avec la passivité historique intime. Une nouvelle habitation de son corps et de son âme se construit, reflétée dans son regard ébahi. Face à l'exil de soi, à l'écart entre le soi et soi, le patient fragilité, torturé, menacé ; par la narration, réintègre et recoud ses pans brisés.

Ces malades dépouillés de leur identité, expérimentent le dénuement identitaire. Dévoilée par la pathologie, l'identité artificielle à laquelle ils se soumettaient se dissout au fil du temps. Source de terribles souffrances, ce *faux-self*, théorisé par Donald Winnicott est occasionné par les forces de pressions extérieures exercées sur le sujet. La maladie arrache aux yeux du monde cette fausse identité. Par sa force destructrice, la maladie parfois défigure, torture. Une fois éclipsée, cet être, ombre de lui-même, se libère de cette insupportable tension.

Une lueur d'éclaircie peut cependant illuminer le chemin. En effet, Oliver Sacks, émet l'omniprésence « d'un moi qui palpite » dans le cadre des pathologies psychiatriques (SACKS, 1992) ; (MARIN, 2014).

Défaillance de reconnaissance de son être mais conscient de sa division, le sujet oscille entre un « je » actuel et contesté et un « je » regretté. Spectateur de sa propre psyché, le malade voit son Moi se fragiliser. Les instances symboliques se brisent, faute de repères, de reconnaissance, le Moi se trouve exposé à la vulnérabilité dépressive (MELMAN, 1991).

L'homme est confronté aux limites de la demande amoureuse, assujetti au besoin d'amour il est façonné par les trois formes lacaniennes d'altérité que sont le Réel, le Symbolique et l'Imaginaire. Ces entités dessinent le désir du sujet. Jacques Lacan, par son retour à Freud, exprime le trouble dépressif comme la réalité inversée du désir car résultant d'un deuil pathologique. « *Tant qu'il existe des échanges actifs entre nous-mêmes et le monde extérieur, que ce soit par la pensée ou par l'action, notre vécu subjectif n'est pas celui de la dépression : l'espoir, la peur, la colère, la satisfaction, la frustration ou n'importe quelle combinaison de ceux-ci, peut être ressentie. C'est quand l'échange cesse que la dépression survient (et se poursuit), jusqu'au moment où de nouveaux modèles d'interactions s'organisent par référence un nouvel objet ou but...* » (ROBIN et al, 2005)

« *Réanimateur du gelé vivant, réanimateur de l'âme* », le psychanalyste Pierre Fédida songe au fait que le dépressif par sa pathologie s'identifie à la personne éclipsée, se façonne en lui une sépulture d'un mort oublié (FEDIDA, 2001).

Dans son ouvrage *Inhibition, symptôme et angoisse*, Sigmund Freud rapproche la dépression et l'inhibition. « *L'inhibition globale caractérise les états dépressifs et le plus grave d'entre eux, la mélancolie* ». Pour renoncer à un conflit avec le Ça, l'inhibition est une opération d'abnégation du Moi. Dans l'autopunition, l'inhibition fuit le conflit avec le Surmoi (FREUD, 1926).

Lacan énonce la résultante de la dépression comme « lâcheté morale » conçue sur le mode d'une faute éthique, conséquence d'une séduction, ce(da)ssion de son désir propre (WIDLÖCHER, 2002).

« *Dans le deuil, le monde est devenu pauvre et vide, dans la mélancolie, c'est le Moi lui-même* », les cliniques dépressives rencontrent régulièrement un Moi terrassé, une estime de soi réduite. Le moi enserré se trouve dépravé, paralysé, il ne peut plus être investi. En miroir, le monde extérieur semble fade, la dépression illustration d'un désir perdu. Malgré la profonde dévalorisation de soi, Widlöcher énonce le fait que chez sujet sans joie subsiste cependant

l'attachement aux choses. La libido, inapte à se fixer sur un autre objet, se trouve retournée et instaure une identification du Moi vers l'objet, une personne aimée qui a réellement déçu le sujet. Cette ambivalence pulsionnelle souligne le fait que la mélancolie soit liée à une perte d'objet et à une régression sur le Moi (WIDLOCHER, 1998).

Le soin psychanalytique de la dépression

L'entrée en analyse d'un patient dépressif fait suite à un deuil intérieur, une absence d'autonomie dans la vie psychique et relationnelle. Il ne peut se heurter seul à ses difficultés et fait appel à un tiers analytique. La réflexion psychique dense précédant la prise de rendez-vous est le fruit d'un désir de changement, d'une prise de conscience. La cure débute par la naissance d'une relation transférentielle. Le couple analyste-analysant va ensuite plonger dans une dualité mère-enfant. Puis, bercé par les flots de l'âme, le travail se poursuit vers l'affermissement de l'identité et le dénouement des conflits conscients, pré-conscients et inconscients, jusqu'au détachement du patient à l'analyste. Alors le couple songe au *decrecendo* de la cure et à son aboutissement. L'assomption de la dépression associe une transformation de la vie psychique liée à des oscillations de stabilité et de mobilité, acquiesçant son unité psychique et corporelle malgré les liens et périls traversés (NACHIN, 2009).

Desserrer l'étau intérieur, la pulsionnalité analytique souscrit l'analyste à la construction d'hypothèses. La résonance des vécus infantiles de l'analyste, révèle chez le patient de profondes vérités. De la prise de conscience des sentiments enfouis et de cette collaboration renaissent des images infantiles refoulées. Édifier, décortiquer les forces qui rendent prisonnier le patient pour l'amener à la découverte de son histoire, à la compréhension de sa présence et de ses actions dans le monde.

Déployer ses ailes, faire grandir son Moi et alléger son Surmoi, adoucir, apprivoiser sa personnalité pour la libérer de son carcan, de ses fluctuations dépressives, miment les buts de la thérapie analytique. Privé de la vue de l'analyste, le passage à une position régressive sur le divan, engendre l'émergence d'une concentration intense. De plus, cela absout l'analyste du regard de l'analysant ; il a donc libre cours au repos et à ses interprétations. Le cadre précis de l'analyse vise une ouverture, une lueur d'espoir au patient dépressif, une amorce de reconstruction, un voyage vers un plus bel avenir. L'analyste dans son espace de création consent à procurer au patient une valorisation, il aspire à lui offrir un goût unique à la vie (GEDANCE, 2007).

La thérapie systémique

*« Marcheur, il n'y a pas de chemin
Le chemin se construit en marchant »*

Antonio Machado, 1917

Né, désiré, adopté, terrifié, l'individu en amont de sa conception s'imprègne du microcosme réel et imaginaire l'enveloppant. La thérapie systémique pense son patient comme enserré dans un système défaillant, non pas isolé dans la tempête mais prisonnier dans les mailles d'un filet. Au sein de ce tumultueux voyage, à travers le prisme thérapeutique, une fenêtre florale s'ouvre au cœur de la vie familiale. Cette réunion thérapeutique mobilise les esprits par la parole vagabonde qui parfois émerge, parfois submerge les semblables. Dans cet orchestre cacophonique familial engendré, le thérapeute, par l'étude des relations complexes formées, tente d'abolir les rayons diabolisés pour que dérive cette roue pathologique. Pas uniquement théorique mais aussi pratique, la systémie utilise des outils de telle sorte que la théorie et la clinique se fondent en un même corps. Elle introduit dans ses fondements une instrumentalisation spécifique dans le but de métamorphoser le regard sur les relations échafaudées.

Les bases théoriques

« Autrui joue toujours dans la vie de l'individu le rôle d'un modèle, d'un objet, d'un associé ou d'un adversaire, et la psychologie individuelle se présente dès le début comme étant en même temps, par un certain côté, une psychologie sociale, dans le sens élargi mais pleinement justifié du mot. » (FREUD, 1921)

La tragédie collective des années 40 bouleversa les pensées. L'unité familiale référentielle se trouva fracturée. Dans ce contexte d'après-guerre, la diversité des thérapies familiales crût.

Les premières études de ce modèle se sont penchées sur la schizophrénie. Le modèle systémique princeps est conjecturé sur le « lien-symbiotique » - interaction mère-enfant - pathologique. L'enfant, individuellement malade, éloigne l'objet maternel de la pathologie. Sa réciproque est aussi vraie (la mère malade protège son enfant de la pathologie). La « théorie générale des

systèmes », celle des « types logiques », et la fin de l'ère individualiste, concourent à l'avènement de l'École de Palo Alto; traceur des bases de la thérapie systémique de la famille sous la coupe de Grégory Bateson. Trois orientations bâtissent sa renommée : une théorie de la communication, une conception et une méthodologie du changement, et un principe thérapeutique.

Deux noms apparaissent dans sa préhistoire : Natan Ackerman et Gregory Bateson. Ce dernier, anthropologue, s'expose en épistémologue de la communication. De manière concomitante, la cybernétique, l'étude des processus de contrôle et de communication entre l'homme et la machine s'étend. Elle déploie l'existence commune (à l'Homme et la machine) d'une boucle rétroactive (positive ou négative). Celle-ci équivaut à une auto-évaluation initiale suivie dans une seconde étape d'une correction. A l'image d'un flux continu et d'un circuit fermé, chaque membre du système influence l'autre dans le même temps que l'autre influence son semblable. L'école de Palo Alto qualifie les relations telles de vastes systèmes de communications qui se répondent et s'impliquent mutuellement. Selon un schéma de causalité circulaire, il est loisible de dégager un ensemble cohérent de règles et de concepts pour le système, une sorte de « logique de la communication » (MARC, 2020). Le principe de rétroaction transforme la causalité linéaire en une conception circulaire dans laquelle chaque membre transmet à ses descendants représentations et expériences des générations précédentes.

A l'interface entre la communication et l'éthologie, la thérapie systémique affecte un espace proéminent à l'étude de l'individu macroscopiquement entouré. Le problème intrapsychique est ainsi exporté vers la contextualité des faits. Le système en action dans son environnement agence cet ensemble éponyme.

La famille : matrice de l'agir, peut être désignée soit en tant que système au sens strict soit en un réseau relationnel en perpétuelle interaction. Le dynamisme familial, sa structuration, ses modèles, ses mythes, ses normes montrent à quel point le sujet est ancré, en-cadré. Le principe de totalité pose la famille comme non-réductible à la somme de ses composants à l'image du modèle de l'atome (principe d'émergence). Son corollaire est énoncé par le principe de non-sommativité : « *Le tout est plus que la somme de ses parties* » (DUPONT, 2017).

Selon Donald Don De Avila Jackson, chercheur, membre du mouvement de Palo Alto, la famille se conjecture sur un mode homéostatique. Une posture d'équilibre interne est fécondée

par la rétroaction négative et le double-blind (ou double-lien). Dans ce but commun, des règles familiales sont érigées. Ni explicites, ni conscientes, elles ne sont révélées que par la présence thérapeutique. Moins pathogène est le système que les relations qui les lient dans la thérapie. Ainsi la classification binaire, normée de famille dite « normale » ou « pathologique » n'est appropriée.

Paul Watzlawick, membre distingué du Mental Research Institute (MRI), a vu sa théorie décliner, et de nouvelles tendances émerger. L'avènement de la seconde cybernétique a remis en cause les tendances homéostatiques des systèmes. La thérapie systémique s'est ainsi orientée vers la spontanéité des systèmes vers la modulation de la tonalité thymique. Le cadre thérapeutique qui rassemblait autrefois la totalité des membres familiaux s'est aujourd'hui assoupli notamment grâce à la mise en place d'outils (DOLLE-MONGLOND, 2021).

Le passage d'une tendance stratégique avec le recadrage comme dispositif crucial à une tendance dite structurale expose la famille en ensemble de sous-systèmes autonomes et spécifiques, délimités intrinsèquement par de variables frontières. La nature de cette ère structurale évoque la domination de la communication. De cette modalité langagière, découlent les conflits. Virginia Satir convoque, dans une tendance alternative, le sujet, l'importance de son histoire, et de ses mémoires (SATIR, 1983).

Embrigadé dans un système d'interactions pathogènes, le patient « désigné » renvoie à une souffrance partagée. La famille, foyer symptomatique, se dresse en un levier de changements thérapeutiques. L'unité familiale : matrice du développement psychique.

Étude des actions et des réactions de chacun des membres familiaux, la thérapie familiale cultive une vision élargie de la famille par la liaison du patient à son environnement. Ce dernier se place comme illuminateur d'un dysfonctionnement interrelationnel dans lequel règne une interdépendance. Fondée sur *l'hic et nunc*, elle vise la *rupture* de la viciosité du cercle dans lequel circulent les événements pathologiques (DOLLE-MONGLOND, 2021).

Les représentations sociales : accès et place du patient

La thérapie systémique, réputée plus courte et rythmiquement moins dense que la cure analytique typique, s'effectue de manière individuelle, en couple, ou en présence de l'intégralité du système. Tantôt dans sa transgénérationnalité, tantôt à échelle restreinte, elle se déroule généralement mensuellement. La tendance individualiste dominante de nos jours a accentué l'idée d'une thérapie brève évoluant sur une dizaine de séances.

Des chaises forment un cadre circulaire, une table, un bureau rompent avec la présence du thérapeute, la présence de matériaux (tel qu'un tableau par exemple), s'avère toutefois profitable. Les alliances positionnelles sont révélatrices d'un système psychique de pensées. En fonction des conflits actuels, la famille se placera spatialement, somatiquement différemment (LEMOINE, 2021).

La manifestation de situations conflictuelles n'est pas l'unique promotion des thérapies familiales. Les familles en apparence paisibles sont parfois en proie à diverses problématiques. A l'œil, échappe parfois la complexité des psychés. Dans ce cadre thérapeutique, la systémie conspire à la mobilisation des ressources de chacun vers une évolution des positions affiliées. Il est cependant vrai qu'elle semble particulièrement accoutumée à la criticité événementielle, ainsi qu'à la détresse familiale.

Peu connues du grand public, au contraire des thérapies individuelles, les thérapies systémiques meublent une élaboration groupée. Pour des questions de praticité, il n'est pas toujours aisé de réunir la famille au grand complet (parents, grands-parents, enfants...). C'est pourquoi la thérapie individuelle se fraye de jour en jour un passage dans l'abysse systémique (DAURE, 2019).

Traditionnellement, ces thérapies sont pratiquées simultanément par plusieurs thérapeutes, elles sont communément binomiales. Un thérapeute prend part au discours et se poste avec le groupe familial tandis que le second assiste aux entretiens par transmission vidéo ou se trouve logé derrière un miroir sans tain : illustrateur d'un superviseur. Pour l'individualiser de la position prenante du thérapeute, ce partenaire de soin s'installe comme observateur, externe mais acteur. Divers modèles cisèlent cette perception, l'école de Milan prône par exemple la mixité des binômes pour étirer l'éventail interactionnel (PICARD, 2020), (DOLLE-MONGLOND, 2021).

Les outils systémiques utilisés durant la thérapie

L'usage du langage non verbal par le biais d'outils occasionne une vaste ouverture du champ systémique. Leur manipulation vise à transcender la parole, à dépasser les mots, à cheminer vers la sensibilité. Pour Philippe Caillé, les mots asphyxient le sujet. La puissance des émotions dégagées, motive l'élaboration d'une sémiotique spécifique.

Grâce au mythe familial et au ciment affectif, la famille subsiste. La souffrance du patient s'exprime généralement sur le mode analogique. Cette sémiotique syntonise le langage habituel et facilite l'activation d'une mémoire « implicite » forgée par les expériences et les apprentissages hors du champ conscient. Le champ systémique fait référence à la self healing tautology, autrement dit à la « capacité d'autoguérison ». Comme toute thérapie, la systémie convie le sujet vers son autonomie (CABROL-MALKA, 2017).

L'emploi d'outils thérapeutiques se justifie dans le but de découvrir de nouvelles opportunités, de développer l'identité familiale et personnelle. Ces bouées flottantes guident un travail mémorial, cartographique et réflexif. Outil phare des thérapies systémiques, le *génogramme*. Ce dernier illustre de manière graphique le système d'appartenance du désigné. Riche d'informations nouvelles, le génogramme structure le récit du patient. A rythmique lente et adaptée, il simplifie la vision mécanistique, historique et familiale (DAURE, 2019).

La *chaise vide du tiers* est cet objet flottant usité lors de l'absence d'un membre. Grâce à elle, l'entité familiale est entièrement symbolisée (CAILLE, 2012). Ce révélateur structural est à prioriser lorsque les familles souhaitent un effort, lorsqu'elles soumettent un désir énergétique dans l'émission de cette alliance thérapeutique.

Que cela soit dans le couple, ou lors des thérapies systémiques individuelles, les objets flottants se placent comme souscripteurs de la métaphorisation. Ils allient bienveillance, finesse, engagement et attention. De plus, ils proclament la nécessité de l'humanité, de l'authenticité et de la créativité (DAURE, 2019).

La *métaphorisation* transloque une aire de sens à une autre, et révèle le niveau mythique familial. A l'aide de représentations de l'intime, notamment des rêves, elle débute par la multiplicité expérientielle et s'abouche par l'établissement de connexions vers une unicité. La *sculpturation*, outil basé sur le langage analogique, explore conjointement les dimensions

temporelles, spatiales et dynamiques. De cette représentation symbolique relationnelle émerge une trace ancrée dans la conscience implicite. L'effacement proéminent de la parole, montre néanmoins une des actions de la sculpturation : la capture des instantanéités vitales familiales. Lors d'un blocage ou d'une suspension thérapeutique, ces objets orientent le patient vers le mouvement. Signature des comportements présagés, elle est révélatrice d'une argumentation consciente implicite des sujets (CABROL-MALKA, 2017). La sculpturation touche profondément aux valeurs émotionnelles du sujet. Elle éveille, ré-éveille l'inédit lors d'une dite-situation. Nait, grâce à elle, parfois une dynamique artistique. L'outil développé notamment par Philippe Caillé, des *sculptures du temps familiales*, décrypte la dimension temporelle familiale. La valse narrative non verbale (en trois temps : passé, présent et futur) se chorégraphie pour se muer en une narration. Le thérapeute, lecteur, conteur, abouche les lacunes familiales vers la redynamie (GOLDBETER-MERINFELD, 2012).

Certains objets flottants sont dits à visée diachronique. Inventée de toutes pièces par le thérapeute, le *conte systémique* fait partie de ces objets. Grâce à cela, le systémicien crée un « miroir turbulent » : une image miroir du système du patient dans lequel se divulguent des points divergeants. Après avoir raconté une partie de ce conte, le thérapeute suspend sa lecture et incite son patient à imaginer la suite (CAILLE, 2012).

Dans cette même catégorie siège le *jeu de l'oie systémique*. Le déroulement de la partie s'effectue en un premier tour de 10 cases, les participants attribuent à chaque case un événement familial commun. Cette phase initiale de jeu modélise la temporalité des faits vécus, leur mise en récit et leur gradation par évaluation de l'importance émotionnelle de chaque individualité. A la suite de ce tour princeps, un second est initié et un joueur lie à la case une carte dérivée du jeu de l'oie composée d'un versant positif et négatif. A la fin de la partie, chaque participant rédige quelques lignes sur le début de leur histoire et sur la suite des événements inventoriés. Le temps terminal convoque des perspectives de projections mais aussi le désir d'un avenir à construire (CAILLE, 2012).

L'exemple de la thérapie de couple

Le tandem amoureux est de nos jours source de flottements justifiant l'essor des thérapies de couple. Au sein de ce duo, la relation est en perpétuel développement. Elle fend les crises récurrentes pour prioriser la sauvegarde du couple. La sur-passion de celles-ci soutient la vivacité relationnelle (HEFEZ *et al*, 2002).

Dans les premiers instants, le tango passionnel unit les deux amants. L'illusion duelle sculpte le leurre d'une modélisation d'un « Nous » pactisé, d'une juxtaposition de « Je » délimités. La réalité est autre. De la conjugaison de ce « Nous », accouche le « Je ».

La folie amoureuse mène à l'élévation du partenaire, chaque être refoule le déplaisant, le disgracieux, et met en place des mécanismes de défense pour fuir l'inimaginable réalité.

Monde chimérique, absence de conflit, la folie amoureuse dissipe l'ambivalence. Mais le retrait du regard de l'autre, l'absence de ce partenaire si précieux, détruit tout le « bon » partenarial. De ceci, découle parfois l'avènement meurtrier ou dépressif. L'identité de l'individu valse, dévale la vallée amoureuse jusqu'à une perte d'identité.

Dilemme entre épanouissement et contrainte. La première crise se positionne moins comme une demande de destruction qu'une volonté de changement face à la réalité. Cette confrontation impose une redéfinition, un aménagement de l'initiale création.

Une désillusion s'opère. L'individu lit chez son partenaire ce qu'il ne voulait remarquer. A l'heure de l'incompréhension, cet invisible s'éclaire avec lucidité. Cet aveuglement vise à songer le monde autrement. L'investissement d'objets nouveaux mène à une alimentation neuve de la vie du couple.

L'instabilité de l'alliance non sanguine édifie l'équilibre de tout un chacun, notamment dans le socle familial. Le couple modélise son propre mythe basé sur les histoires familiales respectives, sur les cultures et les différences. Il est conjointement pensé, élaboré et matérialisé en toute souplesse pour garantir le bien-être commun. Les mythes inconscients, implantent la mer (mère), conflictuelle. Ces situations ne sont donc dénuées de sens et investissent les racines de l'être.

Parfois, un élément extérieur implicitement désigné donne au couple une solidité aussi source de difficultés. La haine s'impose parfois en moteur de la dynamique unique du couple. A

l'ombre de la souffrance ou de l'indifférence, mieux semble l'émergence de la haine qui promet un sentiment d'existence. En chaque membre se faufile alors une victime expiatoire.

Fuir cette altérité, s'extraire de la réalité, s'exiler d'un amour faussement responsable de l'appauvrissement de l'humain ?

Le malaise conjugal révèle l'ego excédé, desséché. La rupture amoureuse plonge l'être dans la vacuité et l'acuité de la faille obscurcit toutes les possibilités. L'écart entre les deux amants indispose, alors la *rupture* s'impose. La démolition d'une création a pour effet un vacillement de l'identité, l'opération d'un « je » au devenir fissuré. La fluidité de la chorégraphie amoureuse se rompt. La perte de la présence enveloppante et rassurante de l'être aimé atteint l'intégrité. La psyché et la corporalité sont brisés, le mal béant proémine face à la relation, face à la composition (HEFEZ *et al*, 2002).

Est-il toujours concevable de se réinventer bien que défiguré ?

La thérapie systémique se lance alors dans la quête des aboutissants. Lorsque le partenaire souffre, une relation soignant/soigné peut s'instaurer. Quand un membre est déprimé, autrui peut veiller sur lui tel un relationnel liant *mère et enfant*. Le symptôme persiste et parfois semble stabiliser ou justifier la relation. Le travail thérapeutique se fonde sur l'élaboration d'espaces de liberté afin de respecter les individualités. Un partenaire ne peut se désigner comme thérapeute de l'autre. Le thérapeute : c'est l'unité, le couple dans son entité.

Un des objectifs peut être la résurgence d'une empathie vis-à-vis du compagnon de vie. La systémie évite à la linéarité de la pensée de s'immiscer.

La mauvaise cohérence dyadique joue-t-elle un rôle dans le développement et le maintien des symptômes dépressifs ? Le diptyque physique et psychique caractéristique du trouble dépressif semble s'amorcer plus aisément lors de perturbations dans les relations. Une corrélation entre traitement des liens amoureux et rémission du trouble dépressif a été démontrée (GERVASONI, 2005).

Division, distance et opposition qualifient cette relation agnostique. Là où la dynamique créatrice prévalait, s'insère alors un déséquilibre entre rationnel et émotionnel dans lequel se dernier remporte le trophée. La concentration sur ses propres réactions, fréquemment liée à des situations infantiles non *dépensées*, tire la relation vers la déstructuration. L'incompréhension, elle-même facteur de discorde, antagonise les polarités prises par les protagonistes. Le retour

de la linéarité avec une posture égocentrée témoigne cette absence d'unité avec pour seul projet l'hostilité.

La rancœur, pour rendre ou reprendre son cœur prêté au partenaire jadis aimé ?

« Sans qualité », le partenaire de vie est démantelé, dévisagé. Assailli de reproches, il se passerait bien de cette *présence* dans l'absoluité. Interrompre ce *modus vivendi* ou moduler ce mythe édifié, pour ciseler ce commun malheur ? Non, l'accusation est vaine de toutes tentatives de solution. Chacun s'entête dans sa position de victime vers une autojustification (PICARD, 2020).

Autrefois, le couple-institution reposait sur une identité de mode appartenancier. Cette convenance se référait à une autorité sur un mode paternel, à une culpabilité de principe, à l'injonction à une intimité sexuelle. Ces critères préméditaient la longévité de l'amour. Les identités partenariales se conjugaient grâce aux appartenances groupales. Les divers rituels concédaient à une identification à un groupe d'appartenance qui, parfois, menait à une pseudo-spéciation. La pseudo-spéciation énonce que les différents groupes viennent à se définir comme des espèces à part entière et, donc, se conduisent avec les autres groupes comme s'ils étaient d'espèces différentes. Aujourd'hui, notre société privilégie le mode connectique. Il juge le développement du soi, la mise en perspective de différents espaces individuels, vitaux et libertaires. Cependant, ces couples mutants œuvrent à l'exhibition de leur « extime », de leur jouissance (GAILLARD, 2009). La sculpturation dans la thérapie de couple est à l'origine d'une mise en exergue des schémas interactionnels dynamiques. A la lumière du mode relationnel, la sculpturation illumine *l'absolu relationnel* lors d'un mode appartenancier. Cet absolu, durement perceptible, imprononçable, est cet être avec lequel un partenaire donne plus qu'il n'offre à son couple. Dans le modèle connectique, cet absolu n'est plus approprié, mais l'outil sculpturatif peut décrypter les flux émotionnels actifs, la « collusion inconsciente » (« Jeu en commun » (WIRTH, 2016), Je en commun inconscient du couple), voire son « pacte dénégatif » (CABROL-MALKA, 2017).

Grâce à des pas de danse institués, le couple traverse un parcours préalablement déterminé dont les objets flottants présents sont dits de « saisie évolutive programmée ». Ainsi chaque partenaire s'essaie à définir sa place au sein de ce parcours balisé (CAILLE, 2014). Le protocole

in-varié (varité philosophique) de la thérapie de couple selon Philippe Caillé, se déroule de la manière suivante :

- A la suite de la négociation initiale, le couple fixe sur 10 séances de thérapie répartis en 3 à 4 mois :
 - 2 séances de sculpturation (sculptures vivantes et tableaux de rêve).
 - 3 séances individuelles avec chaque partenaire à propos de courts changements comportementaux.
 - 1 séance commune d'évaluation provisoire.
 - 3 séances individuelles avec prescriptions paradoxales à chaque partenaire. Il s'agit d'une prescription du symptôme et de règles dysfonctionnelles pour semer la pagaille, la confusion, moteurs de création, libérateur du symptôme et des comportements résistants (PARRATE, 2008).
 - 1 séance de clôture.
 - Puis 1 séance facultative de contrôle un an après la thérapie.

Ce modèle type est inspiré de celui d'un essai clinique de Phillippe Caillé et est à nuancer et à adapter comme tout objet.

La désolidarisation de soi et des concepts imposés par la société ; la quête de l'intime vérité semble basée sur l'expérimentation et la transgression moderne. Elles sont menées après l'expropriation des impositions et des figures figées. Ainsi, cela conduit à la singularité des parcours, à l'exposition sincère de l'intimité. Cet être au monde, inclus dans le monde, fait l'expérience du vivant, non pas statué, ni figé. Il s'élançait vers la vitalité.

Merleau-Ponty, se réfère à Montaigne et à sa phénoménologie à propos de l'épreuve de soi, il fait écho à la connaissance et à la construction de son intérieur. Il inscrit l'obscur dimension de chaque humanité à parvenir à la révélation. « *La connaissance de soi chez Montaigne est un dialogue avec soi, c'est une interrogation adressée à cet être opaque qu'il est et de qui il attend une réponse, c'est comme un « essai », une « expérience »* (MERLEAU-PONTY, 1947).

L'épreuve parfois englu le sujet, parfois le freine, l'amoindrit, dans ces cas est-il envisagé de conjuguer le sujet « véritable » avec l'épreuve vécue ou fait-elle de l'être un objet, un Homme réifié, endeuillé ?

« *Le souci de soi-même est une sorte d'aiguillon qui doit être planté là, dans la chair des hommes, qui doit être fiché dans leur existence et qui est un principe d'agitation, un principe de mouvement, un principe d'inquiétude permanent au cours de l'existence.* » (FOUCAULT, 1982).

Les thérapies cognitives et comportementales

« La fragilité fait réciprocité entre celui qui l'endure et celui qui sait l'écouter, et de cette rencontre jaillissent des fulgurances qui fertilisent leur humanité respective »

LAFAY, 2021

A la différence d'autres psychothérapies déjà étudiées, les TCC ne prennent pas appui sur la clinique mais avant tout sur des études théoriques. A la suite de phases exploratoires pertinentes et efficaces, les postulats laborantins atteignent l'espace clinique. L'objectif premier des TCC est la modification des comportements inadaptés et des pensées dysfonctionnelles. De nos jours, cette approche se complète de la dimension émotionnelle. Basées sur les EBP équivalent des EBM dans le domaine médical, elles sont ainsi dites scientifiques. Indépendance et cohérence forgent les TCC qui au fur et à mesure du temps se sont amplifiées et concourent à des pratiques intégratives. Les lectures actuelles de divers ouvrages identifient trois vagues distinctes. La première tendance est celle du comportementalisme suivi d'un flux cognitif pour aboutir à une prise en considération des émotions.

Les bases théoriques

Du structuralisme et du fonctionnalisme a émergé le **comportementalisme**. Ce premier modèle structurel avait pour but d'objectiver de manière systématique la conscience humaine, de l'isoler et d'étudier ses divers fragments. Cet échec de l'introspection solitaire a donné lieu au rebondissement suivant : le **fonctionnalisme**. Luttant contre la réduction uniquement psychologique du sujet, William James, suggéra l'adaptation de l'être humain à son environnement comme base éducatrice. Se heurtant au concept linéaire premier, il considéra avec John Dewey, un réflexe entre la réponse et le stimuli. Il enseigna l'enrichissement de la stimulation par la réponse. Ci-dessous, se déploie un arc réflexe entre la réponse et le stimuli.

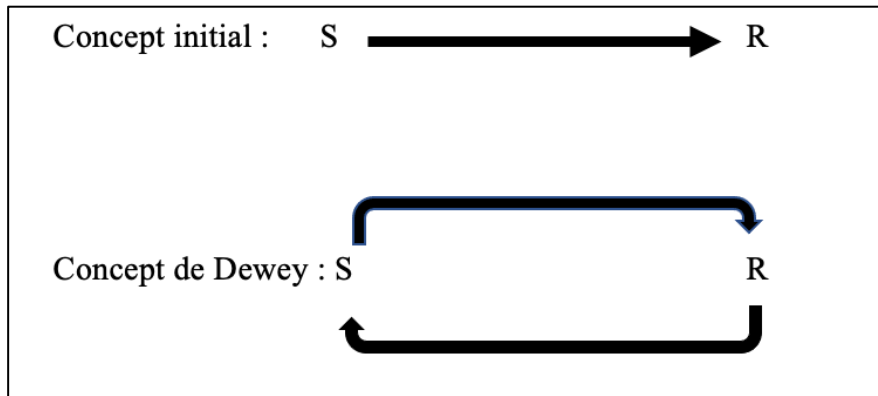


Figure 4 Arc réflexe : Dewey, 1986 (CHAPELLE, 2016)

John Watson, au début du XX^e siècle, désigné comme fondateur du **comportementalisme**, cibra pour ses études le comportement. Selon lui, en le comportement semble se placer un objet d'étude identifié, isolé, stable et fiable. Ne niant pas la conscience, il la sortait simplement du champ analytique. Le comportementalisme cherche à caractériser l'objectivité : les faits immédiatement observables et contrôlables. Anderson, en 1985, nous rappelle que sans cognition, il est difficile de broser un portrait complet de l'humanité (CHAPELLE, 2016).

Au fur et à mesure de sa vie, l'être humain apprend à réagir aux différentes situations environnementales à sa portée. Ces réactions automatiques, parfois inadaptées, peuvent se potentialiser et laisser poindre, par leur amplitude et leur fréquence, des symptômes. Ainsi, pour pallier ces comportements, ces réactions automatiques peuvent être désappries. Cette approche behavioriste, repose sur les théories de l'apprentissage. Primairement, **l'apprentissage répondant** ou Pavlovien fut étudié. Cependant, masquant progressivement la personne, sa vie mentale et la signification des situations, le comportementalisme s'est ouvert à la théorie de **l'apprentissage opérant**. L'absence d'automatisme caractérise ce type d'apprentissage. Burrhus Frederic Skinner voit dans l'apprentissage opérant une dépendance aux stimuli le provoquant mais aussi une dépendance à ses conséquences. De la variabilité des réponses de l'organisme, le comportement sera reproduit ou non. Lorsqu'il est à l'origine de récompenses, le comportement sera dit « renforcé ». Dans le cas contraire, autrement dit lorsque les conséquences seront désagréables, le comportement sera dit « puni ». Les renforcements positifs ou négatifs concourent à l'augmentation de la fréquence comportementale. Le renforcement négatif (l'éviction d'une situation angoissante soulage le patient qui réitère donc ces évitements) par la force des facteurs de maintien ou des bénéfiques secondaires suscités, entretient les troubles. Notre vécu quotidien utilise plus fréquemment le conditionnement opérant (BOUVET *et al*, 2020).

A propos des TCC et du behaviorisme, nul ne peut ignorer les théories d'Ivan Pavlov et l'apprentissage répondant.

A partir de la célèbre expérience de ce physiologiste, est né le **conditionnement** animal. En effet, en livrant la nourriture à ses chiens et en y associant le son de la cloche, Pavlov comprit qu'au simple son de celle-ci, les animaux salivaient. Cette salivation, réaction apprise par les chiens, résulte de l'automatisme peu malléable des réactions animales. Deux cadres permettent cette réponse : une répétition temporelle entre le stimuli et la réponse ou bien une puissante stimulation, marquante pour le sujet.

Cet apprentissage répondant se montre-t-il comme nécessaire à la survie de l'espèce ? Pavlov démontra que toutes sortes de stimuli pouvaient être liées à des réactions organistiques automatiques. Témoin de l'importance de conservation des interactions avec l'environnement, notre psyché en garde vitalement les traces. Marqueurs d'empreintes de nos échanges avec l'environnement, Pavlov a montré que certaines bactéries, plantes, insectes avaient la capacité d'apprentissage répondant.

Au sein du *Zeitgeist* (« esprit du temps ») cognitiviste, les guerres mondiales, l'essor technologique et linguistique ont influencé son accroissement. L'omniprésence des mécanismes **cognitifs**, dans les questionnements philosophiques, lors de réflexions et de pensées ont incité la recherche de ce côté. Une première définition de la cognition fut donnée par Ulric Neiser en 1968. Pour lui, la cognition implique tous les phénomènes psychologiques humains fondés sur des particularités neuronales spécifiques. La dimension cognitive postule le lien entre les émotions ressenties et les comportements provoqués par la manière dont le monde est interprété.

La dominance de l'interprétation, minore l'extériorité des événements. Prioritaires, les cognitions automatiques, involontaires et partiellement inconscientes semblent apaisées par les thérapies cognitives. Après l'identification des cognitions défailantes, ces dernières vont se muer en solutions fructueuses et ajustées. Albert Ellis en 1994, convoque ainsi les croyances irrationnelles et les détermine au sous-bassement des troubles psychiques. Le repérage, la prise de conscience, la confrontation à la réalité et à la rationalité, participent à leur modulation vers une amélioration.

Les précédentes théories, n'impliquaient pas les variants sociaux et cognitifs dans les logiques d'apprentissage. Ainsi, pour intégrer ces dimensions en marge de l'animalité, la deuxième

vague a inséré la théorie de l'apprentissage social, varicant ou par imitation. Une nouvelle voie est ouverte avec l'intégration de la vie psychique du sujet dans les thérapies comportementales initialement étudiées. L'apprentissage social introduit les domaines cognitifs propres au sujet. Pour apprendre, le sujet doit observer, reproduire, et mémoriser la situation exposée par le thérapeute tout en s'investissant. Le sentiment d'efficacité procuré est primordial dans cette vision. Est convoquée dans cette théorie la notion d'auto-renforcement. En effet, si je suis fier d'accomplir moi-même ce travail, alors les renforcements internes seront positifs. La dimension sociale englobe la positivité de la répétition d'un « bon » comportement. La compréhension du patient est enrichie par l'observation permanente des comportements de la population. Le patient est amené à davantage observer, pointiller et imaginer son environnement. L'imitation est un outil clé dans les TCC.

Variables réalités ont donné naissance aux thérapies comportementales et cognitives.

Aux origines des associations, se placent les différentes lois aristotéliennes qui engagent des liens entre pensées et sensorialité à l'origine de la connaissance. Les lois de la similitude, du contraste et de la contiguïté concèdent à la philosophie antérieure, certaines logiques modernes psychothérapeutiques (CHAPELLE, 2016).

Des décennies plus tard, l'adjonction des visions cognitives aux thérapies comportementales répandent une clinique exaltée. Élançée vers une exigence de solidité scientifique, une efficacité thérapeutique mesurée, et l'orientation vers l'activité, font naître les TCC.

Les émotions évincées se sont profilées lors de la 3^e vague. Pour cause, elles étaient retenues comme conséquences des interprétations, des apprentissages et des conditionnements mal combinés. Le travail TCCiste paraissait suffisant car modulant la cause de ces émotions, « secondaires ». Par la recherche sur cette part de l'humanité, le copying notamment, a été étudié. Il figure dans la méditation de pleine conscience, les thérapies d'acceptation et d'engagement, les thérapies comportementales dialectiques et dans la psychologie positive en particulier. Toutes les quatre dérivent des TCC et confluent à nuancer les émotions elles-mêmes, ou la corrélation du sujet à ses ressentis vis-à-vis de celles-ci.

Le patient, pris en charge par une thérapie cognitive, fait varier ses concepts en pensées alternatives. Les TCC font de ses cognitions des idées distantes de la réalité explorée. Ses cognitions à la suite de la thérapie lui traverseront simplement l'esprit. Comprises comme physiologiques, les émotions vont être intégrées dans la vie du sujet. De même, après la

thérapie, elles vont juste filer et ne plus handicaper le patient. Les cercles vicieux émotionnels, les questions de vérités seront capturés et transformés en fonction de la singularité d'être humain. (BOUVET *et al*, 2020).

La définition de la dépression selon les thérapies cognitives et comportementales

L'ambition face aux **cognitions** négatives, pessimistes du patient est un amoindrissement, une lutte et un assouplissement des émotions de détresse et de désespoir.

Aaron Beck, en 1979, dans le cadre du trouble dépressif a analysé l'automatisme des **pensées**. Préconscientes, elles semblent conçues de manière involontaire par la psyché. Inassimilées aux ruminations et aux raisonnements, ces pensées automatiques plausibles, brèves et précises, reflètent pour le sujet sa réalité, sa vérité, et causent de significatives émotions. Le sujet, soumis à ses rudes pensées, torture sa psyché. Récurrentes, ces pensées lui font voir la noirceur de son identité. La triade de Beck dans la dépression identifie ces envahissements récurrents : « je ne vaux rien », « le monde est injuste » et « le futur sans espoir ». Au vu de la force psychique de ces idées, nul bénéfice est à directement espérer. Les TCC métamorphosent l'intégrité de ces pensées, leur portion intime par le biais d'exercices et de techniques précises est modulée. La restructuration cognitive vise la présence de pensées alternatives.

Ces idées imagées par des distorsions cognitives, proviennent de schémas cognitifs dysfonctionnels inconscients. Elles déforment aussi la perception adaptée de la réalité. Ces courtes injonctions proviennent essentiellement de la période infantile du sujet, et illustrent ses rapports avec lui-même, ses interactions avec autrui ainsi qu'avec son monde. Lorsque ces pensées sont traitées comme des vérités par la psyché et que leur contenu se positionne comme inapproprié, les symptômes viennent donc frapper à la porte du sujet.

Dans ce modèle cognitif, Beck a hiérarchisé dans un premier temps les pensées dysfonctionnelles puis les processus cognitifs inappropriés et enfin les schémas dépressiogènes. Ainsi, il distingue 3 niveaux de cognition.

Il dénombre 6 erreurs de **raisonnement** (processus cognitifs, biais ou distorsions cognitives) dans le cas d'un trouble dépressif. Les deux biais cognitifs les plus empruntés seraient la **surgénéralisation et la personnalisation**. La surgénéralisation, comme son nom l'indique, se profile en une généralisation d'un fait particulier. Le patient va débiller des prédictions négatives et les cultiver. Le rôle thérapeutique est l'analyse de la pensée primaire, disséminée.

Mécanisme d'attribution faussement interne, la personnalisation revient à ce que le patient s'approprie la cause d'évènements néfastes, une responsabilité non immatriculée. Il se rend donc responsable de ses épines infligées.

Un troisième niveau cognitif perçu, est celui des **schémas ou croyances** administrateurs d'une vulnérabilité dépressive. Intrinsic à l'individu, ces schémas s'additionnent aux fragilités environnementales. Ces schémas œuvrant chez tous les êtres sont quantitativement sur-activés lors d'une pathologie. Forgés sur un modèle idiosyncratique, ces schémas, latents, une fois réactivés par un traumatisme ou un évènement brutal modifient la perception du sujet. Deux types de schémas sont discernés, les **centraux** ou inconditionnels, stables, robustes et résistants aux changements et les schémas **secondaires**, labiles, activés à la suite d'une contextualité particulière, conditionnels, pour lesquels une modulation est bien plus aisée.

Entre un sujet déprimé et un sujet non altéré par une pathologie thymique, la nuance réside dans la facilité d'activation de ces schémas. L'accès à ces schémas fluctue en fonction de l'état émotionnel du sujet. Ainsi, lorsque le patient se sent apaisé, ces schémas ne semblent pas activés outre mesure.

Deux modèles abordent cette vulnérabilité dépressive. La logique thérapeutique repère et évalue ces schémas, puis la confrontation via la technique de « l'examen d'évidence » œuvre dans la quête de pensées alternatives. Le patient va s'ingénier à de nouvelles interprétations lors de déviations liées à ces irruptions négatives, dévalorisantes. Il est, par la thérapie, prédisposé à ne plus les poser comme des vérités (DOCTEUR *et al*, 2021).

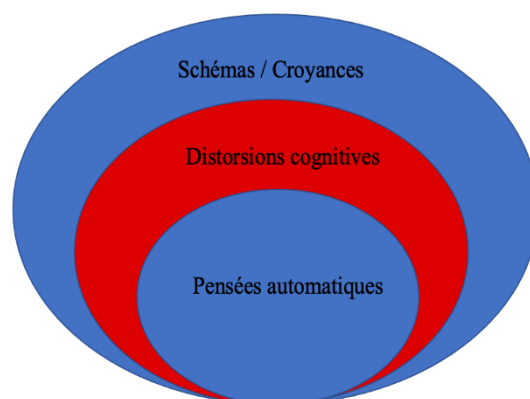


Figure 5 : Les différents niveaux de cognition

Les places du patient et le déroulé global d'une thérapie cognitive et comportementale

Les TCC ont en commun plusieurs aspects :

- La rédaction d'un contrat thérapeutique en début de prise en charge
- La définition claire et précise des objectifs à cibler
- La durée en général brève du traitement
- La quantification et la mesure qualitative des progrès en fin de thérapie

(PALAZZOLO, 2020).

Les entretiens de TCC, se déroulent dans une verbalisation conjointe et placent duellement les protagonistes. L'idée de la brièveté des TCC est à grader. Généralement courtes, elles se prolongent sur quelques semaines voire sur une année en moyenne. La stratégie vise la guérison. La réponse au problème principalement douloureux est prioritairement amorcée.

Par ces thérapies, actives et expérientielles, le patient va penser, agir et ressentir. En accord avec celui-ci, des exercices lui seront suggérés, il les transposera dans de multiples situations réelles : dans le cabinet, chez lui, dans la rue... Les TCC s'intègrent dans la quotidienneté (CHAPELLE *et al*, 2016).

Reposant sur un problème, de quelle manière définir cette complexité dans le cadre d'un trouble psychique ?

L'analyse fonctionnelle, grâce à des grilles codifiées, va permettre d'approcher et d'indiquer le problème inhérent au patient. Étape très importante des TCC, elle va aussi expliciter les facteurs qui jouent un rôle de maintien de la pathologie. L'identification du complexe initial est fondamentale car sous-bassement de l'intégralité thérapeutique. Le journal de bord du patient accompli et complété au cours de la cure va permettre de tracer les croyances du sujet, ses émotions, et les éléments de preuve qui cimentent cette croyance dans la vérité, ainsi que les alternatives envisagées (PALAZZOLO, 2020).

La structure d'un entretien en thérapie cognitive et comportementale

Chaque séance est formellement structurée. Le patient déprimé, souvent désemparé et temporellement perdu va pouvoir ainsi se repérer. Stables, tous les entretiens possèdent une identité structurale.

En premier lieu, le patient sélectionne un thème, une émotion qui le fait particulièrement souffrir et qu'il souhaite aborder. Acteur de l'organisation de la séance, cette technique est celle de l'agenda. Après ce choix de la situation problématique, le déroulement de la consultation est explicite au patient. Pour favoriser la sensation de contrôle et la prise de conscience des faits réalisés, le patient formule sur un emploi du temps la succession des événements depuis la séance précédente puis les évoque avec le thérapeute. Il engage ensuite ses réflexions quant aux exercices conseillés. Tout au long de la thérapie, le patient sera attentif à ses comportements, à ses émotions, et ses cognitions par la consignation dans un carnet. Cet auto-enregistrement conjugue ainsi ses progrès et convoque le thérapeute dans l'émergence de renforcements positifs. L'examen des cognitions dépressives associées aux inhibitions occupe la centralité de la séance. En fin de celle-ci, le professionnel dicte les devoirs. Le feedback lève les dernières ambiguïtés (BENONY, 2020), (BOUVET *et al*, 2020).

Le déroulement de la thérapie dans le cadre dépressif

Avant de débiter la thérapie, une place est faite aux évaluations psychométriques. Fréquemment employées, elles affichent l'impact de la thérapie sur la proximité symptomatique. Dans un premier entretien, le thérapeute va sur un ton directif recueillir les informations primordiales à son suivi. Sa visée est surtout anamnétique et symptomatique. L'identification du trouble, de ses conséquences, de sa contextualité, et son évolution plus ou moins traumatique la qualifient.

Cette première **étape évaluative**, s'étend sur 3 séances distinctes et avise la quantification de la dépression. A la suite du recueil informatif, la **seconde strate** est l'élaboration d'une **analyse fonctionnelle** qui se clôturera par la construction d'un **contrat thérapeutique**.

Le premier entretien clinique narratif et circonstancié, met en confiance le nouveau venu, le thérapeute guide son entretien vers l'intime et évaluera la potentialité d'une alliance thérapeutique. Le thérapeute explique rapidement la manière d'enregistrer les pensées (comme ci-dessous).

Situation	Émotions	Pensées associées	Comportement
Je suis dans le bureau avec le psy, l'entretien débute.	Désarroi Tristesse	Je me dis que cette thérapie ne peut rien pour moi. Qu'est-ce que je fais là ?	Je me tais

Tableau 6 : Exemple d'un tableau d'enregistrement des pensées automatiques et des comportements associés

Dans son emploi du temps, le patient note les comportements problématiques et scripte une ligne de base comportementale. Ses activités sont formulées, le thérapeute lui, indique la fréquence du trouble, son contexte, et détermine l'intensité du symptôme. Une fois la ligne de base visualisée, il évoque un aspect théorique de la pathologie et l'importance de l'investissement. Ensemble ils se dirigent donc vers une co-création. Ces échanges premiers, grâce à l'écoute attentive thérapeutique, nouent une collaboration interactive. L'hétéro-évaluation à l'aide de grilles tracées peut être aussi empruntée. L'échelle de dépression de Hamilton particularise notamment les fluctuations thymiques. La stratégie thérapeutique définie, l'analyse fonctionnelle suivra cette étape évaluative pour lier comportements et cognitions.

Ce pivot central de la thérapie a deux objectifs. Dans une première phase, l'analyse fonctionnelle vise le choix du **comportement** cible à travailler. Le *jeu de rôle* reconstitue les sources de souffrances et via l'exploration donne la ligne de base comportementale. En parallèle comme nous l'avons énoncé, se déroule toujours l'auto-évaluation.

Dans un second temps, la **conceptualisation** complète l'étape comportementale et émet des **hypothèses** sur la fonction cognitive du patient. Le thérapeute atteint les pensées néfastes, les identifie et les complète de schémas conceptuels apparentés. Des modèles ont été théorisés pour aider le clinicien à faire cette conceptualisation. Nous citerons le type SECCA impliquant davantage le patient. Situations, émotions, croyances personnelles, conséquences sur l'environnement, et anticipations y sont évoquées.

Une fois le lien entre cognition et comportements établis, l'origine des schémas dysfonctionnels évaluée, le programme thérapeutique va être bâti vers la formation d'un contrat thérapeutique. Concrétisant la démarche d'analyse fonctionnelle, cet indispensable des TCC convoque les

principaux objectifs, cible les procédures thérapeutiques à mettre en place et le nombre approximatif de séances dédiées. Ce contrat, motivant pour le patient, l'encourage au « jeu » thérapeutique des exercices. Il sert à la fois de renforcement positif tout en posant les limites thérapeutiques. Une fois les dix objectifs posés, ces derniers sont hiérarchisés pour soulager le patient prioritairement.

De multiples outils ont été échaudés. Pour ce travail de thèse, nous allons nous en tenir aux principaux consacrés au trouble dépressif. Nous allons préciser la thérapie cognitive de Beck, la thérapie des schémas de Young, complétée par la méditation pleine conscience ayant prouvé son efficacité dans le cadre des rechutes dépressives. D'un point de vue comportemental, la reprise d'activité est recommandée.

La thérapie de Young, basée sur sa théorie homonyme, isole les schémas précoces inadaptés. Cet auto-questionnaire scinde les schémas primaires et secondaires. Ce questionnaire se découpe en 3 catégories :

- Les schémas de base de type détresse « enfant vulnérable »
- Les schémas stratégiques ou conditionnels
- Les schémas d'inhibition émotionnelle comprenant notamment les modes d'évitement du sujet

A l'aide de ces outils, le patient va noter au fur et à mesure de la thérapie leur activation pour en individualiser un ou deux dominants. Particulièrement pesant pour le patient, ces schémas vont être par la suite assouplis. Ces schémas rigides pour lesquels le sujet habitué ne voit plus les conséquences négatives sur sa vie, va les fortifier et les amplifier. Ainsi, le patient va éviter, s'adapter et utiliser la compensation pour alléger sa souffrance. C'est selon Aaron Beck l'origine de la vulnérabilité dépressive. L'assouplissement des schémas guide le patient au calcul d'un ratio coût/bénéfice des schémas sur sa qualité de vie. Cette libération schématique requiert temps et énergie. La diminution de cette vulnérabilité, requiert selon Beck 4 stades thérapeutiques : le remplacement, la reformulation partielle, l'assouplissement et enfin le camouflage, dans le but de mettre fin à la terreur individuelle (DOCTEUR *et al*, 2021).

Modes	Schémas
Séparation et rejet	<ol style="list-style-type: none"> 1. Abandon -instabilité 2. Méfiance-abus 3. Carence affective 4. Imperfection-honte 5. Isolement-aliénation

Tableau 7 : Récapitulatif des modes et schémas selon Young

La méditation de pleine conscience

La méditation, partout logée, nichée dans tous les environnements, se décline pour tout un chacun. Sujet de curiosité elle suscite aussi méfiance et peur. Que se cache-t-il derrière la méditation de pleine conscience préconisée pour limiter les rechutes dépressives ? Non intellectuelle, non active, elle demande d’être là, simplement présent et nécessite une projection du regard vers l’intériorité somatique et psychique. La méditation suggère une ouverture, elle montre la manière dont on peut faire face aux émotions négatives, les moduler, et mime comment envisager une nouvelle relation à ces pensées torturantes. La méditation est là, comme le sujet est là dans l’observation, dans la perception en détail des émotions, des pensées traversant la psyché. Elle mène à ne rien faire de ces pensées, en toute simplicité elle vise à ce que le patient les mire sans les juger.

Dans le cadre du trouble dépressif caractérisé, la méditation veille à une absence de réaction aux affects négatifs retenus par la pensée. La méditation de pleine conscience vise de surcroît l’augmentation du pouvoir de métacognition. Pensées négatives et autocritiques sont familières des patients dépressifs. Ainsi, la méditation de pleine conscience apprend aux patients à repérer les mécanismes automatiques dans lesquels ruminations et les pensées négatives subsistent. Par l’augmentation des observations aux réactions mentales, elle vise à accueillir, tolérer et explorer les conduits mentaux et à les minimiser. Devenus simples évènements, ces pensées ne sont plus vécues comme éprouvantes mais comme des illustrations vitales. La méditation de pleine conscience se consacre au déploiement de la positivité des expériences vécues. Engagé dans le présent, le patient n’anticipe plus ses difficultés ou ses pensées à venir. Il se poste comme être concentré, à l’affût de la moindre cognition (ISNARD-BAGNIS, 2021).

L'individu malade requiert d'infimes attentions de la part de l'équipe soignante. Il s'apparente à un nouveau-né sous la dépendance d'un Autre pour parvenir à dessiner son monde. Le soin se définit par des pratiques et des actions qui entraînent l'être sensible dans la consolidation de ses facultés, dans la « réinvention des normes de vie, (...) l'entrée dans une dynamique de création ». L'organisme, réduit à sa seule norme, voit ses *bios* perturbés. L'être unifié désire alors restaurer son « autonomie ». Le pouvoir-être du malade se trouve estropié par la souffrance. Ses « rétentions » et « protentions », modelées par la douleur, ceinturent son ultériorité. Enfermé dans la dimension pathique de son existence, le patient voit brusquée sa temporelle conscience (BENAROYO, 2021). L'idée de bios chez Foucault se fonde avec sa propre conception de l'humanité avec les références architecturales notamment à Wittgenstein. (VON WEISACKER, 1986).

A la sensible question *le soin, pure technique ou simple relation ?* Nous répondrons que les qualités relationnelles des deux protagonistes semblent déterminantes tout comme la reconnaissance du soignant envers le soigné et la prééminence de ces *sens* (FLEURY, 2019). Il s'agit de ne pas faire du sujet un être réifié mais de le guider vers la reconnaissance, la reconstruction d'un sens, d'un temps et d'une norme de vie singulière.

Vivant malgré l'écrasante temporalité, le patient hors de lui s'ouvre instinctivement. Emmanuel Levinas, nous énonce que dans l'absence de refuge, la fenêtre originelle, déverrouillée, vient à s'imposer. Signe d'espérance, d'ancrage, l'être souffrant s'incline vers un nouvel horizon synonyme de guérison.

De ce travail, jaillira un axe *biosphérique*. Nous emprunterons à Emmanuel Levinas et Paul Ricœur, la sagesse pratique, voûte de l'éthique soignante. La vision biologique sera jointe à celle biographique de la souffrance, elle-même appréhendée comme altération d'une présence, dégradation d'une confiance et d'une temporalité.

Le care cueille et recueille la sphère intime du patient, la confiance humaine (WORMS, 2015). Le côté visiblement antithétique, le cure, prend en compte les thérapeutiques, la biologie et les remèdes techniques.

Deux conceptions médicales illustrent ces réflexions. La première est la vision **scientifique** posant en piédestal le cure, sa technicité, et son savoir ... suffisant. Cette première logique est à récuser selon les protagonistes de l'humanisme. Un « supplément d'âme », dans la seconde conception semble capital. Ainsi, sur cet entendement, le care semble structurer l'exercice médical. Il relève de pratiques, savoirs, valeurs, techniques (sans nier l'aspect scientifique) exercés sur et avec le patient vulnérable. Parfois en tension, parfois dominants et parfois complémentaires, ces versants sont intrinsèquement combinés. Faciliter l'intrication du cure et du care, place le professionnel de santé en cure/carer. Par cette articulation, en la figure du médecin se loge un être « humainement fiable » (MINO, 2015).

« Le soin est comme un travail de couture, qui renoue le corps et la parole, le temps et le sens et qui permet de composer avec l'absence en réinsufflant les forces de la vie là où s'éprouve une mort intérieure. »
(PERILLEUX, 2015).

Relier le corps et la parole, renouer le duo formé par le soma et la psyché nous mène à étudier les liens entre ces nuances paradigmatiques. Ainsi, nous tresserons ici les bios de l'humanité frappée par la pathologie, les points de convergence entre les professionnels de santé mentale et le pharmacien d'officine. A la détresse humaine, à la mouvante souffrance se révèle parfois la profondeur de l'existence.

LIENS HUMAINS ENTRE LE PHARMACIEN ET LE CLINICIEN

Hauts lieux d'expression, le pharmacien ou le clinicien encouragent en toute délicatesse la singularité des transmissions. Par la qualité de sa *présence*, le professionnel de santé insuffle une ambiance propice à la confiance, aux confidences et à l'écoute du souffrant. Il se constitue comme miroir humain, reflet des attentes de sa patientèle.

Une rencontre clinique singulière

Programmée dans le temps, la rencontre s'en-visage, deux visages se dé-visagent.

« Rencontrer un homme, c'est être tenu en éveil par une énigme. » Levinas

« Le visage parle », Levinas.

Furtive, passagère, transcendante, la rencontre peut être provoquée, forcée, destructrice, ou novatrice. Elle se trouve ensuite potentiellement noyée dans la quotidienneté et peut de temps à autre endommager l'existence. Quelquefois obnubilantes, parfois refoulées, les rencontres restent marquées. Elles incarnent l'imprévisibilité. Le heurt porté dans ce superlatif (contre dans la rencontre), ôte tout autonomie au sujet comme la maladie le laisse penser (ALBERTI, 2021). Il s'agit ici d'aller contre autrui, contre un Autre, non (encore) assimilé (JULLIEN, 2019). C'est pourquoi cette personnelle parenthèse bouleverse parfois le tracé d'une identité.

Ce visage mènera-t-il vers une vie (plus)sage ?

La psychologie clinique est née de l'alliance entre la philosophie et la médecine. Science de l'âme, science nouvelle, par ses racines théoriques elle dévie de la philosophie. Via ses applications méthodologiques, ses propositions thérapeutiques riches, complexes et multiples, la psychologie suscite *anima*-tion. A travers la richesse de l'expérience clinique, le psychothérapeute s'applique par sa vivacité psychique, critique et créatrice, à « relever aussi fidèlement que possible les manières d'être et de réagir d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation ». Il cherche à en établir le sens, la structure et la genèse, à déceler les conflits qui la motive et à résoudre ces-dits conflits (LAGACHE, 1969), (CHABERT *et al*, 2020).

Autrefois, durant la période athénienne, se déployait derrière le masque pharmaceutique une trahison. Étymologiquement, le *pharmakos* désignait l'« Homme-remède » : une rencontre humaine et curative. Il pointait aussi l'émissaire. Le *pharmakos* était cet Homme de classe sociale inférieure, cet esclave qui se devait d'endosser la douleur de tous les habitants lors des tribulations que subissait la population. Cet être était démantelé, massacré, abattu afin de décontaminer, purifier la société. Chaque année, ce rituel apotropaïque condamnait un Homme, l'émissaire à sacrifier (NABATI, 2010). De nos jours, né du mariage de l'humain et de la thérapeutique, l'art pharmaceutique.

Ces professions aspirent à une rencontre avec un patient, dite thérapeutique ou clinique. Cette situation inédite implique une mutuelle adaptation des professionnels, et l'élaboration d'un cadre sécurisant pour le patient. La teinture affective attribuée à la présence de l'autre comme soignant est alors décisive. De cette zone de contact formée émergent différentes sensations qui feront de ce « moment sensible » une zone de création.

Parfois, un regard, un unique mot suffiront à la prolonger. L'approfondissement des modes de conduites et des réactions communes au pharmacien et aux cliniciens nous guidera vers la manière dont cette rencontre s'installera ou non malgré la vitalité des aléas (SENS, 2013).

« *Nulle rencontre clinique ne saurait être reproduite à l'identique* » (CHABERT *et al*, 2020).

Certains aspects professionnels sont communs entre toutes les professions de santé : les professions médicales, para-médicales, et les soignants renforcent leur cohésion à chaque

instant pour honorer leur patient. Le respect de la personne humaine prône un partage déontologique, universel.

Une déontologie partagée

Une bienveillance partagée, une position d'accueil et d'écoute, un même élan vers le semblable, en font des acteurs liés. Le respect personnel fait partie intégrante de leurs déontologies. De même, vis-à-vis de la dignité et de l'intégrité humaine. Les différentes règles énoncées dans le serment de Galien pour les pharmaciens, dans l'Hippocratique pour les médecins ou dans le code de déontologie des psychologues, visent également le respect du secret professionnel. En aucun cas, ces derniers ne doivent révéler à un tiers les informations qui leur sont dévoilées, confiées, déduites ou interprétées. Ainsi, le dépositaire se confiera à nouveau sur ses aspirations, ses difficultés en toute liberté. Quelle que soit la nature des informations délivrées, variable selon le type d'activité, par oral, par l'observation clinique ou par l'analyse d'une prescription, ce secret sera une priorité, nulle dérogation n'est autorisée (sauf sévices particuliers concernant les mineurs de moins de 15 ans). Égal dévouement, identité de traitement, tout patient doit avoir la certitude d'être soigné avec la même qualité. La précision quant à la dispensation des médicaments ou des paroles prononcées seront ajustées indépendamment des critères associés à la subjectivité de la personne écoutée (Ordre National des Pharmaciens, 2013), (21 organisations de psychologues, 2021).

L'asymétrie de la rencontre

Exposé, altéré, le patient signe sa vulnérabilité au professionnel de santé. De la demande de l'individu tourmenté découle l'asymétrie de la rencontre clinique. Venu ou non de son plein gré, le soigné s'approche pour lutter contre une pesanteur, contre ses conflits conscients et inconscients. La demande faite par le patient impose au professionnel de particulariser les mots prononcés. De plus, il considèrera l'absence de confiance, la méfiance, et le désir du patient de se dérober (CHILAND, 2013).

L'expert de son histoire est amené à présenter ce qui le parcourt, le déconcerte pour qu'il soit aidé au mieux à résoudre sa problématique actuelle et personnelle. La préservation de l'intégrité des subjectivités est primordiale. La position soignante demeure réservée, faite de discrétion et de réflexions quant aux pensées, émotions, sentiments traversés par le soigné. Dans ces lieux, la distance et l'espace thérapeutique de rigueur n'interfèrent pas sur la disponibilité et la qualité

d'écoute du professionnel de santé (CHABERT, 2020). Grâce à sa position « décentrée », au cœur de son hospitalité, le soignant admet l'altérité radicale présentée et signe sa vulnérabilité. Entendue comme injonction éthique, il laissera émerger dans sa psyché une ouverture nouvelle dans laquelle pour le soigné un avenir est envisagé.

Dans la tentative de répondre à la demande d'aide du patient souffrant, le médecin répond en formulant une promesse, noyau de l'acte éthique du soin durant laquelle le médecin vise à rétablir notamment le pouvoir-être de son patient (BENAROYO, 2021).

Disproportion entre pouvoirs et savoirs, disproportion entre patient et agent, le pouvoir se trouve translaté vers le professionnel de santé. Il ne s'agit nullement de domination, les soins ne reposent pas sur une contrainte, ni sur une réduction ou une infantilisation du sujet. Le patient se positionne comme acteur grâce au recueil de son consentement libre et éclairé (ZIELINSKI, 2011). Sollicitude comme maître mot, « spontanéité bienveillante » selon Ricœur, un accueil de la vulnérabilité du soigné sans qu'il se sente victimisé.

Cette adaptation à l'individualité de chacun met en exergue l'obligation des cliniciens et du pharmacien à pérenniser leur mouvance auditive, à analyser dans la globalité ce qu'ils écoutent et à particulariser leurs explications.

Les différents types d'entretien et leurs écoutes

Échange fourmillant de propos entre deux personnes, l'entretien revêt différentes formes dans divers domaines. Son extension a pris place dans des milieux variés allant du milieu politique au milieu juridique traversant le psychologique.

La quintessence du clinicien et du pharmacien se loge dans son infime perception de l'autre, dans son infinie faculté d'écoute. Une ouïe sensible, un corps touché, les mots pénètrent puis transpercent l'intégrité de l'être écoutant comme écouté. Les pluralités représentationnelles et les multiplicités expérientielles semblent concurrencer l'universalité de l'écoute et son innéité (MONFORT *et al*, 2005).

L'orientation théorique du soignant consent à discerner trois grands types d'entretien : les entretiens directifs, semi-directifs et non directifs. Ces entretiens posent des finalités diagnostiques, thérapeutiques et visent à sous-tenir le souffrant.

La nuance entre ces différents degrés de directivité est née de la labilité de liberté accordée au soigné. Le directivisme de l'entretien essaie de repérer un élément potentiellement divergent chez le patient. Dans les relations d'aides, grâce la soustraction des pressions exercées sur le sujet, les entretiens non directifs sont couramment utilisés (CHABERT *et al*, 2020), (MONFORT *et al*, 2005).

Précision, fermeture et ciblage des interrogations fondent l'entretien directif. L'établissement de ce type d'entretien prescrit au professionnel de santé une conduite dirigée. Le pharmacien d'officine peut mettre en place ces interventions par la réalisation de questionnaires d'évaluation de prédisposition à certaines affections (diabète, angine à Streptocoques A : test de Mac Isaac puis TROD par exemple mais aussi dans le cadre de la dénutrition) (GIPHAR). Grâce à l'emploi de questionnaires ou d'échelles codifiés, le psychothérapeute a la possibilité d'effectuer une clinique à mains armées. Il se concentre sur le recueil des données de manière contrôlée et effectue ainsi des évaluations standardisées. L'exemple type est le MINI, entretien diagnostic structuré et relié au DSM. Il explore les troubles psychiatriques majeurs qui lui sont inventoriés (CHABERT *et al*, 2020).

Les dialogues de soutien et d'aide s'instituent majoritairement sur deux approches non-directives : une approche psychanalytique basée sur *l'attention flottante* et la *libre association* scrutés ultérieurement et une approche Rogérienne dite « centrée sur le client » (GIUST-OLLIVIER, 2016). C'est cette dernière qui sera étudiée ici car rapprochant la communication psychologique et pharmaceutique. Cette intellection exige temps et énergie. Capitale pour révéler et développer les potentialités du soigné, elle aspire aussi à l'agrandissement du *désir d'épanouissement* du patient duquel jailliront ses forces constructives, « ses propres buts vitaux » (ROGERS, 1942) (MARC *et al*, 2000).

Plus qu'une technique, avant tout une attitude, l'écoute active n'est pas spontanée. L'usage de la parole pour clarifier les propos articulés disposent le professionnel de santé à ce que cette écoute devienne parlante. Cette démarche communicative conjugue en son sein les notions de congruence, d'empathie et d'acceptation inconditionnelle (SIMON, 2012).

Proximité sans identification, appréhension du monde profond d'autrui, connaissance de la vie psychique du patient comme si elle nous était apparentée ; telle peut être la définition de **l'empathie**. Cette dernière réside dans une attitude attentive du contenu verbal et non verbal, des messages conceptuels et émotionnels du patient.

La **congruence** quant à elle, se manifeste comme le *hic et nunc* soignant afin de mettre en lumière l'intimité abyssale du patient. Elle est éveillée par la confrontation de la conscience et de la lucidité du soignant au moment de son expérience relationnelle avec le soigné. De plus, cette notion convie la disponibilité du soignant à percevoir son propre ressenti, à entrer en communication avec ses propres émotions pour faire émerger une harmonie soignant-soigné (BIOYET *et al*, 2003).

Considération, **acceptation positive ou inconditionnelle** miment la croyance du soignant en les capacités de l'aidé, sans jamais le juger (SIMON, 2012).

La rencontre clinique semble être le berceau d'une relation thérapeutique en constante évolution. En effet, un partenariat thérapeutique entre un professionnel de santé et son patient est spécifiée par la rencontre clinique entre deux personnes ayant des personnalités uniques. Lors de l'établissement de cette collaboration, le profil « care » du soignant est primordial. Celui-ci favorise alors l'écoute, la relation et l'impact de la pathologie sur la qualité de vie. Dans le dessein d'une prépondérance de la dimension humaine, il ne négligera pas l'aspect technique du « cure »-atif (MICHIELS, 2017).

Posture teintée d'espérance, l'écoute active est aussi utilisée par le professionnel du médicament pour tenter d'apporter au patient une dispersion de ses tensions. Ces professionnels de santé tendent à rendre significatives les paroles prononcées par le soigné. Pour affiner sa compréhension du sujet, il mêlera reformulation, théories et savoirs acquis (BENONY *et al*, 2020).

« L'être humain est le remède de son prochain. » (Aminata Sow Fall, 2018).

Les demandes particulières du sujet feront éclore la rencontre clinique entre le pharmacien ou les cliniciens et son patient, la transformant ainsi en alliance thérapeutique, dynamique, grâce au maillage de leur psyché. Cette interaction sera l'objet de notre étude en lien avec les facteurs à l'origine de son authenticité.

L'être en souffrance, désirant être guidé, se dirige vers l'humain procureur de soins.

La relation thérapeutique

De l'importance du transfert en psychanalyse, Freud a promptement perçu le lien d'attachement de l'analysé à son traitement, tout particulièrement à son psychanalyste. Ceci élève l'auteur des *Études sur l'hystérie* en précurseur de l'alliance thérapeutique (FREUD, 1895).

Entremêlés par l'ambivalence (amour et haine), les « effets du transfert » sont enracinés dans les fantasmes de la vie infantile du sujet et se réactualisent au fil des rencontres cliniques. La psychanalyse a mis en évidence ce processus, dont la nature s'étend au-delà du cadre analytique (CHABERT *et al*, 2020). Au cœur de toutes les relations sociales, le transfert, moteur de la cure mais aussi source de résistance, se présente sous forme sauvage lorsqu'il est exclu du contexte spécifique de la cure analytique (VANIÉR, 2018). Jacques Lacan en référence à Sigmund Freud énonce la prééminence transférentielle par référence à la Genèse : « au commencement, il y avait le transfert ». La demande ambiguë du patient se manifeste dans sa requête auprès du « supposé savoir » représenté par la personne du psychanalyste (FREUD, 1913). Par projection sur l'Autre (l'analyste, le médecin), le patient déplace ses désirs inconscients. Cet Autre, ici figure parentale, semble être hérité du complexe Œdipien. Dépendant durant son enfance de l'amour porté par ses parents, le patient grâce au transfert propulse tous ses espoirs en la personne de son psychiatre ou de son psychologue (VANIÉR, 2018). Paradoxal, ce transfert est destiné à la fois à l'analyste mais surtout à sa figure, il ne fait que transiter par cette personne présente, à laquelle il sera ensuite tenu d'analyser cette névrose instaurée. Incarnation du soin, la blouse blanche renforce le transfert (BRIQUET, 2020).

Ces manifestations transférentielles éveillent la dynamique de la rencontre thérapeutique, élevant la confiance en culminance.

Un lien de confiance

Héritage de la relation maternelle, la confiance est d'autant plus scabreuse à façonner que le rapport de l'enfant à la mère a été endommagé. La vivacité et non la mécanicité du soutien de *l'infans* décrypte la facilité de la confiance accordée. L'absence de sécurité (type non secure) notamment dans le porter, détermine l'angoisse primitive ressentie par l'enfant (MARIN, 2015). La présence d'un état de conscience lors de l'alliance thérapeutique apporte la dissemblance majeure par rapport au maternage transférentiel inconscient. Noyau éthique de la

rencontre thérapeutique, la confiance lovée dans le pacte de soins révèle le désir de délivrance de la souffrance. Mission primordiale, principe universel dans la relation soignante, lien créé, non pas décidé, la confiance requiert engagement et réciprocité. Ces relations de confiance thérapeutiques sont nourries par des échanges au sein desquels le patient sent qu'il peut compter intimement sur le professionnel présenté. Au vu de la préciosité de son état de santé, l'humilité et la confiance se posent comme priorité. Le soignant devra poster de délicates indications de manière réitérée pour conserver ce lien qu'il aura initié (VASCONCELLOS-BERNSTEIN, 2013). L'initiale dissymétrie sera vaincue grâce à cette mutuelle confiance, cœur vivant de l'alliance thérapeutique vers un modèle de révélation des préférences (BENAROYO, 2021), (CPTS Châteauroux, 2019).

L'alliance thérapeutique

Récit d'un tissage, l'alliance thérapeutique mime la naissance d'un lien unique entre deux caractères, deux histoires et deux psychologies (MANOUKIAN, 2008). De la rencontre thérapeutique émane l'alliance thérapeutique menant les deux partenaires vers un cheminement commun. Le lien bilatéral fondé est l'œuvre du soignant et du soigné, matriciel d'un soin de qualité. Ce pacte interpersonnel tissé, Autre n'est plus autre, il s'est laissé apprivoisé, il est entré dans la perspective du soigné.

S'agit-il de penser l'alliance thérapeutique comme une rencontre continuée, de maintenir le soignant comme un Autre, et d'inclure l'imprévisibilité dans la formation de ce « colloque singulier » (JULLIEN, 2021) ?

Grâce à une sommation des interactions, se noue une relation. Ce « colloque singulier » marque un pacte interpersonnel entre les protagonistes. Ce moment de médiation sociale, qualifiée par Ricœur de téléologique, fonde l'alliance thérapeutique (DUHAMEL, 1934, HARDY, 2014, BENAROYO, 2021). Cette alliance affine des représentations, des affects et des attentes. « *Ce n'est pas tant le cadre formel des rencontres humaines (durée, répétition...) qui permet de distinguer interaction et relation mais les significations cognitives et affectives que les interactants projettent dans cette interaction.* ». La conjonction des deux protagonistes propulse l'humain vers une co-association, une collaboration thérapeutique (FORMARIER, 2007). L'exemple de l'efficacité d'effet placebo intrigue. Il illustre la prééminence de l'attitude thérapeutique face à la nature du remède dispensé (MINO, 2020).

Deux étapes forgent l'élaboration de l'association entre le professionnel de santé et son patient. Un premier facteur relatif au soigné est la facilité d'accès. Pourtant prosaïque, la proximité du lieu de santé de son domicile ou de son lieu de travail se manifeste comme une nécessité. D'autres motivations plus abstraites sont l'objet d'un choix thérapeutique, suggéré par la « pré-alliance » (travail onirique antérieur à la rencontre). Elle se transcrit par la recommandation d'une officine ou d'un psychologue ou d'un médecin par une personne de confiance par exemple. Celle-ci est désignée comme un semblable en lequel une croyance innée ou acquise en sa valeur est accordée sans supposer incompétence ou trahison de son côté (TLFi, 1408).

En proie à une situation problématique, afin de s'adapter, de se trouver apaisé dans sa réalité, le patient peut faire appel à des personnes « ressources » (sa famille, ses professionnels de santé ...). Cette capacité nommée processus *d'empowerment* est intéressante à cerner pour mieux aider (BAUDRANT-BOGA *et al*, 2012). Se structurant au fil des interactions, la vocation de l'alliance thérapeutique est d'engendrer un sentiment de compréhension, une sensation d'être écouté, une possibilité de se libérer. Quelle que soit la nature de l'attente du patient, par l'analyse de sa prescription ou de la compréhension des champs de sa souffrance, la poursuite d'un but thérapeutique accordé déclenche cette alliance (SCHMITT, 2010). Dans le champ psychiatrique, ce dynamisme est freiné par la stigmatisation et l'autostigmatisation à laquelle elle est très fréquemment confrontée. Ces parcours, menés en santé mentale, aux niveaux individuel, communautaire et structurel, forment une mise en abyme relationnelle (la relation est initiée à tout niveau par des partenariats qui s'auto-déclenchent) (VASSEUR-BACLE *et al*, 2020).

Grâce à l'optimisation de sa communication globale, le professionnel de santé s'exerce à atténuer les résistances du soigné. Il s'engage dans la différenciation du contenu *latent* au contenu *manifeste* du discours, méthodologie sujette à un parallélisme avec l'étude freudienne du rêve. Dans l'objectif d'établir un dialogue le plus constructif et le plus abouti possible, la distance avec le patient, la juste structuration de la durée de l'entretien, au comptoir, dans l'espace de confidentialité attenante à une pharmacie ou dans le cabinet du clinicien, sont des facteurs primordiaux à intégrer aux messages non verbaux (MICHIELS, 2017).

Louis Portes associe la relation thérapeutique à une « *rencontre d'une conscience et d'une confiance* » (PORTES, 1950).

Viktor Emil Von Gebsattel détermine les versants existentiels et physiopathologiques comme deux niveaux anthropologiques dans lesquels puiser afin de balayer les brèches vitales créées. Logé dans la confiance et dans le dialogue, cet espace existentiel reçoit et perçoit les expériences pathiques. *A contrario*, les sciences et techniques visent l'étude de la physiologie de la pathologie. Nous lierons ici les études de Von Gebsattel et de Paul Ricœur à propos des éléments déterminant la relation de soin. Dans un premier temps, ces philosophes s'accordent à ce que le médecin entende le désarroi, la détresse du patient. Dans ce **stade sympathique élémentaire**, le médecin va par son écoute et son dialogue répondre à la demande d'aide par une promesse d'aide. Ce stade est pour Paul Ricœur à rapprocher de **l'alliance thérapeutique**. Il élaborera dans *Soi-même comme un autre*, trois niveaux d'exercices, de jugements prudents pour faire apparaître le bien-être du souffrant. L'alliance thérapeutique est suivie du moment de **l'agir technique** associée à la mise en place du **moment déontologique**. Son confrère Von Gebsattel, confère à cette technicité le **stade de l'agir scientifique** se répercutant par la réparation par l'action sur les dysfonctionnements biologiques. Ce stade « aliénant » assimile le patient à une chose et se fonde sur l'usage propre de la technique. Se finalise ces strates thérapeutiques par la restauration concrète du pouvoir-être du patient identifié par le stade de **l'acte médical ou thérapeutique personnalisé ou responsable**. Paul Ricœur, prône lors de ce dialogue intimiste une interdisciplinarité. Dans ce cadre, la restauration du pouvoir-être visée via une « cellule de conseil », déterminera la meilleure attitude soignante à adopter. Il s'agit chez Ricœur de la **restauration personnalisée ou du moment prudentiel**.

L'exposition du soignant

Dans ce « *fond commun d'humanité* », se place la vulnérabilité. Dévoilée par l'exposition du soignant à ses limitations et à sa propre finitude, la vulnérabilité traduit la capacité humaine à être touché voire transformé par ce qui est réverbéré. Encerclé par à ses frontières physiques, temporelles mais aussi spatiales, l'être humain n'étant omniscient, il a beau désirer, il ne peut tout choisir ni tout pouvoir. Ses limites l'exposent à ses impossibilités mais aussi à ses possibilités multiples et variées.

L'admission de la vulnérabilité du soignant prend une position centrée entre l'impuissance et la toute-puissance à l'origine d'une articulation maîtresse entre capacité et vulnérabilité. Dirigée vers l'autre, cette dernière se transforme en disposition éthique moyennant une relation soignant-soigné personnalisée (ZIELINSKI, 2017). Travail de vérité, d'acceptation, de confrontation, cet effort de reconnaissance de soi rend le soignant plus humain, doué d'une plus

ample faculté d'action. La vulnérabilité n'est pas défectueuse, elle n'est pas faiblesse mais vertueuse. Tentation, fantasme de la toute-puissance, volonté d'ignorer ou de dépasser ses lignes de démarcations, la réalité de la vulnérabilité amène à tout repenser (ZIELINSKI, 2019).

La faille béante introduite dans le corps et l'âme du malade dirige ce dernier vers une dissymétrie relationnelle, une dépendance. S'ajoute à celle-ci une brutale et perpétuelle angoisse et une litanie de souffrances.

Concentration de la quintessence poétique, philosophique et religieuse, tissée par la naturalité et l'universalité phénoménologique, le soin, en tant qu'exercice professionnel se lie à la maternité, à la parentalité, apporté par l'immaturation infantile.

La naturelle immaturité fœtale, font du futur enfant un être enrobé d'une matrice physique. Ensuite, l'enfant est transporté dans les bras de ses parents (le *holding*). L'environnement familial, facilitant, simplifie l'accroissement de l'enfant. La maladie, l'immaturation ou la vieillesse, génèrent chez l'humain un ré-initiation de cette dépendance autrefois vécue. Ainsi, nommée, la maladie autorise au patient ce sentiment d'être dépendant. A l'aune de l'imprévisibilité, le soignant protège son patient. Sa fiabilité, son absence d'esprit de vengeance, de jugement, de cruauté font du soignant sa préciosité. Par la confiance accordée, ces critères forment la pierre angulaire du soin et conditionnent le choix humain d'une profession de santé. Donald Winnicott, dans l'ouvrage *Cure* fait du duo cure-care une extension du *holding* familial. Exercé par des « êtres suffisamment bons », expérimentateurs, les parents et les soignants verront *a posteriori et a priori*, leurs bienfaits se déployer. Ils offrent un environnement sécurisé aux sujets en développement et aux patients une réassurance psychopathologique, une reconnaissance de l'égalité à l'individu singulier.

Ainsi, la synergie entre l'individu et son environnement, la fiabilité soignante et la relation de confiance intériorisée par le patient constituent un socle vers une solution personnelle à ses problèmes (BISIAUX, 2015).

Un double mouvement de dépendance s'opère avec l'œuvre de Donald Winnicott. En effet, le patient a besoin de la dépendance soignante pour faire face au désastre subi par la maladie. Le vecteur opposé, de la fiabilité à la fragilité, est illustré par le désir soignant, d'être au lit de la vulnérabilité pour asseoir sa propre identité. Circularité de la vivacité par le don ou la réception, le soignant semble hypersensible à ce besoin de dépendance (MARIN, 2015). Donald Winnicott ajoute discrètement : « Lequel des deux est donc malade ? »

Le pharmacien : un investissement vers l'humain

En dehors de l'activité commerçante et de gestion commerciale, le pharmacien est en premier lieu un acteur de soin. L'humain y est à la fois un client (Homme qui requiert un service), un consommateur et prioritairement un patient. 4 millions de femmes et d'hommes franchissent chaque jour les portes d'une officine (Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française, 2022). Une étude réalisée par Harris Interactive montre que 91% de la population française en 2019 (sur 1022 patients interrogés) estime avoir confiance en leur pharmacien d'officine. Leurs compétences et leur professionnalisme sont les agents de cet honorable chiffre. Ainsi, la nécessité du renforcement de la relation du pharmacien vis-à-vis de son patient est prépondérante.

Lors de la dispensation d'une prescription, le pharmacien mentionne les conseils inhérents aux médicaments. L'information quant à son usage et son utilisation est légalement opposable d'autant plus si le médicament dont il est question ne requiert pas de prescription. Le patient en proie à un problème de santé peut consulter son pharmacien dans de brefs délais. Sans procéder à un diagnostic médical, le pharmacien est formé pour démasquer les signes d'alertes. Il peut ainsi orienter le patient vers la structure de soin la plus adaptée.

La prévention, pilier du métier. Son large ambitus inclut la détection et la prévention de la iatrogénie notamment. Le pharmacien contribue à la lutte contre la fraude médicamenteuse. Il est le vecteur de messages forts en matière de prévention, d'usage mais aussi de mésusage. Acteur hospitalier et libéral, figure assidue de la chaîne médicamenteuse, il corrobore au lien ville-hôpital pour satisfaire et consolider le parcours de soin. La loi HPST de 2009 et la loi Ma santé 2022 prônent une coordination renforcée entre les secteurs de soins. La création des CPTS dote le pharmacien d'un acte supplémentaire comme la prescription de certains médicaments dans des cas bien circonscrits en accord avec le médecin référent. L'importance de la collaboration ainsi que la participation active du patient font partie des priorités ces dernières années. La pharmacie clinique hospitalière, par son extension, va franchir les barrières urbaines. Les entretiens médicamenteux actuellement restreints vont à l'avenir s'élargir. En acteur de santé publique de proximité, le pharmacien va voir ses compétences amplifier et son rôle renforcé aux cours des prochaines années (MANAOUIL, 2016), (BARCHEWITCH *et al* 2021).

Par une position décentrée le professionnel de santé saisit l'intériorité du patient et ses états affectifs, sans projection. Cette compétence l'astreint à une objurgation approfondie de sa personne en tant que soignant (BENONY, 2020).

Les savoirs du pharmacien englobent des connaissances sur le patient et ses pathologies, sur l'environnement de celui-ci : ses problèmes psychosociaux, sa trajectoire de soin, les répercussions des traitements et de la pathologie sur sa vitalité. Grâce à la relation singulière instituée, le pharmacien guide son patient vers une adéquation entre ses prises médicamenteuses et sa vie quotidienne sans menacer ses frontières vitales.

L'officinal décrypte les desiderata implicites et explicites et harmonise les propositions du patient en conciliant la globalité de ses savoirs. L'impact économique, environnemental, psychique, physique du patient cultive la nuance de la prise en charge pharmaceutique. Le pharmacien, rassurant, dévoile une information claire, libre, sans toutefois nier les vérités.

Les rôles du pharmacien dans le cadre du trouble dépressif

Face à un patient désorienté vis à vis de sa prescription, le pharmacien d'officine se positionne comme acteur central de la prise en charge, en particulier à la suite de l'annonce du diagnostic et des explications médicales. Allié de choix dans la prise en charge médicamenteuse, le pharmacien est présent pour conseiller son patient à la suite du prêt d'une ordonnance ; il vérifie la concordance et la cohérence des posologies dictées, la compatibilité entre les dissemblables molécules prescrites et celles achetées en libre accès. Il effectue ces examens par consultation des dernières délivrances signalées par l'historique ou le DP, DMP. Le millepertuis, inducteur du métabolisme du cytochrome 3A4 est par exemple à déconseiller (DESMEULES, 2002).

Médicaments décriés, discrédités, le patient traité par des molécules antidépressives peut se sentir en position de vulnérabilité. La prévenance du pharmacien doit être complète. Face à ces traitements souvent dépréciés, le pharmacien ou ses adjoints ne doivent pas juger le patient prendre garde à la fonction rassurante du traitement. Le pharmacien délivrera les conseils associés aux molécules délivrées selon les indications de la prescription et les recommandations énoncées ci-dessus, tout en étant attentif aux inquiétudes du patient.

En acteur de santé, il se doit d'expliquer les potentiels effets indésirables et répondre aux questionnements des souffrants. Il laissera à son patient libre cours à son expression quant à son mal-être médicamenteux, ses angoisses, ses obstacles de compréhension. Pour atténuer ces

difficultés, multiples solutions sont envisageables telles que la mise en place d'un pilulier, d'un calendrier de prise ou d'une alarme. Une prise des traitements jointe à un moment ritualisé de la journée évite la négligence et l'omission des médicaments.

Un patient en confiance avec ses acteurs de soin prendra son traitement à bon escient.

Le rôle du pharmacien dans le cadre de son expertise est d'informer et de conseiller les patients sur l'usage de ces molécules à visée personnelle. La cinétique singulière de ces médicaments doit être éclaircie. Après 3 semaines environ, le médicament exerce pleinement son action, il est agrégé de faire preuve d'attention au patient durant ce temps de latence qui peut être déconcertant chez un être en proie à une souffrance permanente, omniprésente (PHARMACOMEDICALE, 2019). Par la croissance progressive des posologies, l'inscription sur les boîtes du nombre de prises quotidiennes ainsi que les dates concordantes sont importantes. Si le pharmacien suspecte une incompréhension, il doit jouer avec sa créativité pour expliquer avec plus de clarté le schéma de prise (il peut dessiner par exemple une échelle chronologique).

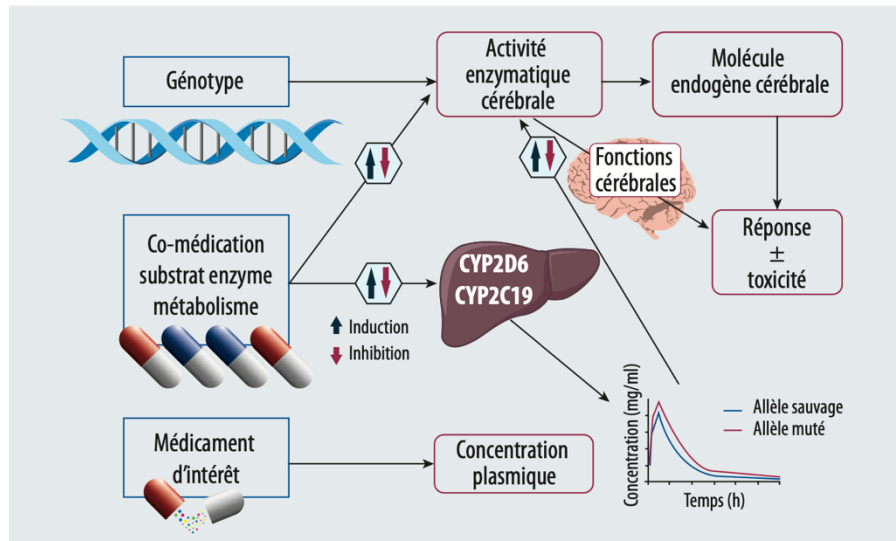


Figure 6 : Impact du métabolisme des antidépresseurs et des composés endogènes

D'un point de vue métabolique, certains médicaments sont fortement métabolisés par le cytochrome 2D6. Les tricycliques en font partie, la fluoxétine, la paroxétine et la venlafaxine (modérément) sont identifiées comme inhibitrices de ce cytochrome. Or il existe un polymorphisme de ce cytochrome. On identifie spécifiquement des métaboliseurs lents et rapides voire ultra-rapides. Selon le type, le patient métabolisera plus rapidement la molécule

et ainsi verra ses concentrations diminuer. Dans le cas inverse, ses effets indésirables se verront augmenter. Les métaboliseurs lents risquent un surdosage néfaste voire toxique. Ces effets sont remarquables avec les médicaments de type agoniste μ tels que le tramadol, la codéine : en somme les morphiniques et la tolérance dépendra de ce métabolisme (DESMEULES, 2002).

A la suite des vérifications des interactions, de la compréhension de ce qui est problématique chez le patient, le pharmacien explique les particularités galéniques de certains traitements. La venlafaxine par sa gélule sous forme de libération prolongée ne doit pas être coupée, mâchée ou ouverte. Le risque étant une rupture de la prolongation de l'action grâce à la gélule entourant les molécules. Ces restrictions sont aussi mises en œuvre avec la duloxétine enrobée d'une gélule gastro résistante, qui est destinée à se désagréger au niveau intestinal, qui résiste donc à l'acidité gastrique via ce pelliculage propre. Pour protéger le patient du risque d'inefficacité, ces conseils sont à indiquer et à répéter au cours de la prise en charge (HUG, 2020).

Par son ouverture aux autres professionnels de santé, il n'hésitera pas en cas de non-soulagement, à proposer au patient une consultation chez son médecin traitant, chez son psychiatre coordonnateur ou avec son psychologue clinicien pour modeler et analyser sa psyché (HAS, 2018).

En cas d'effets indésirables mineurs, le pharmacien peut conseiller des médicaments en libre accès pour faciliter l'adhésion au traitement et son efficacité sans être dérangé au quotidien par l'indésirabilité des effets. De plus, le pharmacien peut mentionner des règles hygiéno-diététiques associées aux traitements : activité physique, adaptation de l'alimentation si un gain pondéral est observé avec la molécule et déstabilise l'être déjà peu animé (LEGIFRANCE, 2021).

Lors de l'instauration du traitement, le pharmacien portera sa vigilance sur le suivi auquel se soumet le patient (URPS, 2016). Le prescripteur étant en général revu à la suite d'une première délivrance dans les quinze premiers jours afin d'évaluer la tolérance de la molécule.

L'étude réalisée au cours de cette recherche a montré que 79,6% des pharmaciens sondés ne s'attellent pas à requérir plus de temps à la délivrance d'un traitement antidépresseur en comparaison à d'autres médicaments. Les molécules antidépressives, à réputation de médicament « pas comme les autres », sont l'expression de la difficulté et de la complexité du

vivant. On constate que seulement 20,4% des acteurs pharmaceutiques ne se hâtent pas lors de la délivrance de ces médicaments à ces patients singuliers.

Au fur et à mesure des délivrances, le pharmacien fait connaissance avec son patient, une alliance thérapeutique se met en place. Le pharmacien, s'enquiert de l'évolution du traitement et de la bonne tolérance à chaque renouvellement.

L'introduction de ce traitement implique une prise en charge minimale de 6 mois. L'engagement du pharmacien et l'apport de son soutien à son patient sont capitaux.

Les cadres thérapeutiques

Le pharmacien se positionne comme acteur de proximité, caractérisé notamment par sa disponibilité. Dans le but de garantir un maillage territorial, une pharmacie ne peut être créée, transférée, ou se regrouper sans l'obtention d'une licence accordée par les représentants étatiques. Accessibilité et disponibilité font de la pharmacie un lieu adapté pour accueillir les souffrances de manière inopinée. A l'heure où les pharmacies font de plus en plus partie d'un groupement, dans lesquelles un aménagement commun leur est recommandé ou imposé, certaines officines font malgré tout le choix de l'indépendance. Aux portes du quotidien, la pharmacie participe aux soins de premier recours. Grâce à ses nouvelles missions, le pharmacien d'officine fortifie sa position d'acteur majeur dans le parcours de soin. L'ambitus pharmaceutique est large. En acteur de santé publique, le pharmacien a la charge d'un service de garde et d'urgence dans le but de répondre aux besoins en dehors de ses horaires et jours habituels d'ouverture (MROZOVSKI, 2021). Face à l'exceptionnelle couverture géographique pharmaceutique, les psychologues cliniciens sont eux, libres de choisir leur lieu d'exercice, leurs horaires, leur cabinet et son aménagement (BRIQUET, 2020) tout comme le sont les psychiatres en exercice libéral. A propos des psychiatres institutionnels, ces modalités se voient modifiées.

A l'espace d'attente protégé s'oppose la contiguïté de la patientèle. Se savoir écouté par un interlocuteur seul ou entouré d'une pluralité de personnes peut limiter la libre expression ou la libération. Lorsqu'il ne peut vaincre la promiscuité le pharmacien peut suggérer de *transférer* l'échange dans l'espace de confidentialité. Antérieurement à sa pénétration dans l'espace-temps privilégié avec son thérapeute, le patient devra patienter et se tiendra dans une *transitionnelle*

temporalité et dans un espace *transitionnel*. L'espace transitionnel ou potentiel qui permet au sujet le passage d'un fait à un autre, dans lequel le sujet est ouvert au présent et à son passé. Il est à l'origine d'un mouvement de création et de vie. (DUFLOT, 2011).

Un professionnel spécialisé en santé mentale tel qu'un psychologue offre à ses patients un lieu de verbalisation classiquement à un rythme hebdomadaire. D'une conviction théorique et clinique à l'autre, la fréquence, la durée de consultations, l'étendue de la psychothérapie varient. De quelques minutes à un temps allongé, la place des protagonistes diffère selon la clinique exercée. L'analysant peut se positionner sur le fauteuil ou sur le divan. Le clinicien est ainsi reculé, les deux fauteuils se regardent et de temps en temps, une table par exemple est placée entre ces derniers et sépare les acteurs bien ancrés. Les psychiatres quant à eux étendent généralement l'espace-temps entre deux consultations.

Au comptoir ou lors d'un entretien psychothérapeutique, le face à face prend une place spécifique. Tantôt les acteurs se positionnent debout tantôt assis, une différence de station et de temporalité est observée. Aux positions assises partagées dans l'entretien psychothérapeutique se lie un temps d'interaction prolongé et de rares déplacements. Cette position assise permet d'accéder à un soulagement musculaire. Le pôle extrême est marqué chez le pharmacien. La station debout prolongée confère une rapidité interactionnelle et une vive accélération dans l'exécution des tâches à effectuer. Dans certaines officines, le poste informatique se trouve désaxé par rapport à l'axe du regard du patient, la confidentialité peut se trouver compromise par cette disposition. De plus, un sentiment de manque d'intérêt et d'indisponibilité, peuvent se faire ressentir. Ceci accompagné d'une augmentation de tensions (BERENGIER *et al*, 2015).

Le pharmacien, lors de son processus de dispensation, procède à une analyse de la prescription puis dessert des conseils et réalise la délivrance des médicaments puis corrèle les effets indésirables et l'imputabilité médicamenteuse par l'émission de vigilances. Le psychologue clinicien, quant à lui, fait appel à un lien entre le fonctionnement de la pensée et le discours parlé. Il se réfère à une analogie entre la gestion du discours et le maniement du substrat psychique de son patient.

La partition composée de l'attention authentique, d'une neutralité bienveillante, du respect de la personne soignée orchestre le déroulé d'une psychothérapie. Le pharmacien, logé, protégé par son comptoir, préconise un comportement plus adapté lors d'une déviance observée, par le biais d'un communiqué plus paternaliste.

L'organisation psychique singulière, son mode de vie, les croyances du clinicien, la sécurité transmises modélisent le cadre interne. Ce sont les éléments incorporels rassemblés qui élaborent le cadre externe (le lieu, la coopération entre professionnels dans le même bâtiment...). Parfois, le patient par sa curiosité va tenter d'explorer au vu des objets identifiés la personnalité de son professionnel de santé. Le cadre thérapeutique formé par le ciment affectif entre le psychologue clinicien ou le médecin et son patient est distinct de celui de l'espace-temps quotidien. C'est dans celui-ci que les enjeux profonds et puissants du patient se déploient et s'actualisent. Cette « aire de jeu » encourage l'expression de sa réalité, une mise en mots des maux authentiques et sans jugement. Dans ce processus d'influence interpersonnel, le vouvoiement de rigueur signe le respect distancié et le professionnalisme du lien entre les deux protagonistes. La stabilité du cadre procure un sentiment de sécurité créant une atmosphère propice aux confidences et à la libération du patient. De la rigueur et de la plasticité de l'enveloppe thérapeutique émergent une vitalité et une diversité des propos échangés (BENONY, 2020).

Laisser pénétrer l'autre sans inonder l'espace et respecter l'intraversable, telle est la clé de la relation thérapeutique. Présence sans prestance, le métis psychologique, la position de décloison façonnent le soignant vers la découverte d'une texture d'être. Pour « l'artisan psychique », il semble intéressant d'envisager la rencontre en « paysage », en un événement vécu, dans lequel il s'agit de s'accommoder avec l'inattendu.

Être soi-même avec l'autre, être soi-même affecté par la présence de l'autre.

Parfois, l'instant de voir « Praecox Gefühl », l'intelligence corporelle parenté peut être l'une des plus belles manières de percevoir l'humanité pour l'extirper de l'extrême difficulté (MOLINIER, 2016).

Le sujet dépressif se trouve dans l'obligation de se rendre mensuellement dans une officine pour la délivrance de ses traitements. Contrairement au remboursement par la sécurité sociale des traitements, le clinicien libéral est libre de fixer l'investissement financier d'une séance. A compter de janvier 2022, la loi française prévoit un forfait de remboursement des consultations psychologiques. Mise en application en avril 2022, les patients, après un diagnostic établi par un médecin, auront à leur disposition une liste de psychothérapeutes pour lesquels 8 séances leur seront remboursées. Les psychiatres en fonction de leur secteur voient leurs consultations

en partie remboursées. Dans les contextes institutionnels, toute prise en charge médicale ou psychothérapeutique est remboursée par le système français (VERAN, 2022).

Les co-interventions de la prise en charge pharmacologique

Outre l'importance des mots, le clinicien joue un rôle de coordinateur de soins. Par sa consciencieuse concentration, il repère scrupuleusement les symptômes de l'individu siégeant en face de lui. Au centre de l'investigation symptomatique, des caractéristiques cabalistiques dissimulées sont à sa portée. L'ombre de la souffrance manifestée est décortiquée.

Amené à être le témoin de la douleur humaine, parfois en conjugaison avec un médecin-psychiatre prescripteur, le thérapeute se place comme co-intervenant de la prescription médicamenteuse. Confronté en continuité aux épreuves de la vie, pour dissimuler la tristesse de son patient, il peut aussi lui soumettre un enrichissement médicamenteux. Ainsi, l'expertise médicale indispensable diluera la relation thérapeutique et offrira au souffrant une nouvelle vision thérapeutique.

Le conseil médicamenteux

A l'abri d'un cabinet, le tourment est libéré en toute sécurité et en toute confidentialité. L'antidépresseur allège la tristesse. Il inspire cependant espoirs, craintes, désirs et quelques fois angoisses. Le clinicien examinera les interrogations du patient à propos du médicament, le questionnera pour que son embarras s'évanouisse, qu'une nouvelle vision s'épanouisse. Non doté d'un pouvoir de prescription, le psychologue réceptionne les complexités de la vie, les analyse, les transcrit. Ses expériences cliniques et ses connaissances le prédisposent parfois à proposer un traitement médicamenteux. Son appréciation est toujours validée par l'expertise médicale. Le tiers médical, par ses compétences complémentaires, est nécessaire.

Co-acteur de la prescription médicale, le thérapeute non prescripteur est aussi un protagoniste mêlé au suivi de la prescription : il estime l'évolution bénéfique ou pernicieuse du médicament plus fréquemment. Par l'expression éclairée du patient sur les effets indésirables ressentis, le psychologue apporte des explications quant au traitement, son usage, ses effets (BENHAMOU, 2021). Son ouverture psychique l'incite à mettre en question sa pratique et à ne pas avoir un point de vue drastique. En acteur paramédical, il est amené à faire appel à d'autres

professionnels de santé, jugés plus adaptés. L'évaluation de la détresse et de la structure psychique est capitale afin qu'une collaboration entre les professions médicales s'installe.

La présence d'idées suicidaires met en suspension l'existence. Lorsque l'hémorragie vitale ne cesse de s'étendre, la prescription d'un traitement médicamenteux doit être envisagée.

La pratique psychanalytique initiée par Sigmund Freud a cheminé vers une conception novatrice qui, de tout temps, a influencé les naissances d'autres pratiques.

Plusieurs dialogues médicamenteux s'opposent. Reflet d'une sollicitation médiatique, la prescription d'antidépresseurs semble pour certains psychanalystes antithétiques à la cure analytique. Les opposants des thérapeutiques médicamenteuses les insignent comme modernes et objet de dépendance. Selon ces spécialistes, ils ralentiraient l'émission de matière psychique privilégiée. Les rêves ou les désirs seraient émoussés. De plus, ils entraîneraient une élimination des mouvements physiques significatifs.

D'autres psychanalystes, en faveur de conjugaison médicamenteuse, dénotent une levée de l'inhibition tout d'abord motrice, puis dictionnelle puis de celle de la *Grundstimmung* (ambiance, humeur générale). Ils contemplent un retrait des fixations idéiques grâce à la personnalisation du traitement. Par la chimiothérapie, la *Ich Libido* (la libido du Moi) progresse vers une libido objectivale à l'origine d'un relationnel thérapeutique prometteur (RUELENS). Le ralentissement idéo-moteur caractéristique du trouble dépressif (WIDLÖCHER, 1995) semble extériorisé par l'avènement chimiothérapeutique. Ces molécules sont à l'origine d'un regain énergétique, d'autant plus prépondérant lorsque la racine prescriptrice ne trouble pas la logique transférentielle.

Dans le cadre de ce travail de thèse, nous nous sommes interrogées sur l'incitation du psychologue clinicien (non prescripteur) à l'adjonction d'un traitement médicamenteux ainsi que son avis à propos de la nécessité de ces molécules aujourd'hui jugées sur-utilisées. En addition des sociétés savantes ci-dessous citées, les questionnaires ont été diffusés par le Syndicat National des Psychologues sur tout le territoire, aux psychologues cliniciens du Centre Hospitalier du Rouvray (centre psychiatrique de référence rouennais) ainsi qu'à des psychologues personnellement sélectionnés. La cohorte de professionnels des soins psychologiques s'élève à 406 cliniciens, toutes spécificités confondues. Nous estimons ainsi ces résultats comme proches de la réalité clinique. L'élévation du nombre de psychologues en France est de 78 197 (DREES, 2021). Notre échantillon, pour être représentatif du nombre de

psychologues français, avec une marge d'erreur à 5% et un intervalle de confiance à 95%, doit être supérieur ou égal à 383 professionnels sondés. Or, notre test statistique rassemble à ce jour 406 réponses complètes, ainsi nous pouvons valider la représentativité lors de ce test des psychologues français.

139 psychanalystes formés respectivement à la Société Psychanalytique de Paris, à l'École de la Cause Freudienne, à Espace Analytique et certains adhérents de la consultation libre de psychanalyse ont répondu à la discussion substantielle du conseil des molécules antidépresseuses. Ainsi, parmi les psychanalystes de choix ayant répondu, 129 soient 92,8% d'entre eux conseillent la prescription d'antidépresseurs à un patient présentant un tableau dépressif. Au vu de la théorie psychanalytique énoncée ci-dessus, l'intégration psychanalytique à l'actualité, son ouverture thérapeutique, ne sont plus à contester. Les thérapeutes systémiciens individuellement sélectionnés (sur le territoire français, élèves des diplômes universitaires, et membres de différentes sociétés savantes), sont 82,7% soient 81 psychologues cliniciens sur les 110 à inciter ces traitements lors qu'ils sont confrontés à une souffrance psychique terrifiante. Quant aux thérapeutes formés en thérapies cognitives et comportementales (TCC) en provenance de l'AFTCC recommandent à 95,5% les traitements médicamenteux.

Nous examinons donc une forte incitation aux traitements médicamenteux par les psychologues cliniciens. En moyenne, 91,13% d'entre eux préconisent une consultation médicale afin de réévaluer cet avis. Suivra ainsi une prise de décision par le médecin prescripteur qui validera ou non les analyses pathologiques pratiquées.

Conseillez-vous parfois la prescription d'antidépresseurs ?

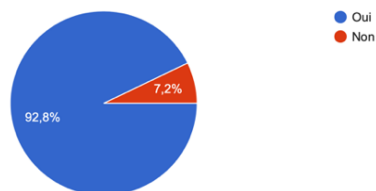


Figure 7 Réponses des psychanalystes

Conseillez-vous parfois la prescription d'antidépresseurs ?

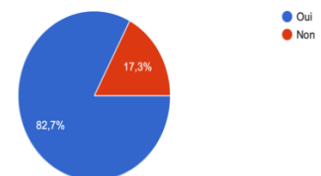


Figure 8 Réponses des Systémiciens

Conseillez-vous parfois la prescription d'antidépresseurs ?

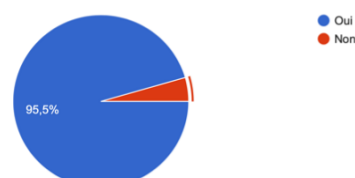


Figure 9 Réponses des TCCistes

Le renforcement de l'adhérence

Acteur de l'intime, les psychothérapeutes recueillent au quotidien les effets tant positifs que négatifs des médicaments. Lors de la livraison de souffrances, la charge portée par la pathologie est omniprésente (nombre de comprimés pris, nombres de molécules ...), la pression médicamenteuse occupe un espace psychique central. Ils perçoivent et hébergent ces informations en toute bienveillance et y accorde une réflexion en toute connaissance. En effet, au cours de leur formation en psychologie, les facultés dispensent des enseignements de pharmacologie. Les psychiatres, reçoivent une solide formation spécifique durant toutes leurs années d'études et plus spécifiquement pendant leur internat. Dans l'impunité d'un cabinet, la question du traitement médicamenteux est très souvent abordée. L'adhérence autrement désignée par le terme observance y est renforcée. Pour optimiser son complet état de santé, le patient est acteur, actif, au sein de sa thérapeutique. Le corps médical l'encourage à s'impliquer envers sa propre santé. La prise médicamenteuse et ses divers comportements sont des piliers de l'adhérence. Elle est un incontournable pour viser une réponse thérapeutique globale et optimale. Par son absence, le patient risque d'augmenter considérablement le nombre et la durée de ses hospitalisations et pourra voir sa qualité de vie amoindrie. Tout professionnel de santé, les psychothérapeutes ne faisant exception, ont leur place dans la fortification de l'adhérence. Par l'entretien, méthode indirecte de perception de l'adhérence, ils se tiennent au plus près de la dynamique observationnelle. En dépit des différents degrés de labilités liés au patient et à son environnement, l'entretien par l'efficiace du tact et du contact favorise le recueil le plus exhaustif d'informations (NICOLAS-FISCHET *et al*, 2014).

La maladie, par la globalité des phénomènes engendrés, encercle l'individu dans son entièreté. Tel que l'a souligné Canguilhem, la relation créée avec le médecin est ainsi psychique, physique : globale. Significative de la dépendance, la relation clinique conduit à une décisive confiance (WORMS, 2015). « *C'est à ce soin-là, seulement complet que l'on peut se fier, se vouer, se dévouer* ».

Plus théorique que pratique, une différence entre souffrance et douleur se fait toutefois sentir. Paul Ricœur dans son ouvrage au titre évocateur de cette nuance, réserve dans un premier temps le terme de douleur à des affects corporels généraux ou localisés. Selon Edmund Husserl, une douleur touche le *Körper* (« corps organique ») qui en vient à envahir le *Leib* (« corps propre »). Ricœur quant à lui, exemplifie cette invagination souffrante comme des affects axés sur la réflexivité, le rapport à soi, à l'autre, au sens et au langage. Cette distinction est un idéal. Nous voyons bien dans le langage courant le chevauchement des termes utilisés. Ce philosophe distingue donc deux axes d'étude du souffrir : **l'axe soi-autrui et l'axe agir-pâtir**. Ce premier axe illustre l'effacement du monde du souffrant. Son être est comparé à une plaie à vif. La solitude du souffrir semble grandissante mais, comme Freud l'a montré dans Deuil et mélancolie, il possède une force psychique à : se faire souffrir (SVANDRA, 2012).

Tandis que l'axe agir-pâtir estime que la souffrance réduit considérablement la puissance d'action, il s'avère néanmoins que seul l'être agissant peut-être souffrant. Ce retour à l'espoir est porté encore une fois par Oliver Sacks. Cet axe agir-pâtir illustre l'impuissance à se dire, à se faire, à se raconter et à s'estimer soi-même. La douleur semble enfermée dans les organes. Diffère de la douleur l'appel à la plainte du souffrant, son rituel, ses cris et ses larmes tant le sujet est déchiré entre le vouloir dire et l'impuissance à s'exprimer.

Ici, le Moi est souffrant, les places avec autrui ne sont nullement intervertibles. Je souffre et peut-être suis-je choisi pour souffrir, pris au piège dans un fantasme de l'enfer personnel. Malgré tout, tant que je souffre, je demande de l'aide. Cette dernière, tant la solitude envahit l'être reste toutefois non entièrement comblable. Ainsi s'élève tout de même en règle d'or : la « parcimonie » soignante (RICOEUR, 1992).

Un dernier point est accordé à la question du pourquoi, à celle du sens de cette souffrance. *Eschyle enonca : patheis mathos ... par le souffrir, apprendre...* phrase rejetée par Paul Ricœur. Sans tomber dans le dolorisme ou dans le moralisme, Ricœur énonce dans un premier temps l'interrogation du sens de la souffrance : Pourquoi moi ? Pourquoi ?

Est-ce ici un cadre économiquement libidinal ou une demande de justification de l'être ? Étymologiquement, la souffrance est désignée par le verbe endurer. Ce verbe introduit un minimum d'action dans la passivité du souffrir.

Dans sa *philosophie de la vérité*, Ricœur initie déjà l'endurance en tant que résistance à la souffrance, incorporant la notion de volonté. Il se trouve que la souffrance, dans l'endurance soumet l'objet. Il désire être : « en dépit de ... », et malgré ce souffrir. L'effort pour exister s'érige en sommet. Parfois la souffrance replie le sujet ; l'effort, la persévérance ne sont plus de ce monde. Il n'a plus la force « de souffrir sa souffrance ». Aliéné, dé-subjectivé, dé-humanisé, dé-mantelé, la souffrance, appelle comme l'énonce Ricœur, à l'exigence du lien, à l'émission de relation. La « *solidarité des ébranlés* » de Patocka, offre un échange par divers signes. Sans avoir à tout communiquer, le patient par ce partage, par l'expression des chairs communément martelées se sent soulagé. Cette attache particulière peut être reproduite par l'émission de gestes soignants rassurants. « Donner-Recevoir ». De la part du soigné s'initie une dette qui jamais ne sera soldée. Elle témoigne la force de la présence soignante et sa faculté à demeurer face au visage terrifié. Grâce au lien initié, le soignant réintègre le souffrant dans la communauté des hommes, lui dénichant une échappatoire à « *l'infernalité de ce labyrinthe emprunté* » (MARIN, 2015).

Les résistances

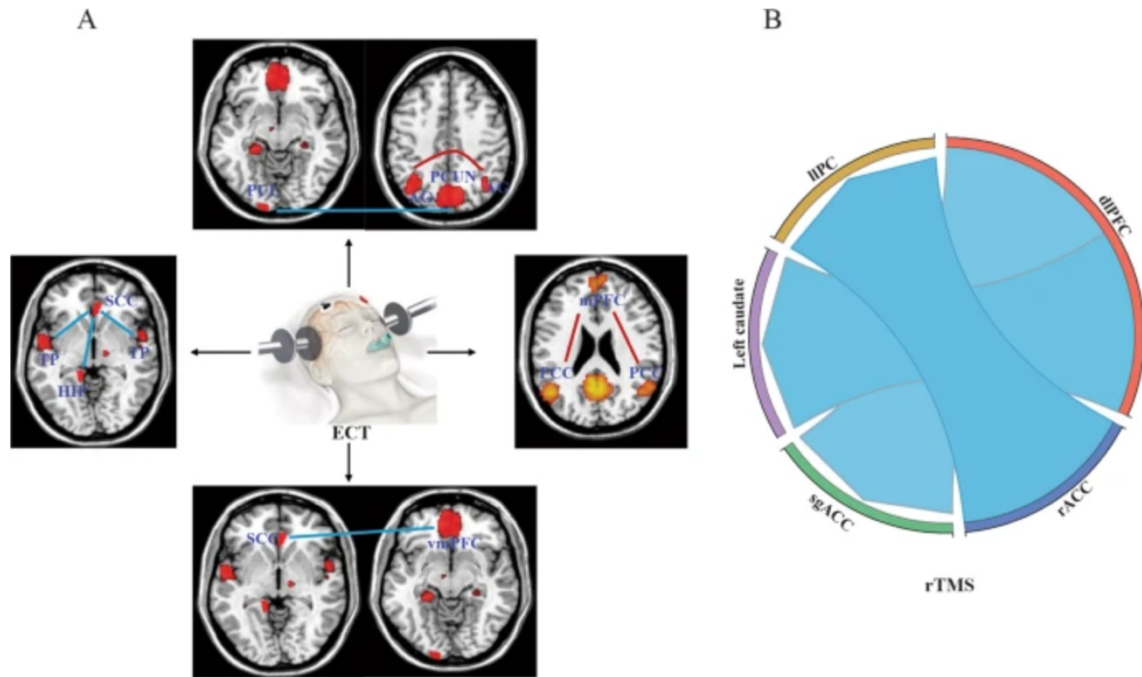
Les résistances médicamenteuses

On estime que parmi les patients dépressifs, 10 à 30% résistent à la pharmacothérapie (HEERLEIN, 2022). Problème majeur dans nos sociétés, ces résistances thérapeutiques accroissent la morbi-mortalité. L'intégration sociale et professionnelle se trouve modulée et la socio-économie mondiale impactée (Thèse de Maud ROTHÄRMEL, 2019). Divers facteurs enveloppent les résistances médicamenteuses. Une posologie inadaptée, un médicament inefficace, une maladie sévère, évolutive, un défaut d'observance, une inertie clinique en sont des exemples. La pharmaco-résistance renvoie généralement à un échec thérapeutique à l'issue de deux ou trois tentatives moléculaires à dose et durée efficaces.

Ainsi, dans un premier temps, la modification des posologies après un dosage de la concentration plasmatique de la molécule ainsi que l'arrêt des médicaments prescrits de manière concomitante pouvant générer des troubles psychiatriques (corticoïdes, montélukast, interféron, finastéride ...) sont élaborés. La substitution d'un antidépresseur à un d'une classe

alternative est souvent réalisée. Le lithium, les hormones thyroïdiennes, les agonistes dopaminergiques ou certains antipsychotiques à faible dose (aripiprazole...) potentialisent la réponse initiale aux antidépresseurs primitivement prescrits et modulent la charge émotionnelle parfois puissante. Les IMAO lors d'échecs thérapeutiques répétés sont parfois introduits ou de nouvelles molécules sont quelquefois délivrées. Dans de rares cas, des molécules de mêmes classes thérapeutiques sont associées. Cependant, au vu des interactions médicamenteuses, cette stratégie n'est pas à privilégier. D'autres solutions neurocognitives sont parfois envisagées dès lors que ces résistances s'avèrent particulièrement handicapantes. On cite l'électroconvulsivothérapie (ECT), la stimulation magnétique transcrânienne répétée ou la stimulation transcrânienne continue (MILLET, 2017). L'ECT induit durant quelques secondes des crises épileptiques par passage transcrânien d'un courant sous anesthésie générale. Avec une curarisation, la tonicité et la myoclonie sont limitées (Collège de psychiatrie, 2014). Majoritairement efficace malgré leur présence tardive dans les algorithmes soignants, entre 8 à 12 séances souvent nécessaires. Elles sont régulièrement prolongées au vu de la chronicité des troubles, et de la puissance thérapeutique qu'elle permet. En effet, on note d'après une étude menée au centre hospitalier du Rouvray une potentielle communauté de mécanisme d'action de l'ECT avec celui de la kétamine (ROTHÄRMEL *et al*, 2017).

Grâce à l'imagerie magnétique fonctionnelle, a été observée une augmentation de la connectivité fonctionnelle dans les régions de régulation des émotions. De plus, dans certaines zones telles que le cortex préfrontal médian et le cortex singulé postérieur s'est vu une amélioration des symptômes dépressifs par la hausse de ces connectivités. Via l'augmentation de la connectivité dans le gyrus angulaire, la fonction cognitive a vu son déclin amenuisé tel qu'illustré ci-dessous (YANG *et al*, 2021). De nouvelles molécules en cas de résistances sont actuellement expérimentées.



A and repeated transcranial magnetic stimulation (rTMS). **B** Blue lines indicated decreased functional connectivity (FC) after treatment and red lines indicated increased FC after treatment. PUL, Pulvinar; PCUN, Precuneus; SCC, Subcallosal cingulate cortex; TP, Temporal polar; HIP, Hippocampus; vmPFC, Ventromedial prefrontal cortex; mPFC, Medial prefrontal cortex; PCC, Posterior cingulate cortex; AG, Angular gyrus; IIPC, left lateral parietal cortex; dIPFC, dorsolateral prefrontal cortex; rACC, rostral anterior cingulate cortex; sgACC, Subgenual anterior cingulate cortex.

Figure 10 : Changement du connectome fonctionnel cérébral chez les patients dépressifs en réponse à un traitement par électroconvulsivothérapie

L'allopregnanolone

L'étendue exploratoire progresse de jour en jour dans le but d'amplifier la palette thérapeutique. L'allopregnanolone, neurostéroïde, hormone biosynthétisée par le système nerveux, voit son impact sur l'anxiété comparée au cortisol. Elle est donc augmentée en réponse à un stress. Son action princeps de translocateur, permet l'entrée du cholestérol dans la cellule induisant la formation de pregnenolone. Ce produit chimique est à l'origine d'une multitude des stéroïdes neuronaux (par exemple : de la progestérone mais aussi de la testostérone). Un des mécanismes d'action de l'allopregnanolone aujourd'hui révélé est sa capacité à moduler les récepteurs au GABA A (neurotransmetteur inhibiteur). Cela lui délimite une analogie d'action avec les benzodiazépines. Malgré sa faible biodisponibilité, l'allopregnanolone permet, une modulation allostérique positive des récepteurs (synaptiques et extrasynaptiques) au GABA A mais favorise aussi la neuroprotection et participe à l'indispensable myélinisation (SCHULE, 2013).

L'allopregnenolone par sa médiation positive de l'inhibition de la réception tonique au GABA A de manière extra synaptique semble ainsi être un antidépresseur de choix. De manière nuancée, les benzodiazépines jouent sur l'inhibition phasique du récepteur cible. Les récepteurs toniques répondent durant toute la durée de la stimulation alors que les récepteurs phasiques, comme leur nom l'indique, l'assurent uniquement à l'initiation de la stimulation puis s'arrêtent. Ainsi, cette nouvelle molécule infère une absence de sédation. Approuvé par la FDA le 19 mars 2019, la Brexanolone administrée par voie IV, commercialisée sous le nom de Zulresso est indiquée uniquement dans le cadre des dépressions post-partum (PINNA, 2020).

L'allopregnanolone, métabolite naturel de la progestérone, est progressivement augmenté durant la grossesse. Lors du dernier trimestre, son apogée concentratif a lieu. A la suite de l'accouchement, son taux sanguin est brusquement diminué. Il résulte de cet effondrement biologique une potentielle inadaptation des récepteurs ; à l'origine des symptômes anxieux ou dépressiogènes (AZHAR, 2021).

Par la diminution de sa concentration dans les troubles dépressifs, l'allopregnanolone sera-t-elle un jour un biomarqueur de qualité ?

L'étude de rongeurs dépressifs montre un taux d'allopregnanolone et de ses précurseurs synthétiques (3 et 5 α -réductase) diminué. Il a été remarqué que la diminution du taux d'allopregnanolone se normalisait à la suite d'administration d'ISRS. Cet indice pharmacologique a été étudié notamment avec la fluoxétine. La zuranolone (SAGE-217) est en cours d'essai clinique et serait indiquée dans le traitement des troubles dépressifs majeurs. L'ère des neurostéroïdes laisse croire à une nouvelle génération moléculaire contre la dépression. Par leurs propriétés, ils confèreraient un accroissement de la durée d'action et une mise en place raccourcie rapportés aux antidépresseurs actuellement sur le marché (PINNA, 2020).

A noter, des médicaments tels que des contraceptifs oraux ou le finastéride, modulent la 5 α -réductase, enzyme allostérique de l'allopregnanolone, permettant sa synthèse. Des études actuelles montrent un bénéfice de l'arrêt du finastéride lors de l'initiation d'un traitement antidépresseur (Moniteur des pharmacies, 2022).

La kétamine

Auparavant, la kétamine était utilisée comme anesthésique puissant pour soigner les délires post-chirurgicaux avec des variations de l'humeur. Nouvel espoir de l'ère neuropharmacologique, l'énantiomère S de la kétamine a été approuvé par les autorités françaises dans le cadre des dépressions résistantes. Les premiers essais suggéraient dans les années 2000 une efficacité de la kétamine dans le trouble dépressif. La S kétamine, a été approuvée en mars 2019, année florissante pour nos traitements antidépresseurs.

Différents types d'antagonistes aux récepteurs NMDA existent : les compétitifs, non compétitifs et allostériques non compétitifs. Les bloqueurs non compétitifs tels que la kétamine ou la mémantine connue dans le traitement d'Alzheimer ont été démontrés efficaces chez l'animal dépressif (excluant l'Homme bien qu'animal) (AMIDFAR *et al*, 2018). Seule la kétamine a montré son action chez l'homme d'où l'émergence révolutionnaire de ce traitement dans le trouble dépressif. D'autres molécules ont été testées, il ne s'agit pas ici de dresser une liste exhaustive de celles-ci. Citons simplement la lanicemine qui a été jugée moins robuste que la kétamine. Elle n'est donc pas commercialisée à ce jour.

La kétamine, avec ses deux énantiomères R et S, a une action antagoniste des récepteurs NMDA de manière non sélective et non spécifique. L'énantiomère S a une affinité quadruplée pour son récepteur par rapport à la R kétamine. Des contradictions subsistent à propos de cette affinité plus importante de l'énantiomère S. Ce dernier aurait une action plus durable. C'est bien la S kétamine qui a de nos jours été approuvée par la FDA et l'EMA.

Le glutamate est l'un des principaux neurotransmetteurs cérébraux. Pour éviter sa toxicité, sa concentration est largement régulé dans le système nerveux central. Les récepteurs du glutamate sont : NMDA, inhibiteurs et AMPA, activateurs. Les récepteurs NMDA et AMPA notamment se complètent.

Plusieurs hypothèses d'actions sont aujourd'hui proposées pour le mélange racémique :

- **L'hypothèse de la désinhibition** : Via l'antagonisme des récepteurs NMDA (récepteurs inhibiteurs) sur les neurones GABAergiques présynaptiques inhibiteurs (RITA-BARREIROS, 2021) il y aurait libération de glutamate puis le glutamate activerait les récepteurs AMPA. La production de BDNF est initiée puis mTor s'active et la traduction des protéines augmente donc la production de récepteurs AMPA

(récepteurs excitateurs cérébraux) est aussi favorisée. Le glutamate pourra donc stimuler plus de récepteurs activateurs.

Cette synaptogenèse favorise la désinhibition des neurones GABAergiques (inhibiteurs) dans le mésencéphale et dans l'habenula latérale composants du système de récompense. Ce système de récompense est altéré, hyperconnecté lors des troubles dépressifs caractérisés résistants. Il est donc, grâce à la kétamine, moins activé.

- **Inhibition des récepteurs post-synaptiques** : la kétamine se lie aux récepteurs NMDA qui régulent la croissance et la morphologie synaptique. Aussi, se déploie une production de BDNF.
- **Augmentation de la neurotransmission sérotoninergique** : la kétamine est connue pour entraîner une augmentation de la 5-HT synaptique.
- La dérégulation de l'équilibre gabaergique et glutamatergique est à l'origine d'un remodelage structurel qui donne naissance au trouble dépressif caractérisé notamment. Les imageries post-mortem révèlent un **système glutamatergique** défaillant chez les patients dépressifs. Cet effet est ignoré par les antidépresseurs classiques. Un effet symphonique de la kétamine a été montré par sa non-spécificité et sa capacité à agir autant sur les récepteurs NMDA, sur les récepteurs d'opioïdes, ceux des monoamines, les récepteurs adrénergiques ou sur les récepteurs cholinergiques dans le système nerveux central mais aussi dans le système périphérique, dans le système immunitaire et participe à la modification épigénétique des gènes liés au stress.
- La kétamine est rapidement absorbée et rapidement métabolisée en **HNK**, qui pourraient eux aussi être source d'action de la kétamine.

(SIAL, 2020)

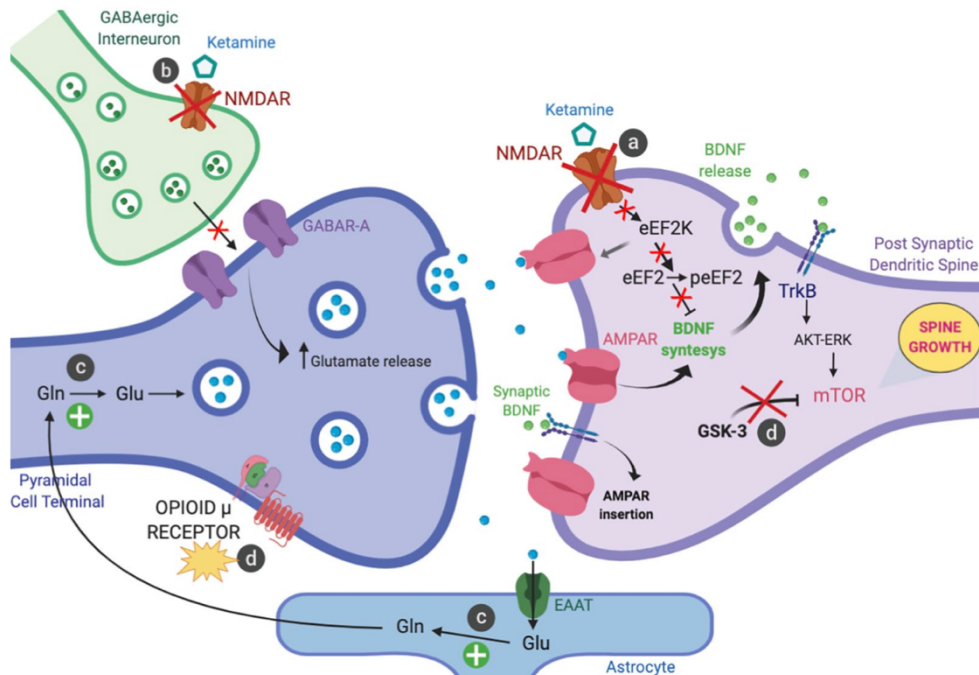


Figure 11 : Hypothèses mécanistiques des effets antidépresseurs de la kétamine

(a) Antagonism at postsynaptic NMDA receptors; (b) Blockade of NMDA receptors on GABAergic interneurons; (c) Increase of glutamate-glutamine cycling; and (d) Other hypothesised mechanism: opioid system activation and inhibition of GSK-3.

(MARCATILI, 2020)

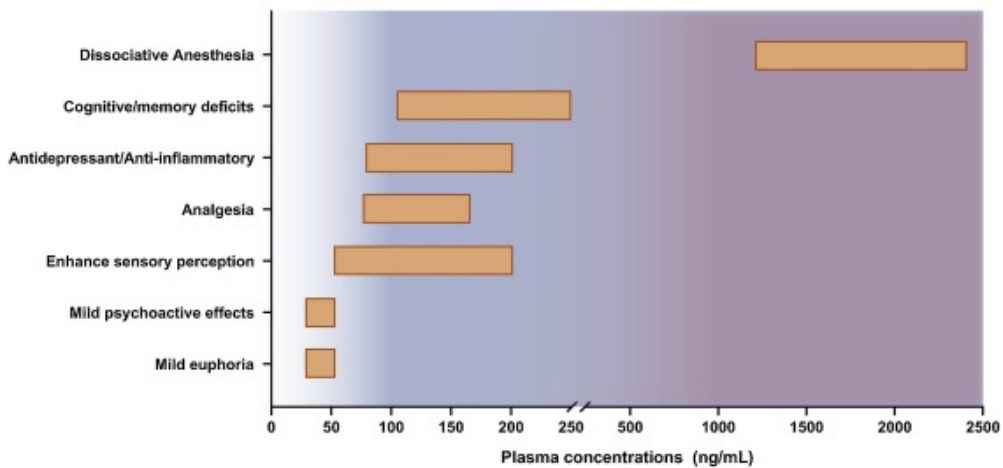


Figure 12 : Effets thérapeutiques et secondaires de la kétamine en fonction de ses concentrations plasmatiques

On remarque que dans les troubles dépressifs caractérisés, le lithium parfois adjoint en cas de résistance inhibe la kinase GSK3. La GSK3, dans un contexte physiologique, est doublement activée, directement et indirectement. Elle participe à la stabilité thymique dans les troubles de l'humeur. Le lithium, adjuvant et potentialisateur des antidépresseurs, par l'inhibition de GSK3, est un traitement majeur. De plus, l'inhibition de GSK3 de manière analogique à la kétamine augmente la synthèse de BDNF. La kétamine a elle aussi dévoilé des effets antidépresseurs par l'inhibition de la GSK3. La GSK3 et notamment sa forme β apparaît comme une cible potentielle. Son efficacité antidépressive est aujourd'hui identifiée. Elle améliore aussi la survie cellulaire, favorise la neurogenèse et la plasticité synaptique. Le lithium par son action directe sur GSK3 renforce donc l'activité de la kétamine qui elle agit de manière indirecte sur ce facteur (COSTEMALE-LACOSTE, 2017).

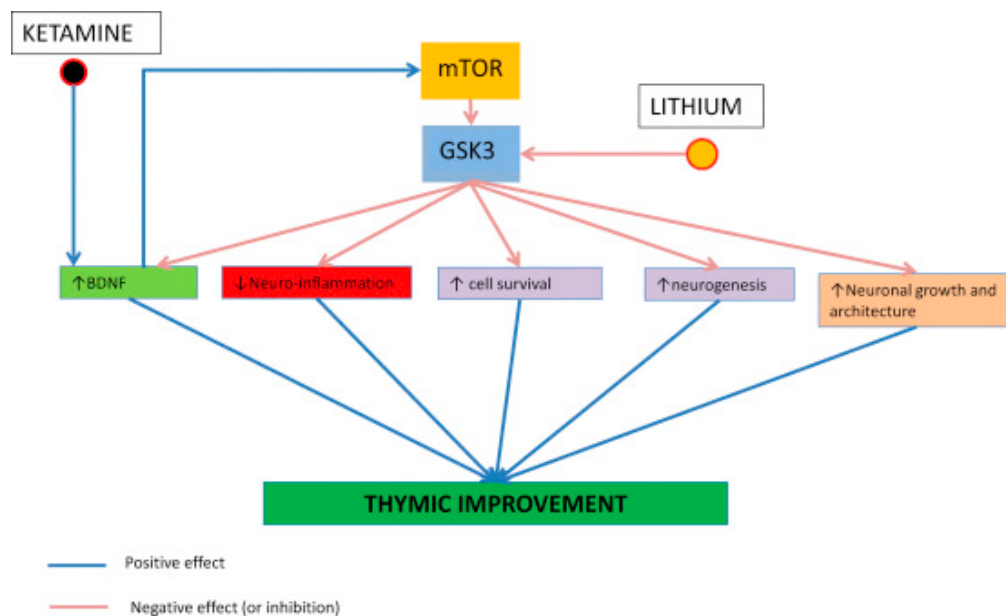


Figure 13 : Schéma des hypothèses d'action de la kétamine

De variables effets ont été étudiés. L'antagonisme des récepteurs opioïdes par la kétamine est impliqué dans le système douloureux. Il améliorerait notamment la synaptogenèse et réduirait la douleur. A cause de son lien de parenté avec l'anesthésique PCP et ses réactions délirantes, le Spravato (S kétamine) par voie nasale a montré des réactions dissociatives et des étourdissements.

De nouvelles études en cours ont pour objectif de permettre la prédiction de la réponse du patient à la kétamine. La kétamine et la S kétamine ont une action comparable par voie intraveineuse. Une étude révèle que l'effet antidépresseur de la S kétamine est comparable avec celle du mélange racémique. Ces résultats sont à nuancer car après l'injection du mélange racémique, la S kétamine semble plus rapidement métabolisée (CORREIRA-MELO, 2020), (SANDERS, 2021).

Le SPRAVATO (eskétamine), en association à un ISRS ou un IRSNa, constitue une alternative chez les patients adultes pour le traitement des épisodes dépressifs caractérisés résistants n'ayant pas répondu à au moins deux antidépresseurs de deux classes différentes au cours de l'épisode dépressif actuel sévère et en cas de contre-indication ou résistance à l'électroconvulsivothérapie ou pour les patients n'y ayant pas accès ou l'ayant refusé. Au vu du risque d'hypertension artérielle, de sédation et d'étourdissement, les patients doivent se rendre en centre hospitalier pour l'injection de cette molécule avec une surveillance de la pression artérielle effectuée régulièrement (HAS, 2020). Outre ces résistances médicamenteuses, des résistances psychologiques sont aussi notées. Les deux concordant à l'absence de réponse efficace au traitement de quelque nature soit-il.

Les résistances psychologiques

Dès l'incipit de ses travaux, Freud modélise des résistances. Elles se définissent par l'ensemble des forces et des manifestations qui font obstacle à la guérison. Fil conducteur de l'analyse, les résistances sont opérantes dans toutes les psychothérapies et sont en corrélation avec les mécanismes de défenses. Ses robustesses sont en constante évolution et encouragent la création thérapeutique dans toutes les orientations (MARC, 2002). Pour plus aisément les lever, leurs abscisses sont à relever. Elles peuvent résulter du patient, de l'interaction thérapeute-patient, de ses pensées, de ses troubles associés tel qu'un trouble de la personnalité (DOCTEUR, 2021). Plaisance et complaisance, le malade par sa pathologie résiste afin de conserver les bénéfices secondaires qui lui sont quelquefois nécessaires. Comme nous l'avons énoncé, le patient en proie à la dépression use parfois d'une position victimaire. Il manigance ainsi la présence d'autrui. Pour que l'on « s'occupe de lui », pour une reconnaissance, un sentiment d'existence, d'agréabilité, il résiste. Cette identité de victime inclut une dimension masochiste par l'allongement de la souffrance. La souffrance initiale disparue ou affaiblie, la personne peut apprécier ce soin supplémentaire accordé. Elle peut maintenir cette position quitte parfois à se créer une nouvelle identité pour statuer la secondarité des bénéfices. L'environnement proximal évalue certaines fois la symptomatologie dépressive comme « fatigue », perte de « l'élan vital ». Ainsi, il soumet le patient à l'action, lui conseille l'ignorance médicale et sa possibilité soignante. Ceci pouvant renforcer cette résistance.

Compassion, bienveillance, et protection sont ordinairement formulées de la part de l'entourage du souffrant ou de sa mêmeté. De plus, la victime parvient à asseoir sa parole et profite de ce statut pour que lui soit conféré légitimité. A la stratégie primaire d'adaptation suit une posture

défensive. Le regard porté sur la dépressivité par autrui reflète généralement une minimisation de la douleur ou de la souffrance. Pour mieux se camoufler, l'humain malade se dote d'une épaisse carapace afin de pérenniser sa propre existence. L'expression du *faux-self* est marquée dans l'état dépressif (DUBOULOY, 2006). Le *faux-self*, protège l'individu contre les traumatismes et leurs résurgences (TORDO, 2020). Une prise de conscience guidera le patient vers le bénéfice principal : la sortie préparée de la souffrance (GOJAT, 2016).

Des craintes affleurent parfois certaines personnalités. Cette peur d'un changement d'état activé par la thérapie, équivaut à une menace de désintégration, à une perte de l'intégrité interne. La demande de soins en psychiatrie, lorsqu'elle a lieu, semble parfois frappée par une forte ambivalence. L'être peut faire preuve de lucidité quant à sa souffrance, mais peut cependant résister à son existence, à sa provenance personnelle. L'endommagement de son fonctionnement psychique mène à une peur, allant de pair avec une théorisation non identifiée de sa psyché comme responsable de ses propres difficultés (TROUBE, 2011). L'angoisse de ce changement thérapeutique a pour fonction une meilleure appréhension du *faux-self* garant de l'identité personnelle (LAVIOLLE, 2006).

Dépression, régression, protection. Les résistances résonnent dans l'âme mais aussi dans la corporalité. Le patient fatigué est souvent seul, allongé, replié dans son lit. L'apogée de cette position régressive dans le trouble dépressif est la position fœtale du dépressif. Ici, la régression mime la dépression. Lorsque que la pensée est bloquée, seul le corps parvient à s'exprimer. Le patient effondré a perdu l'élan de sa vitalité (VAN DAMME, 2002).

Opposés à l'accueil soignante, des patients réfutent la dépendance assignée à la relation associée. Le patient nie régulièrement son besoin d'aide et parfois même sa pathologie. Comme évoqué précédemment, selon son histoire le patient peut rencontrer des difficultés à accorder sa confiance. Ainsi, naît une tension centrale entre le besoin de dépendance psychologique, vitale et les obstacles individuels forgés. La fonction autocratique, soit le soin de soi par soi, renforce la pathologie. Ici, s'oppose la présence de l'autre face à la menace de la pathologie.

Pierre Fedida, après réinterprétation des théories géologiques, traduit le trouble dépressif par le terme de « névrose glaciaire ». L'anéantissement vécue par le sujet correspond selon lui à une prise en masse de la pensée, de l'action et du vide par sa violence. Elle s'apparente à une immobilité temporelle, un effacement de l'apparence humaine. Cette glaciation, permettrait la protection de la vie, enrobée, en hibernation ; l'existence, paralysée, pourra être mise en mouvement, grâce au tact et à la mesure. Cette cristallisation sauvegarde l'humain. Il se protège

ainsi des menaces de mort procurées par la vie. Les excitations vitales sont donc pour le dépressif, terrifiantes. En absence de mesure, elles peuvent mener à une dissociation, à un épuisement, à un renforcement symptomatologique (LAVIOLLE, 2006).

Le travail psychothérapeutique serait donc une réanimation de la vivacité grâce à la dualité thérapeutique formée.

En sus de ces nouvelles molécules et de la bipolarité des résistances, le schéma ci-dessous illustre les diverses possibilités thérapeutiques utilisées par les psychiatres afin de contrôler et d'amenuiser la souffrance du patient malgré les persistantes résistances.

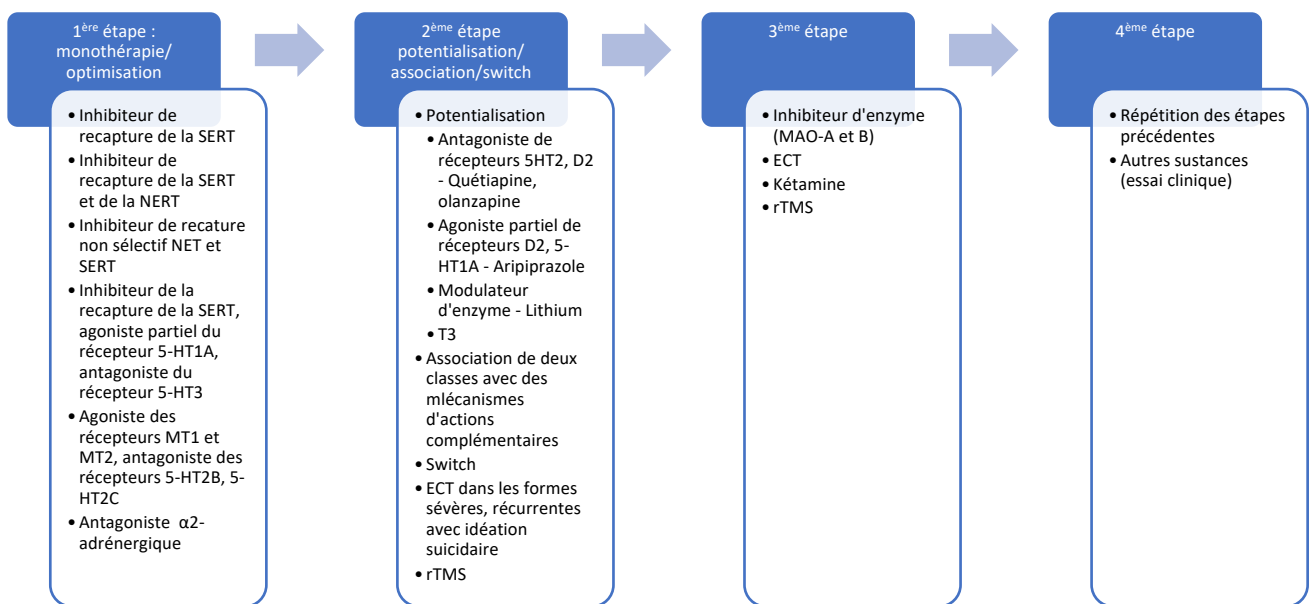


Figure 14 : Stratégies thérapeutiques dans une résistance médicamenteuse de trouble dépressif (GUELFI, 2022)

Les nouvelles perspectives scientifiques

Face à ces résistances et au nombre de patients dépressifs ne répondant pas aux premières stratégies médicamenteuses, de nouvelles perspectives thérapeutiques sont en cours d'évaluation. Un des buts ultimes est d'abaisser le seuil de tristesse pathologique à un moindre niveau de ces patients souffrants. La plupart des affections psychiatriques atteint les systèmes immuno-génétiques et immuno-infectieux. Le trouble dépressif ne fait pas exception à ces variations qui sont de nos jours examinées afin de cheminer vers une médecine personnalisée. Plusieurs pistes occupent la sphère expérimentale. L'analyse des biomarqueurs est particulièrement encourageante. Le cortisol, une hormone glucocorticoïde naturellement synthétisée par l'organisme s'accroît en réponse à un stress. Ses effets anti-inflammatoires et dépressiogènes en font un biomarqueur parfois mouvementé dans le trouble dépressif.

La dépression et l'inflammation

Une pathologie infectieuse et un trouble dépressif révèlent des caractéristiques cliniques communes, l'asthénie en est un exemple fort. La liaison entre une inflammation et une dépression est de plus en plus recherchée. En effet, le système immunitaire inné se trouve défaillant lors d'un trouble dépressif caractérisé. Les études tendent à décrypter si l'inflammation se positionne comme cause ou conséquence de ce mal-être. Le point suivant a été déterminé. L'administration de molécules anti-inflammatoires tel que l'interféron α provoque secondairement et régulièrement des insomnies et des troubles dépressifs. Ces voies de recherches inflammatoires disposent d'une place centrale dans lesquelles l'interleukine 6 (cytokines pro-inflammatoires de la voie innée) et la protéine CRP (protéine de l'inflammation la plus précoce) sont haussées.

Les interférons sont des protéines élaborées en réponse à un agent pathogène. Une fois synthétisées et libérées, elles affaiblissent la synthèse de L-tryptophane, précurseur des neurotransmetteurs, par l'action de l'indoléamine 2-3 dioxygénase (IDO). L'induction de cette enzyme mène à la production de kynurénine à défaut de sérotonine. Une fois fabriquée, la kynurénine est métabolisée par les enzymes microgliales en acide quinolinique. Cet acide se tient comme agoniste des récepteurs NMDA glutamatergiques; eux-mêmes impliqués dans des processus de neurotoxicité, dans l'apparition de symptômes neurovégétatifs et affectio-cognitifs (ALLILAIRE, 2019). Nous avons précédemment étudié l'effet des récepteurs NMDA glutamatergiques sur le potentiel pro-synaptogénétique.

Semble-t-il judicieux d'introduire dans le cadre du trouble dépressif une molécule antagoniste des récepteurs NMDA ?

La mémantine, utilisée dans le trouble parkinsonien, a entre autres ce mécanisme d'action. La comparaison de l'effet de l'escitalopram associée à de la mémantine et un placebo couplé à l'escitalopram, a été scrutée chez les personnes âgées souffrant de dépression. Il a été ainsi déduit que la mémantine procure un effet protecteur sur les fonctions exécutives (VAN DYK, 2020).

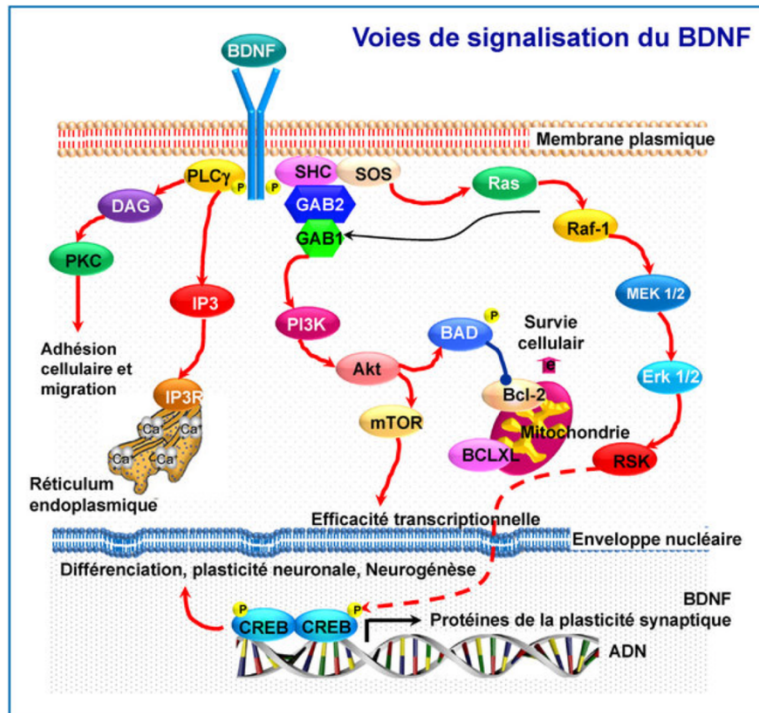
Les antidépresseurs actuellement sur le marché ont pour particularité de baisser les taux de cytokines proinflammatoires notamment l'IL12 et d'élever celles anti-inflammatoires : IL4 et TGF β 1. (FAN, 2017)). L'accroissement des concentrations sanguines d'IL6 et TNF- α sont corrélées à une faible réponse moléculaire aux antidépresseurs. Les TLR, toll-like récepteurs reconnaissent des ligands endo et exogènes (bactéries...) et engagent une cascade cytokinique. Il a été explicité qu'une intense expression des TLR semblerait synonyme de symptômes dépressifs imposants. Ces dernières années, la mise au point s'est canalisée sur l'élaboration de régulateurs négatifs des TLRs car liés à la boucle rétroactive négative de l'inflammation. Les régulateurs négatifs les plus fréquemment étudiés comprennent le suppresseur de la signalisation des cytokines 1 (SOCS1), la protéine d'interaction Toll (TOLLIP), le récepteur unique d'immunoglobuline interleukine-1 (SIGIRR), la protéine 3 induite par le TNF- α (TNFAIP3) et la forme courte de MyD88 (MyD88s). Par conséquent, l'esquisse conduite par LIN a pour intention la comparaison des niveaux d'ARNm de ces cinq régulateurs (SOCS1, TOLLIP, SIGIRR, TNFAIP3 et MyD88s) dans les cellules sécrétrices de cellules mononuclées du sang périphérique (PBMC) et de TNF- α de patients atteints de trouble dépressif majeur. Il compare les témoins sains et après traitement antidépresseur. La découverte majeure de ce travail est l'expression différente des régulateurs négatifs SIGIRR et TNFAIP3 dans les cellules sécrétant du TNF- α et dans les lymphocytes et monocytes de patients porteurs d'un trouble dépressif majeur. Des investigations supplémentaires sont nécessaires pour affirmer le rôle de SIGIRR, en particulier pour affiner et prouver la baisse de son taux d'ARNm chez le malade. TNFAIP3 a lui aussi été exprimé de manière différentielle par rapport aux témoins sains. Les régulations négatives de la réponse immunitaire innée pourraient contribuer au mécanisme sous-jacent du trouble dépressif majeur (LIN, 2021).

Comme nous l'avons vu antérieurement, le BDNF est sécrété à la suite de l'antagonisme des récepteurs glutamatergiques NMDA. Facteur neurotrophique, le taux de BDNF est diminué dans le trouble dépressif caractérisé. Son précurseur, le pro BDNF, facteur pro apoptotique, est lui plus élevé. Cette fratrie moléculaire semble normalisée lors de l'administration d'antidépresseurs après 7 semaines. Il n'y a pas à ce stade d'amélioration sur le plan clinique. On peut toutefois conclure que le BDNF dont l'augmentation est aussi signée par la sismothérapie (ancienne nomenclature de l'ECT), et le pro-BDNF favorisent la plasticité neuronale et inhibent l'apoptose cellulaire (ALTINE SAMEY, 2019).

Un fait intéressant semble à noter, le BDNF est présent dans la cascade d'activation des glucocorticoïdes endogènes et exogènes. En effet, après liaison à leur récepteurs nucléaires, puis après translocation, ils deviennent des facteurs de transcription qui soit favorisent ou régressent la transcription de gènes permettant la synthèse de protéines. BDNF se modifie (via CREB phosphorylée) permet une neurogenèse, une plasticité neuronale et une différenciation. Et BDNF stimule son propre feedback positif via les voies PI3K/AKT/mTOR. Les voies des Mapk et Erk engendrent la liaison du BDNF sur son récepteur et facilitent le développement synaptique. Or dans le trouble dépressif, Erk, MapK et CREB sont diminuées, abaissant ainsi la plasticité neuronale et la possibilité synaptogénétique et seraient à l'origine de phénomènes apoptotiques.

De plus, les gènes associés aux protéines COMT, BDNF et CREB modulent la réponse pharmacologique aux traitements. Une anomalie de méthylation du gène associé à CREB, peut provoquer des risques suicidaires accrus (triméthylation). On note que l'hyperméthylation présente dans le cortex frontal persiste à l'âge adulte et augmente le risque de troubles dépressifs (GAUTHIER et al, 2018).

Le stress active de manière inadéquate l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien producteur de cortisol. Des études suggèrent que les glucocorticoïdes abaissent la transcription de BDNF à l'origine d'une augmentation des pathologies psychiatriques. L'administration concomitante d'antidépresseurs et de glucocorticoïdes est donc à prendre en considération. Dans l'hippocampe, l'expression des ARNm correspondant au BDNF semble complètement supprimée. La mifépristone, antagoniste des récepteurs aux glucocorticoïdes semble donc augmenter la formation de BDNF et réduire ces possibles pathologies psychiatriques.



– Figure 15 Voies de signalisation du BDNF

Une hypothèse a été émise concernant la relation inflammatoire, les glucocorticoïdes et le BDNF. Les glucocorticoïdes, sécrétés en réponse à un stress, semblent activer la microglie et supprimer des cellules astrocytaires pour diminuer l'inflammation. Ainsi un antagoniste des glucocorticoïdes réduirait cette apoptose liée au développement de pathologies psychiatriques (NUMAKAYA, 2017).

Les études microbiotiques

De nouvelles perspectives émergent de la recherche microbiotique. Des chercheurs français ont étudié la relation entre la réduction de certains métabolites de la flore intestinale et l'émergence d'un trouble dépressif. Les souris, soumises à un stress chronique voyaient leur flore intestinale modifiée. Ainsi, il en résultait une baisse des précurseurs des endocannabinoïdes endogènes (ayant pour cible les récepteurs CB1 hippocampiques). La modulation de la neurogénèse hippocampique dévoile des effets anxiolytiques et antidépresseurs notamment des récepteurs CB1 hippocampiques physiologiques. La défaillance de la signalisation de la voie CB dans le cadre du trouble dépressif a été quantifiée par transfert du microbiote de souris dépressives à des souris naïves.

Dans l'hippocampe, région d'intérêt, l'activation de la voie CB1, entraîne un signal mTOR.

La traduction de l'ARNm est initiée par mTOR par activation et phosphorylations successives de p70S6K à T389 puis rpS6 à S235/236. Chez une souris malade, la phosphorylation de mTOR, p70S6K, rpS6 est diminuée.

Le métabolisme microbiotique produit en condition normale du DAG et du MAG, ses précurseurs : PUFA, AA son précurseur et n-6-PUFA métabolite intermédiaire déclinent dans les sérums des souris dépressives. 2-AG étant le précurseur de n-6 PUFA et de DAG, c'est l'évaluation quantitative de 2-AG avec mTor qui est effectuée. Ces deux derniers sont analysés et fortement abaissés chez les souris receveuses de microbiote pathogène. La panne de mTOR est corrélée à une raréfaction des précurseurs des 2-AG dans le sérum lipidique et dans l'hippocampe. DAG et n-6 PUFA, ont été considérablement réduits chez les souris receveuses tout comme le 2-AG hippocampique est réduit dans le cadre de souris dépressives.

Ainsi, il a été évalué que le blocage de la dégradation 2-AG pouvait améliorer la signalisation de la voie endocannabinoïde CB. En effet, avec l'addition d'un inhibiteur, les niveaux hippocampiques de p-mTOR, p-p70S6K et p-rpS6 ont significativement augmenté. Cet inhibiteur au nom de JZL 184 administré avec un antagoniste sélectif de CB1 sous le nom de rimonabant a amélioré le signal CB et le niveau de 2-AG. C'est donc vu amplifié l'effet antidépresseur (ALTEBA *et al*, 2020).

De plus, la différenciation et la prolifération des cellules neuronales hippocampiques se sont vues densifiées par JZL 184. Les nouvelles synapses créées améliorent, dans l'hippocampe dorsal, les processus cognitifs et dans son analogue ventral, l'humeur et le stress.

L'observation montre que la famille de bactéries *Lactobacillaceae* est amenuisée dans la pathologie dépressive et que *Lactobacillus plantarum* exerce une influence sur la croissance neuronale et sur le comportement des souris. Ce lactobacille majore la concentration de n-6 PUFA hippocampique et régule le taux de kynurénine. Ainsi nous déterminons l'intérêt majeur de *Lactobacillus plantarum* dans le trouble dépressif (CHEVALIER *et al*, 2020).

Allons-nous voir naître, dans quelques années, les psychobiotiques ?

Les autres perspectives de recherches

L'équipe 1130 de l'INSERM a optimisé une prodrogue ciblant les transporteurs de cations organiques (OCT). Par l'affinité de cette molécule pour OCT et par sa capacité de diffusion

intra-cérébrale, une modulation de l'activité des neurones dopaminergiques au sein de régions mêlées au système de récompense est remarquée. Cette découverte tend vers le développement d'une nouvelle classe d'antidépresseurs (ORRICO SANCHEZ *et al*, 2020).

La prospection des effets par l'amplification de la concentration de testostérone sur les concentrations de la MAO A administrée par voie intramusculaire sont à l'origine d'une réduction de la dégradation de la sérotonine. De faibles concentrations de testostérone semblent initier une résistance aux antidépresseurs chez la femme ou l'homme. L'effet indirect de la testostérone à concentration élevée sur le trouble dépressif et son hypothèse monoaminergique est aujourd'hui au stade d'étude préliminaire (KRAN, 2021).

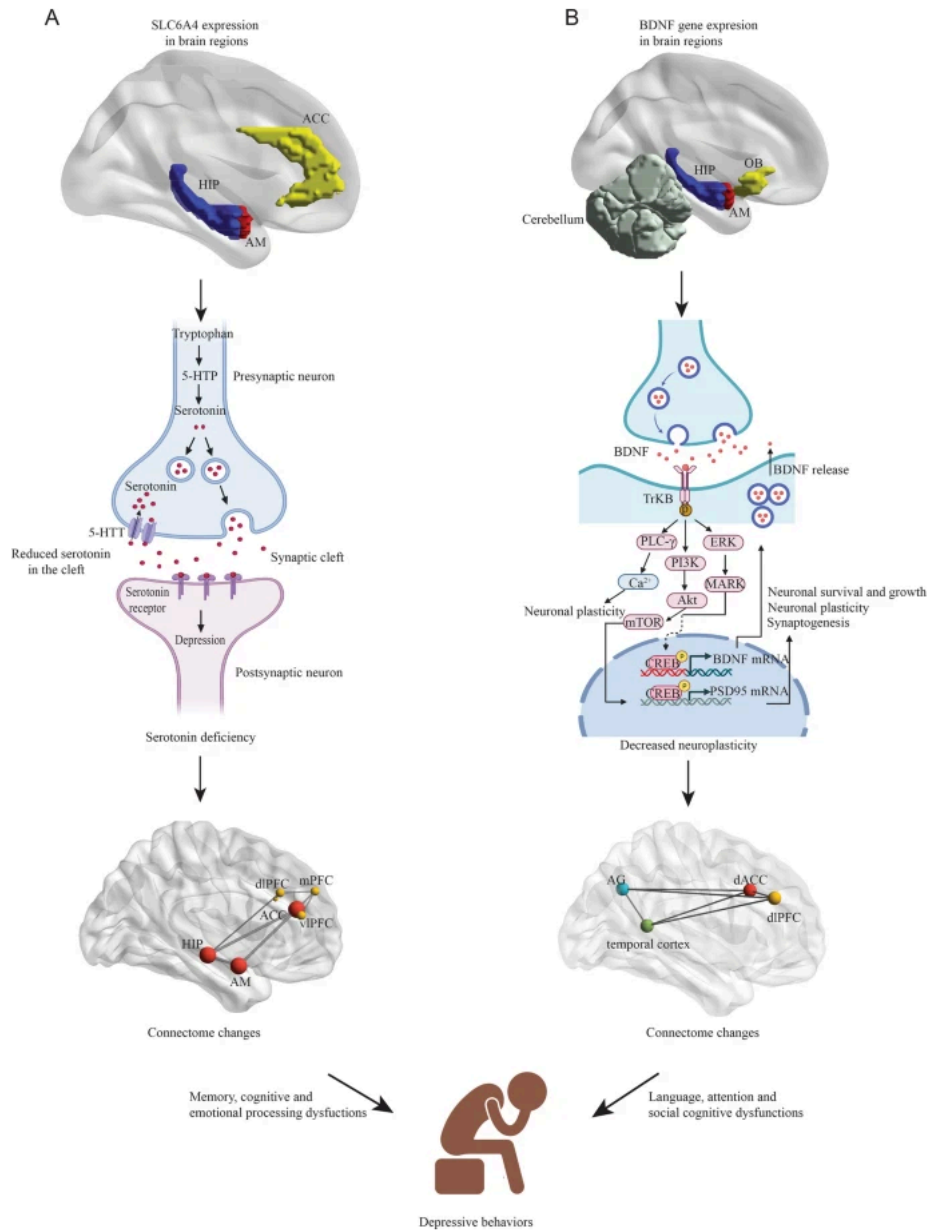
Grâce à la recherche pharmacologique, le prisme thérapeutique tend vers la genèse de nouvelles facettes. Afin de pallier la carence moléculaire immanent à la résistance, l'ouverture d'horizons amène à l'exploration instrumentale. Nous avons mis en exergue le fondement monoaminergique des antidépresseurs actuellement sur le marché. De récentes expérimentations travaillent sur un pilier émotionnel évoquant les émotions faciales en tant modulateurs perceptionnels.

Honte de ce que l'on voit, horreur de ce que l'on renvoie. Le corps de la maladie est déchu, réduit à un squelette, l'architecture semble vide, sans intérieur. Rude confrontation au miroir, la pathologie s'étend à l'être tout entier. Parfois circonscrite, parfois étendue, l'image de la pathologie s'empare du visage, ce lieu hautement symbolique de l'identité. La maladie tatoue le visage, non plus le visage en tant que reflet de l'identité mais le visage déformé, le visage semble « malade ». Comme l'énonce Ricœur (RICOEUR, 1992), « Je souffre-je suis », seule l'expression visagiste, surface de contact et d'échange suffit à trahir l'intensité de la souffrance ressentie. A la face correspond les organes, le visage lui est lié à la personnalité (VAN REETH, 2022). Le visage exprime la singularité, chez le patient déprimé, il semble annexé, effacé par la violence. Amaigri, grossi, pâle, les pupilles baissées, le visage dépressif fait écho au visage vieilli. David le Breton dans son anthropologie du visage (LE BRETON, 1992), le place comme sphère intime du sujet, médiateur d'une reconnaissance, support d'une relation à soi-même et aux autres. Défiguré, le visage malade cartographie l'évolution de la pathologie (MARIN, 2014).

La toxine botulique de type A fait partie de ces nouvelles propositions thérapeutiques. Neurotoxine, endo et exo cellulaire, synthétisée par *Clostridium Botulinum*, elle inhibe la fusion de la membrane plasmique à la vésicule synaptique par le clivage de SNAP 25. Elle bloque ainsi la libération de l'acétylcholine. Grâce à une action au niveau des synapses excitatrices des motoneurones du système nerveux périphérique, la toxine botulique de sérotype A peut conduire à une paralysie flasque musculaire (POULAIN, 2009). Son transit dans le système nerveux central n'est pas encore établi. En effet, les expressions faciales sont impatronisées dans ce cadre précis via l'acétylcholine. En comparant avec l'activité de la sertraline, l'efficacité de la toxine botulique de type A tend à une identité avec celle-ci, des effets indésirables et un temps de latence avant obtention d'une action pharmacologique, moindres. (ZHANG *et al*, 2021).

CONCLUSION

« Être d'un côté, et vivre de l'autre » (JULLIEN, 2016). L'être pensable a recouvert la pensée grecque du vivre. Ambiguïté et singularité caractérisent le vivre à la différence de l'être. Une dichotomie s'empare de l'être, son plan tranché le singularise de l'ambiguïté. Vivre n'est pas mesurable, trop immédiat pour se quantifier à la différence de l'être qui lui s'organise comme système de suppositions. Construire la vie et se passer de son immanence consisterait-il à conjuguer la « vraie vie ». Et ainsi rêver de percevoir l'idéal de la vie (JULLIEN, 2016). L'être envisage la construction comme la pathologie appelle à la création. Le secret d'une bonne prise en charge, comme nous l'explique Peabody en 2022, promoteur de la clinique humaniste, « réside dans le soin qu'il porte au patient » (BENAROYO, 2021). Aux pléonasmes « du jour d'aujourd'hui » s'ajoute celui de l'humaniste clinique. La maladie comme le soin nécessitent temps et patience. La science associe cependant aux prises en charge de nouvelles connaissances. Nous évoquons la naissance des premiers antidépresseurs, viennent actuellement les renforcer les méthodes d'imageries. Ainsi, nous évoluons vers de nouvelles pistes diagnostics. De nouveaux biomarqueurs et de nouvelles théories sur le trouble dépressif sont en cours d'émergence. Dans quelques années, nous espérons démasquer grâce aux différentes connectivités fonctionnelles, les patients dépressifs à risque de mettre en œuvre un acte suicidaire. Les études suivantes imagent de manière détaillée les nouvelles voies thérapeutiques en œuvre dans le trouble dépressif caractérisé. Celles de l'hypothèse monoaminergique et de la neuroplasticité sont explicitées et sont en outre mimées les connectivités variées lors de thérapies psychologiques (comme les TCC). Ainsi, les méthodes de mesure de l'efficacité des études pharmacologiques et psychologiques sont aidées de nouveaux et divers outils. Dans ce travail de thèse, l'étude d'une cohorte de patients nous a permis d'évaluer l'efficacité de cette co-prise en charge dans le cadre d'un patient adulte atteint d'un trouble dépressif caractérisé.



(A): Serotonin deficiency hypothesis; **(B):** Neuroplasticity hypothesis. The gene expression mappings were created according to PET-MR data from Ref. [26], and RNA-seq data from Ref. [25]. The colored brain regions represent higher gene expression levels. The maps of brain functional connectome were manually created according to the data from Ref. [33]. HIP, Hippocampus; AM, Amygdala; ACC, Anterior cingulate cortex; OB: Olfactory bulb; BDNF, Brain-derived neurotrophic factor; 5-HTP, 5-Hydroxytryptophan; 5-HTT, Serotonin transporter; mPFC, medial prefrontal cortex; AG, Angular gyrus; dACC, Dorsal anterior cingulate cortex; dIPFC, dorsolateral prefrontal cortex.

Figure 16 Les associations entre l'expression génique, la pathogenèse du trouble dépressif caractérisé et les changements de connectivité fonctionnelle du cerveau basée sur l'IRM fonctionnelle

PARTIE 2

« On ignore parfois tout des tempêtes intérieures d'un Homme, de la manière dont une passion secrète ou la rage de revanche le bouscule, le déplace et l'anime. On ne sait rien de ses tremblements, de son besoin d'ailleurs ou d'être autre. »

Claire Marin, 2022

« La souffrance physique ou psychique me déloge de la place intérieure où je demeure habituellement. Elle tord l'architecture intime, la froisse, la contracte. »

Claire Marin, 2022

« Pourquoi l'existence des hommes serait-elle soumise à la fixité et à la répétition alors que le biologique se transforme sans cesse ? »

Claire Marin, 2022

*Une simple lettre pour passer de la douceur à la douleur
Un unique temps pour passer de l'instantanéité à l'éternité*

Panseurs de l'intime, les acteurs de santé particularisent l'humanité. Leur exercice clinique est soumis à des apprentissages théoriques. Au-delà de ce versant académique, la place conférée à la clinique prouve l'importance de leur naturelle ouverture au monde.

Les réalités officinales objectivent une régulière absence de suivi psychothérapeutique des patients suivis pour trouble dépressif. Le belvédère codicillaire éclaire de son côté, une importance de patients médicamenteusement revitalisés. De ces constatations cliniques est née une volonté de décrire et d'analyser cette constellation. Les faisceaux de ces pratiques tendent à converger vers une même étude clinique. L'exploration des souhaits populationnels, la place de l'émanation des allégations thérapeutiques associée à la quête de l'efficacité de la prise en charge pharmacologique et psychothérapeutique du trouble dépressif caractérisé chez l'adulte, définissent les principaux objectifs de ce travail prospectif.

La pandémie a touché nos vies, a semé révolutions. Les mesures de protection menèrent parfois à des « convulsions psychiques ». Le premier confinement français s'est prolongé d'un ébranlement à la fois somatique et psychique. De fait, une hausse de 2,5 points entre 2019 et mai 2020 de diagnostics de trouble dépressif caractérisé fut dépeinte. La multiplication par deux de ses fréquences (10,1% en 2019 à 22,0% en mai 2020, DREES) l'a accompagnée. Les jeunes français âgés de 15 à 24 ans, furent les plus frappés par ces incidences critiques. A l'antagonisme de l'image virale invisible, la maladie mentale, elle, s'est soulevée. L'actualité pointe de surcroît ses conséquences virales, vitales. Un glissement des entités de chaque intériorité fut souligné. Le remaniement des psychés s'est corrélé à la contagiosité de la Covid 19, à sa soudaineté circonstancielle. Le désert humain et la logique abandonnique ont propulsé l'humanité vers l'absence de pairs et de repères. En amont de cette pandémie, le néant psychique enfonçait parfois l'individu. Les divers confinements ont pu accentuer cette incision existentielle. Une déflagration de la quotidienneté s'est programmée. Les flottements d'une vie rythmée se sont dirigés vers une faille vitale. La naturelle anxiété humaine s'est engouffrée vers l'expérience brutale de la mort. La trivialité de l'existence s'est dérobée sous nos pieds. Le

poids des habitudes s'est allégé ou fut infligé. L'absorption de l'inattendu, de l'insoupçonné et de l'impossibilité de se projeter est devenue accoutumée.

Grâce aux précisions théoriques apportées dans ce chapitre premier, nous avons pu ici détacher certaines hypothèses de travail. La recherche de la visibilité de la complémentarité des disciplines s'est posée comme priorité. Nous souhaitons analyser l'implication pharmaceutique dans le trouble dépressif. La thérapeutique du psychologue clinicien a été agrainée de celle du pharmacien d'officine, des acteurs médicaux et familiaux. Nous nous attendions dans ce cadre, à des acteurs médicaux et pharmaceutiques conseillers psychothérapeutiques investis à parts égales dans la prise en charge globale de leurs patients dépressifs.

Ce sont dans des circonstances oscillantes que les questionnaires ont été véhiculés. Afin de garantir un accès aux soins de qualité, les officines ont conservé leur maillage singulier. Les psychologues cliniciens, face à la fermeture des cabinets durant cette période, ont transféré leurs consultations grâce à la numérisation. Les écrans interposés ou les séances téléphoniques se sont substitués aux contacts humains. Grâce à ses forces créatrices, le monde s'est trouvé ébranlé, mais a su néanmoins s'adapter.

Matériel et méthodes

La première étape de ce travail fut la constitution de l'échantillon. Afin de mener à bien cette étude, un nombre conséquent de réponses était requis. Ainsi des décisions furent prises à propos du recrutement des patients. Le rapide remplissage des questionnaires, une absence de contrainte pour le pharmacien d'officine et son accord combinés formaient les conditions *sine qua non* à la diffusion des questionnaires. Ils furent dédiés aux patients munis d'une prescription d'antidépresseurs. Les maints moyens de collecte garantissaient l'anonymat des données de santé. L'absence de leur conservation à d'autres fins que celle de ce travail était de plus, certifiée, une charte de confidentialité a été rédigée.

La création des questionnaires s'est fondée sur diverses réflexions quant au sujet de ce mémoire. La vélocité de réponses s'est échafaudée par huit questions simples, sans contraintes rédactionnelles. Seule la coche de cases sommat une réalisation de ce dernier en moins d'une minute.

Ce questionnaire a été imprimé puis largement diffusé à partir de décembre 2020 jusqu'à fin juillet 2021. La majorité des réponses a été rassemblée entre mars et avril 2021. La collecte a été émise via le logiciel Survey Monkey puis via Google forms et par distribution manuelle.

Une première propagation a vu le jour par la CERP. Ce grossiste a gracieusement sondé ses clients à l'émission des questionnaires. Le syndicat pharmaceutique de la Seine-Maritime (FSPF) a lui aussi transmis à ses membres les interrogations soumises aux patients par mail. De plus, une diffusion dans les pharmacies du Groupe Giphar normand a été effectuée. Puis, nous avons distribué ces impressions dans 80 officines de l'Eure, de la Seine-Maritime, de l'Orne et de la Manche. 30 ont accepté les questionnaires. Sur un total de 1 000 questionnaires papiers imprimés et manuellement distribués, 205 proviennent de ces officines dont 150 sont exploitables. Les syndicats pharmaceutiques de régions françaises ont été contactés et certains ont emailé ce questionnaire à leurs adhérents (Ile de France et Paris notamment). De multiples associations de patients ont été jointes, la Maison Perchée a distribué ce questionnaire par mail à ses bénévoles. Le Club House de Bordeaux ainsi que l'association France Dépression, centre lorrain, ont aussi propagé ces interrogations. Par l'émission sur des groupes d'étudiants Facebook de multiples villes françaises, nous avons recueilli un total de 1492 patients prenant quotidiennement un traitement antidépresseur.

Pour des questions de cohérence, nous en arrivons aujourd'hui à un total de 1319 patients. Les réponses pour lesquelles un manque d'adéquation, ou avec une mise en relief d'un doute concernant la fiabilité des réponses ont été masquées.

Les statistiques descriptives ont été exécutées après consignation des données via Excel. P.Value.io et Biostat-TGV ont été exploités pour les statistiques inférentielles. Dans le but de renforcer notre étude statistique, des tests tantôt de Fisher, tantôt de Khi-2 ont été mis en application pour plus de puissance lorsque les conditions étaient respectées.

NB : la version papier des questionnaires émis aux officinaux ne comportait pas la mention « Je ne suis jamais allé(e) chez un psychologue » contrairement au format digital. Ce biais fut contourné par l'indication des durées psychothérapeutiques.

QUESTIONNAIRE

Vous prenez un traitement pour améliorer votre humeur de type antidépresseur
(*paroxétine, miansérine, mirtazapine, fluoxétine, venlafaxine, escitalopram...*)

• **Etes-vous :**

Une femme Un homme

• **Quel âge avez-vous ?**

18-30 ans 30-50 ans 50 - 65 ans Plus de 65 ans

• **Depuis quand prenez-vous un traitement anti-dépresseur ?**

Moins de 6 mois Entre 6 mois et un an Plus d'un an

• **Vous a-t-on déjà proposé d'aller voir un psychologue ?**

Oui Non

✓ Si oui, qui vous en a parlé ?

Votre médecin Votre pharmacien
 L'un de vos proches Vous-même

✓ Si oui, est-ce que cela vous aide ?

Oui Non

• **Depuis quand suivez-vous une psychothérapie ?**

Moins de 6 mois Entre 6 mois et un an Plus d'un an

• **Qu'attendez-vous de votre prise en charge ?**

	Médicament	Psychothérapie
Diminution des symptômes physiques (<i>fatigue, appétit, sommeil...</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diminution des symptômes psychiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un confort / soutien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une guérison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Figure 17 : Questionnaire

Description de l'échantillon et présentation des résultats

Dans le cadre de cette réflexion, nous avons ciblé les patients médicamenteux par antidépresseurs. Après passage par une expertise médicale, l'échange consultatif a concouru à la mise en place d'un traitement médicamenteux antidépresseur.

La présente étude est agencée sur les expériences souffrantes de 79,45% de femmes et de 20,55% d'hommes. Nous remarquons une majorité de femmes entre 18 et 29 ans tout comme une plus forte représentation de ces âges chez les hommes.

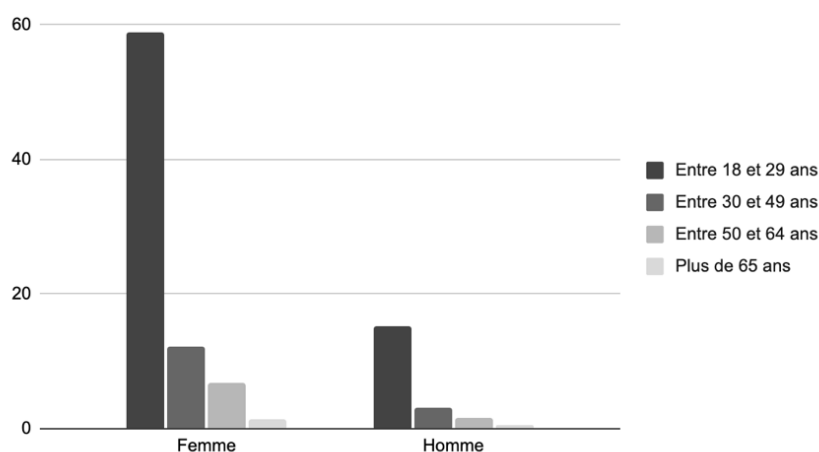


Figure 18 : Représentation de l'échantillon

Les réseaux sociaux, source soutenue de matériaux humains, conspirent à un pourcentage élevé d'êtres âgés entre 18 et 29 ans, ici présents à 74% dont 59% sont des femmes. Surreprésentation féminine et sur-numération de la catégorie des 18 – 29 ans qualifient notre échantillon.

Étude des attentes des patients

L'évocation précédente alléguait nos patients à une assistance par antidépresseurs. Recrutés pour cette raison, nous pensons donc qu'ils traversent régulièrement l'espace officinal. L'introspection ici établie est celle des demandes du patient vis-à-vis du médicament et de la psychothérapie de manière générale. De simples calculs de proportions nous ont permis d'identifier les désirs de la patientèle.

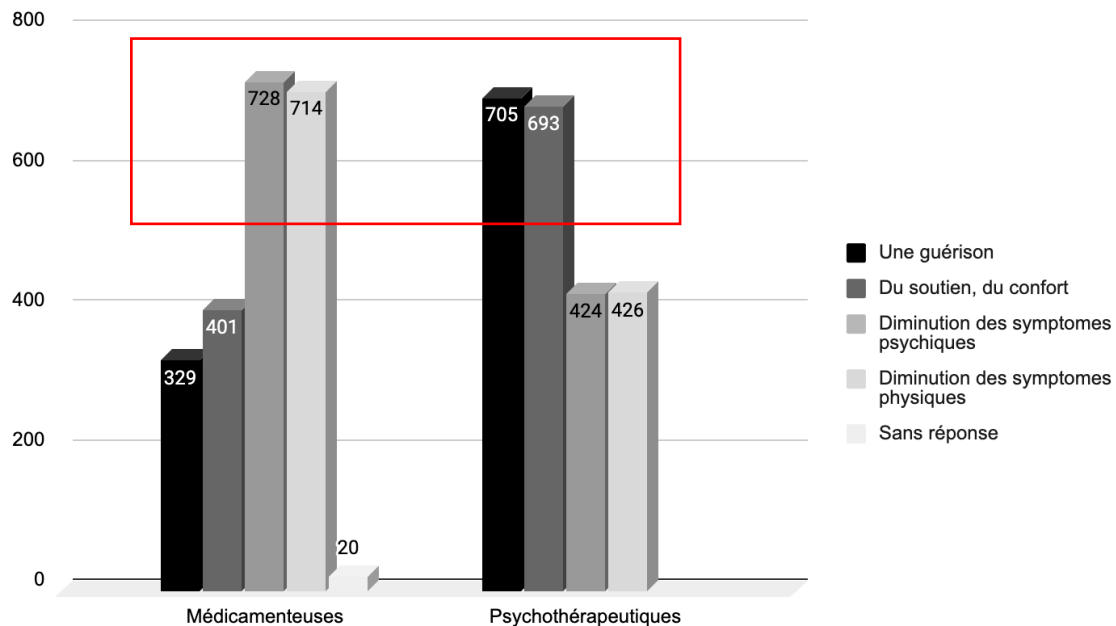


Figure 19 : Différentes attentes de l'échantillon

Les attentes psychothérapeutiques et médicamenteuses se découvrent miroir l'une de l'autre. En effet, 55% des patients souhaitent une diminution des symptômes psychiques par le médicament mais lui confère aussi un soulagement de ses symptômes physiques (54%). Les soignés désirent dans le cadre du soin humain une amélioration de leur qualité de vie, un confort, un soutien dans 53% des cas. 53% des patients aspirent à une guérison grâce à l'aide psychologique. Nous notons une complémentarité des quatre attentes visées. Ces demandes de la patientèle se coordonnent, se superposent. Dans une optique de symétrie numérique, ces thérapies visent chacune des rôles précis avec un similaire rapport de force.

Au vu de ces chiffres, nous avons porté notre attention sur les attentes des patients qui n'envisageaient d'effets que de la part du soin médicamenteux ou humain. Le graphique suivant représente les attentes de la part des patients ne comptant que sur une unique thérapeutique.

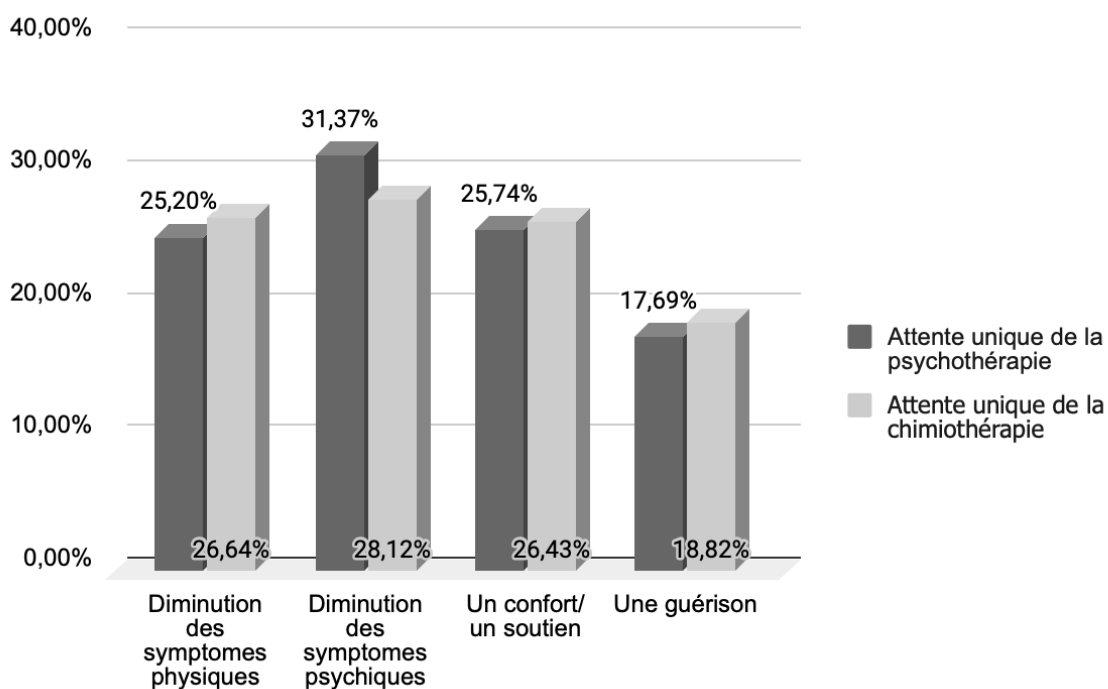


Figure 20 : Attentes uniques de la part des patients

31% des patients n'attendent une baisse des symptômes psychiques que de la part de la psychothérapie tandis que 28% n'espèrent cette diminution que lors de la seule administration d'un médicament.

225 patients, soit 17% de l'échantillon, réservent à la chimie le pouvoir thérapeutique. L'analyse de la présence ou non d'un suivi par un psychologue clinicien semble ici intéressante. Étonnants résultats, 90% de ces patients se sont vus proposer un traitement psychologique, et 86% d'entre eux sont périodiquement suivis par un clinicien. La stimulation voire l'injonction médicale et familiale du soin psychique semble à interroger.

Si nous analysons le pôle opposé, 19% des patients n'espèrent soins que de la psychothérapie. 59% de ces souffrants sont escortés depuis plus d'un an par une médication antidépressive. La question de l'adhérence au traitement médicamenteux est ici dominante. Nous remarquons que les attentes sont quasi-similaires pour chaque versant, que cela soit de la part de la molécule ou du traitement par l'humain.

Étude des propositions

A la symétrie des attentes, s'ajoute notre souhait d'étude des propositions des soins psychiques. Pour ce faire, nous avons simplement calculé les pourcentages correspondants aux propositions affirmatives. En effet, nous voulions caractériser les acteurs les plus impliqués dans cette vision complémentaire que nous prôtons dans la prise en charge du patient dépressif. Nous avons donc travaillé sur la provenance des propositions de psychothérapie.

Qu'une ou plusieurs réponse(s) soit donnée(s), nous avons décidé de conserver l'acteur force de proposition. Nous admettions comme hypothèse la professionnalité soignante comme plus ouverte aux variables thérapeutiques. L'identifiant ainsi comme prête à offrir des alternatives pour soulager son patient, elle désire le guider vers l'autonomie.

L'approche familiale et proximale du soigné nous semblait aussi intéressante à traiter.

A partir des liens de confiance naturels ou créés, nous nous attentions majoritairement à une volonté psychothérapeutique de la part du patient lui-même ou une sollicitation de la part des professionnels de santé. De ces propositions émanaient selon nous une égale tranche de propositions médicales et pharmaceutiques.

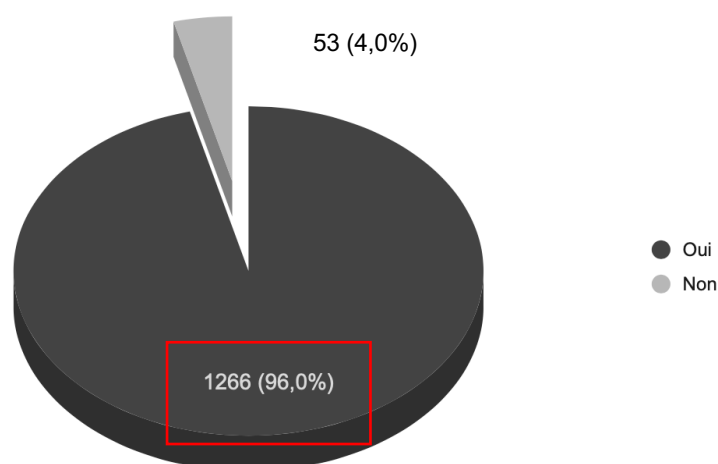


Figure 21 : Nombre de propositions de psychothérapie

96% des patients ont énoncé bénéficier d'une proposition de psychothérapie. Cet important pourcentage illustre l'avancée psychothérapeutique en France ; sa pénétration culturelle, son essor thérapeutique dans notre société progressent.

L'exploration suivante, identifie une majorité d'unique suggestion psychothérapeutique. Ainsi l'acteur essentiel démontre sa puissance propositionnelle.

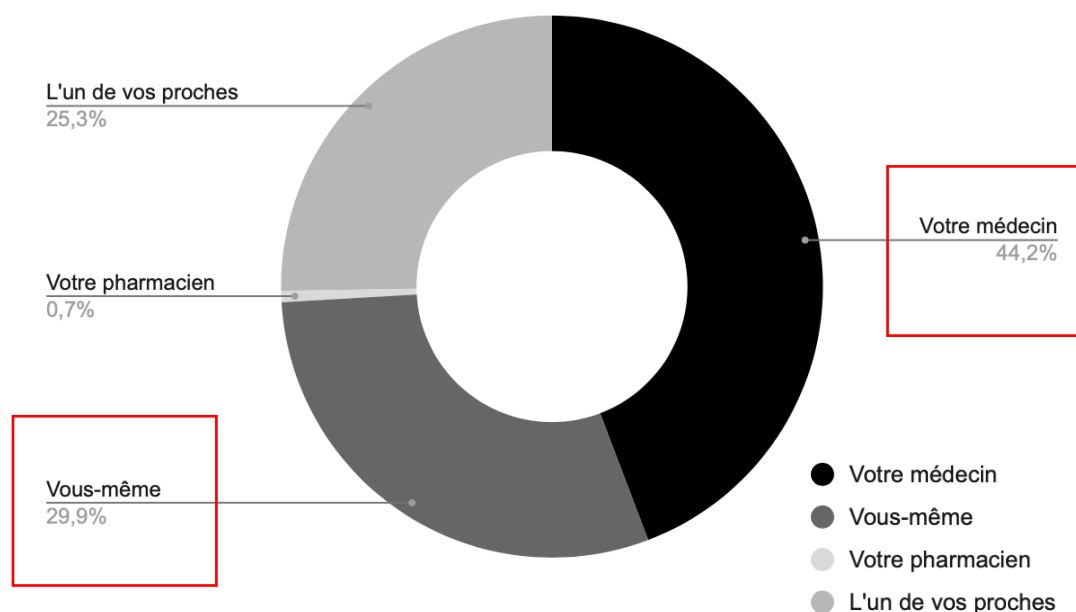


Figure 22 : Acteur central, force de proposition

Nous délimitons une concordance entre les origines des propositions psychologiques, qu'elles soient simples ou multiples. Leur superposition graphique le témoigne, c'est pourquoi nous avons retenu l'acteur central propositionnel sur le graphique ci-dessus.

Le rapprochement des analyses ci-dessus cible le médecin comme éminent protagoniste dans la mixité de la prise en charge. Sur la globalité des réponses, le patient, expert de son identité, déclare considérer la psychologie comme méthode thérapeutique (à hauteur de 30%). 38% des patients ont affirmé une recommandation psychothérapeutique par leur médecin : psychiatre ou généraliste. Il semble parfois appuyé par l'initiative de ses proches ce qui est le cas de 28% des réponses.

L'intégralité de la prise en charge d'un patient se déroule par un parcours de soin coordonné dans lequel le pharmacien d'officine est intégré. Nous identifions ici l'importance du prisme médical et individuel. Le focal pharmaceutique positionne le pharmacien comme retardataire. 1,4% des propositions totales émanent de ses activités, il est seule force de proposition dans moins d'un pourcent de la cohorte étudiée. Afin d'envisager avec pointillisme cette place arrière, nous observons que dans 44% des cas lorsqu'il suggère un suivi psychologique, il est joint par 3 autres humains (avec le médecin, le patient lui-même et son entourage). Parmi ce pourcent de propositions, dans 23% des cas, il est seul à faire cette invitation, ainsi seul à conjuguer le traitement médicamenteux avec un traitement psychologique.

Analyse des durées de suivi

La complémentarité de l'allopathie et de la psychothérapie est prioritairement visualisée par les spécialités médicales. Le médecin psychiatre et le médecin généraliste semblent particulièrement attachés à cette double prise en charge. A l'opposé, le pharmacien ne propose pas ou que très peu ce suivi. L'absence de globalisation du soin et de volonté de co-action semblent qualifier le pharmacien.

Nous nous sommes par la suite interrogées sur les durées de traitement. Pour rédiger ce questionnaire et les durées les plus pertinentes possibles, nous nous sommes basées sur les recommandations de la HAS. De fait, elles indiquent qu'après rémission du ou des épisode(s) dépressif(s), le traitement médicamenteux doit être poursuivi entre 6 mois et un an pour éviter les potentielles rechutes. Ainsi, une durée de moins de six mois de traitement est émise dans notre questionnaire puis des choix entre six mois et un an et plus d'un an furent rédigés. Les hypothèses de travail posaient une grande fréquence de patients consultants un psychologue clinicien dès le début des troubles, potentiellement avant la mise en place d'un traitement médicamenteux. Le traitement médicamenteux se pensait, conjugué de manière immédiate en cas de gravité ou d'alerte suicidaire.

Nous avons donc répertorié les différentes durées de traitements médicamenteux et psychothérapeutiques puis avons comparé ces espaces-temps. Les traitements étaient donc soit en même temps initiés, soit le traitement médicamenteux était débuté avant la psychothérapie ou l'inverse. Ces comparaisons nous semblaient fort importantes au vu des recommandations actuelles de traitement d'un trouble dépressif caractérisé tel que les ouvrages de psychiatrie le développent. Les diagrammes ci-dessous illustrent la durée de la prise en charge médicamenteuse et son pôle antinomique, la pérennité psychothérapeutique ; elles seront dans une troisième figure, comparées.

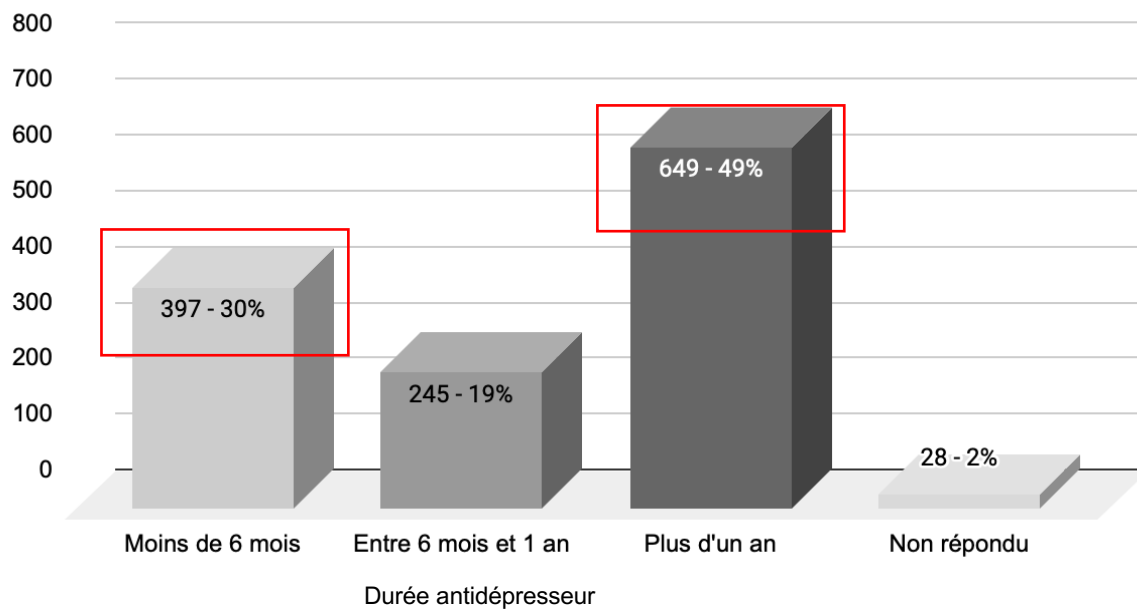


Figure 23 : Durées depuis l'instauration du traitement médicamenteux

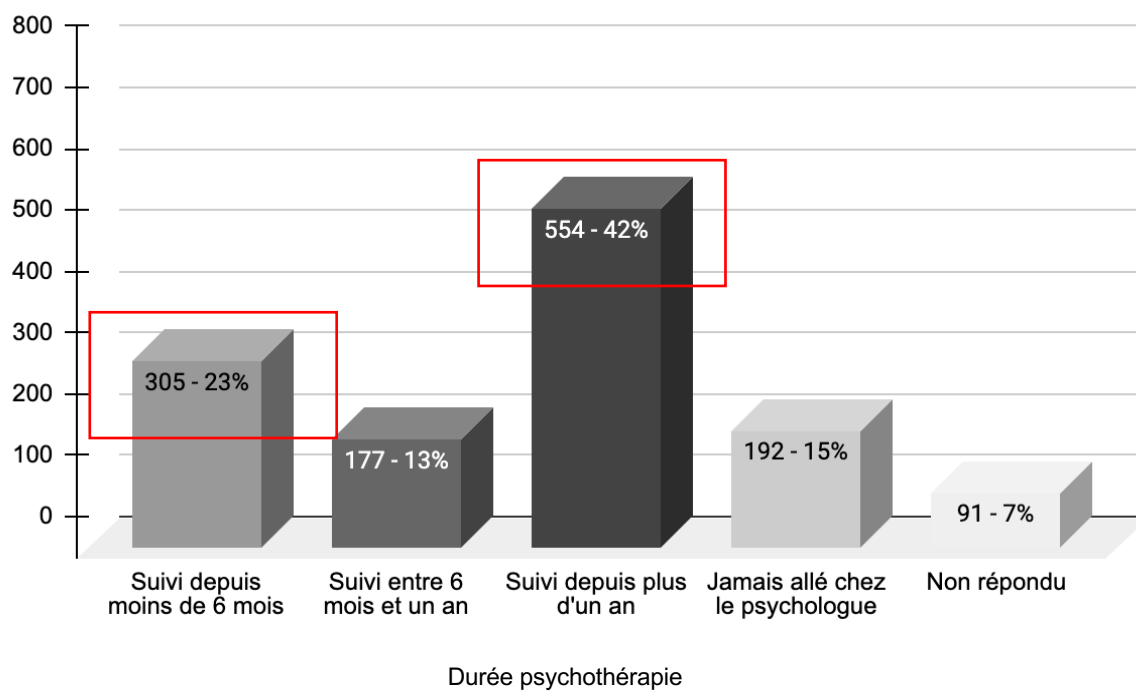


Figure 24 : Instauration et durée de suivi par le psychologue

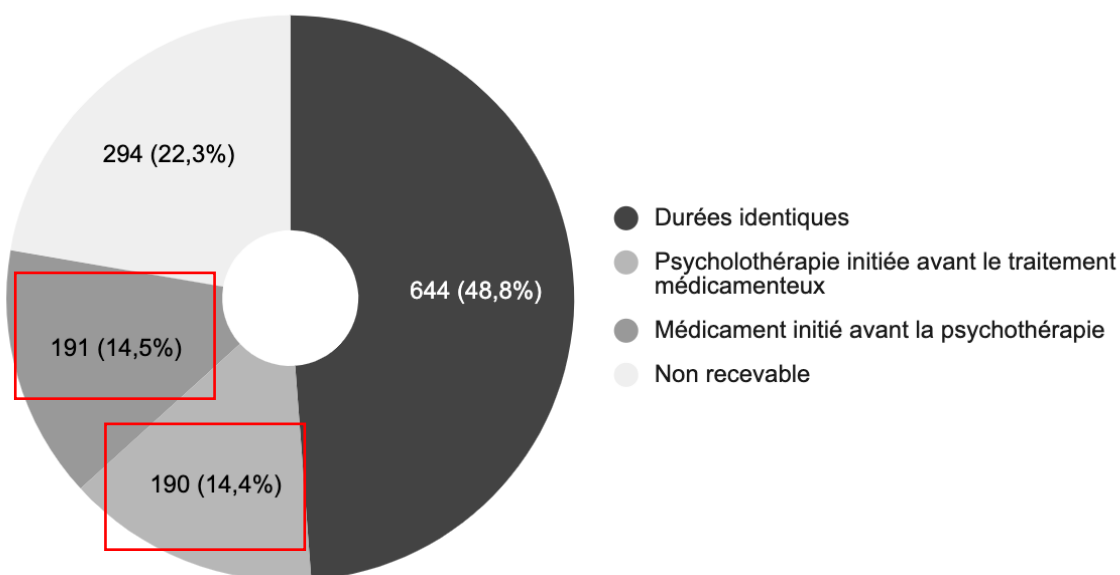


Figure 25 : Comparaison des durées psychothérapeutiques et médicamenteuses

Une forte proportion de l'échantillon suit son traitement antidépresseur de toute nature soit-elle depuis plus d'un an. De manière additionnelle, représenté ici le fort pourcentage de traitement débuté depuis moins de 6 mois. Illustrateur des contraintes sanitaires ayant forcé et touché la santé mentale des Français notamment. Contrairement à ce dont nous nous attendions, l'initiation de la psychothérapie et celle de la médication semblent coïncider. Seulement 14,4% des patients débutent la thérapie psychique avant la mise en place du traitement médicamenteux. Le fait inverse, l'introduction du traitement psychologique suivant la mise en place d'une médication semble aussi peu courante (14,5%).

L'influence de la durée de la thérapie psychologique en fonction de la durée de l'antidépresseur a été source de données. Nous pensons que la durée de l'antidépresseur serait amoindrie par l'augmentation de la durée de la psychothérapie.

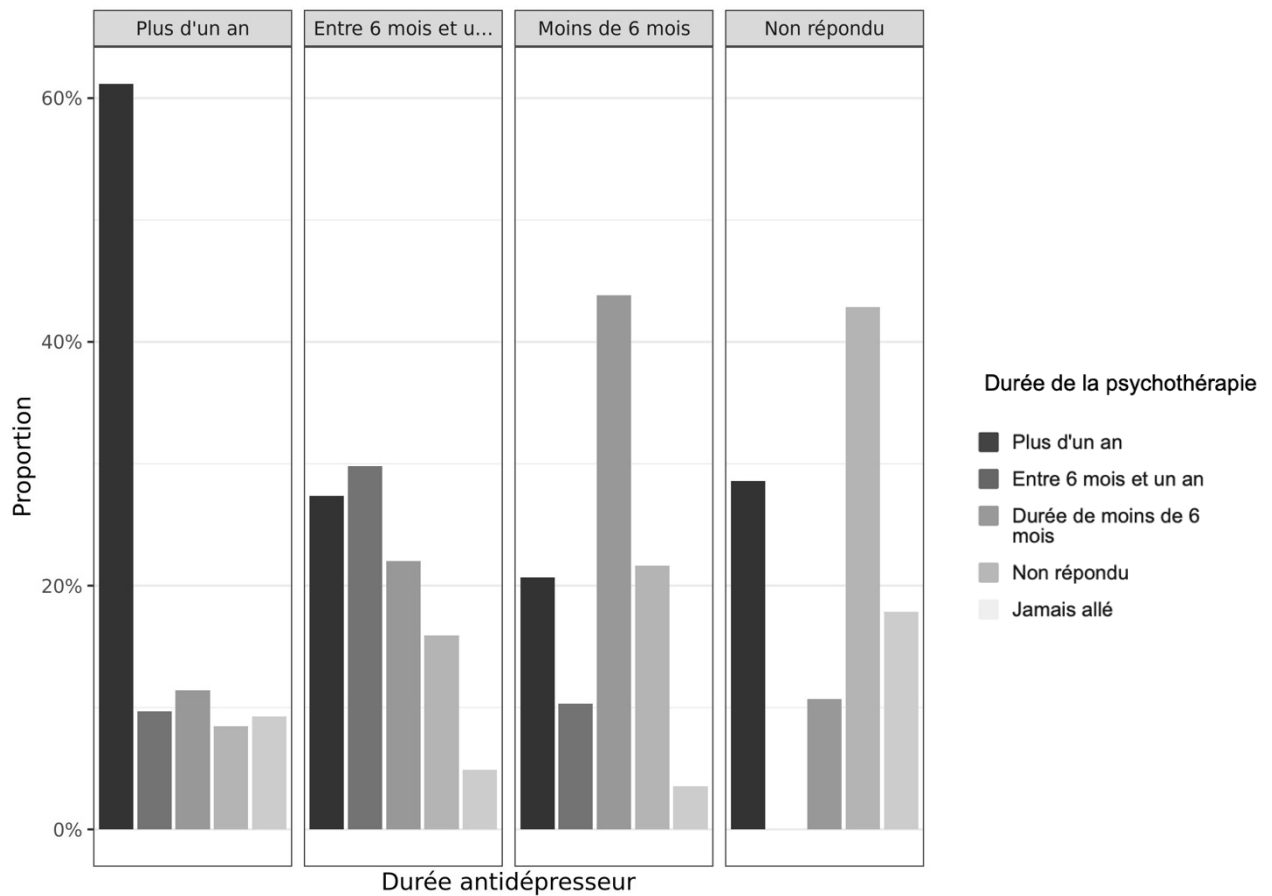


Figure 26 : Durée de la psychothérapie en fonction de la durée de l'antidépresseur médicamenteux

Pour témoigner ceci, nous nous sommes attelées à la réalisation d'un test Fisher. La p_{value} obtenue étant $<0,001$, cela nous permet de conclure que la durée médicamenteuse influence la durée de la psychothérapie. Ceci dans le sens d'une augmentation.

Études des durées de traitement et du sexe

- *Le sexe influe-t-il les durées de traitements ?*

L'hypothèse émise ici est la moindre élévation de la durée de l'antidépresseur chez l'homme à la différence de la femme. La même conjecture est posée dans le cadre psychothérapeutique. Pour plus de précision, une analyse inférentielle a été effectuée avec un test de Khi2 via le logiciel p.value.io.

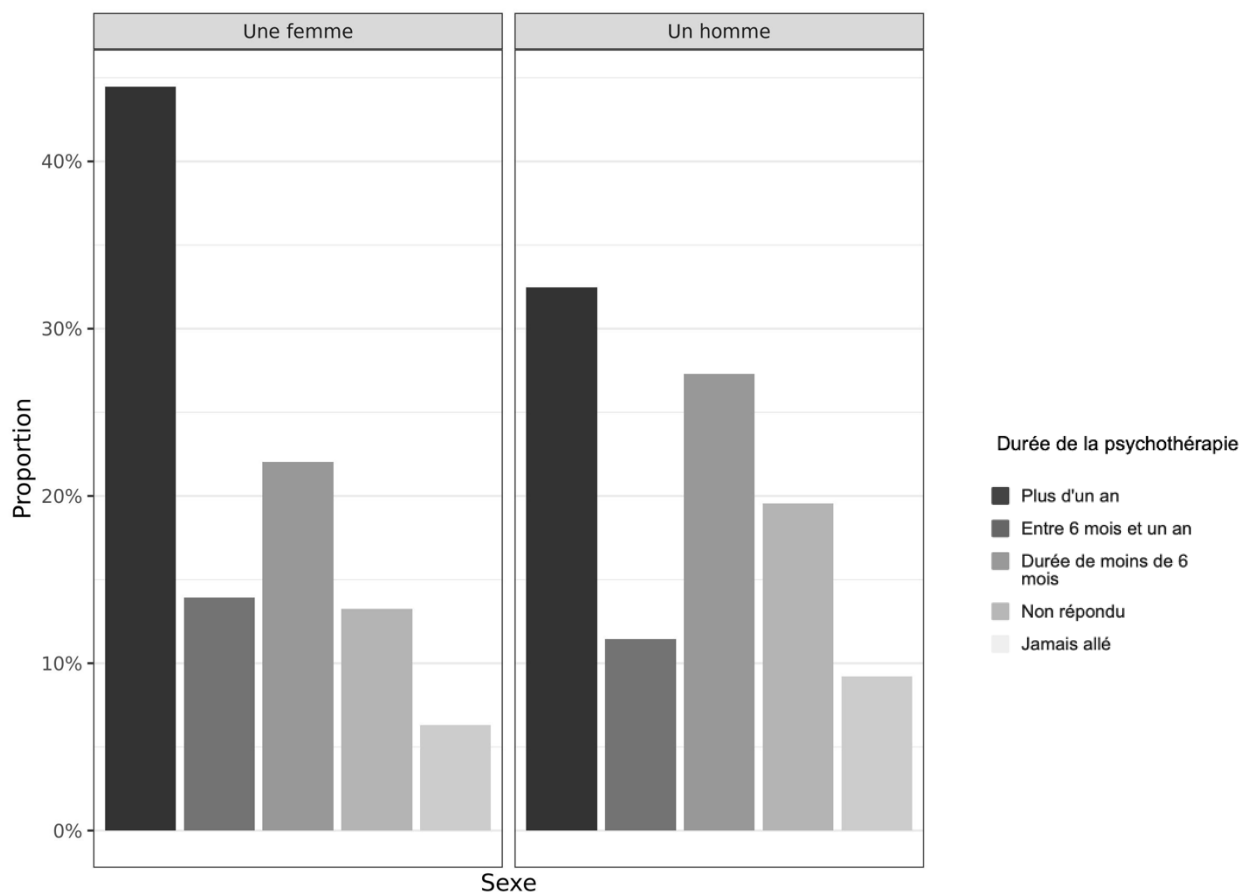


Figure 27 : Graphique de la durée de la psychothérapie en fonction du sexe

	Durée psyché- rapie	Plus d'un an (n = 554)	Entre 6 mois et un an (n = 177)	Moins de 6 mois (n = 305)	Je ne suis jamais allé chez le psychologue (n = 192)	Non répondu (n = 91)	n	p	test
Sexe	Une femme	466 (84%)	146 (82%)	231 (76%)	139 (72%)	66 (73%)	1048	<0.001	Chi2
	Un homme	88 (16%)	31 (18%)	74 (24%)	53 (28%)	25 (27%)	271	-	-

Tableau 8 : Durée de la psychothérapie en fonction du sexe

La p value étant inférieure à 0,001 (test Khi 2) nous pouvons dire qu'une différence significative est observée entre le sexe et la durée de la psychothérapie. Ce que le graphique ci-dessus illustre est cette nuance dans le sens d'une augmentation de la durée de la psychothérapie chez la femme. En effet, lorsque que l'on analyse l'influence du sexe sur la durée de la psychothérapie, on conclut que la femme destine plus de temps à sa psychothérapie. 84% de notre cohorte étant en psychothérapie depuis un an sont des femmes. De plus, 24% des patients en psychothérapie depuis moins de 6 mois sont des hommes. Il est intéressant de voir que l'apogée psychothérapeutique des femmes est une durée d'un an. Le sexe opposé, se dirige peu vers la psychothérapie, la majeure partie des hommes ne se rendent pas chez le psychologue malgré les propositions faites. Cela montre bien l'influence du sexe sur la durée de la psychothérapie et questionne sur la place préminente des femmes dans le cadre psychothérapeutique.

De suite, les mêmes examens caractérisent l'influence du sexe sur la durée du traitement médicamenteux. Nous nous attendions aussi à ce que ce traitement soit plus court chez les hommes. Les représentations ci-dessous du test de Khi-2 réalisés délimitent la réponse à cette seconde interrogation.

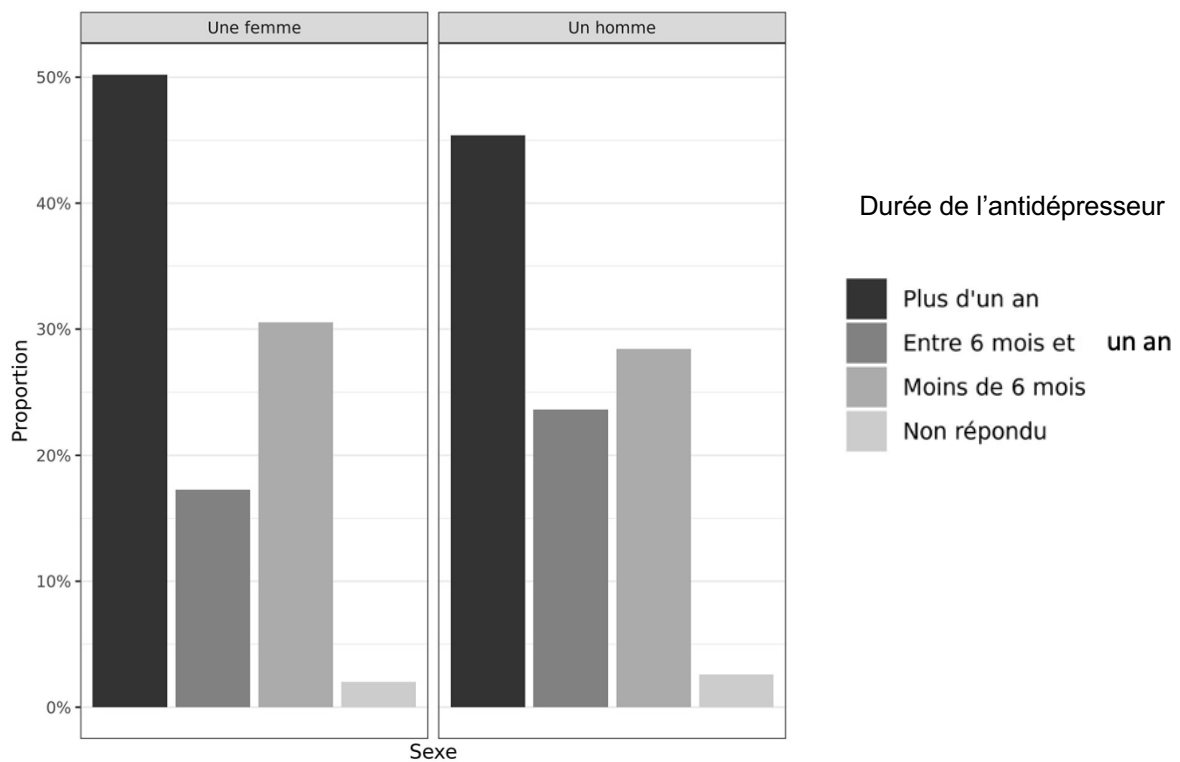


Figure 28 : Graphique de la durée de du traitement médicamenteux en fonction du sexe

	Durée Antidépresseur	Plus d'un an (n = 649)	Entre 6 mois et un an (n = 245)	Moins de 6 mois (n = 397)	Non répondu (n = 28)	n	p	test
Sexe	Une femme	526 (81%)	181 (74%)	320 (81%)	21 (75%)	1048	<u>0.096</u>	Chi2
	Un homme	123 (19%)	64 (26%)	77 (19%)	7 (25%)	271	-	-

Tableau 9 : Durée de la medication en fonction du sexe

Les durées illustrées ici entre celles de la femme et celles de l'homme semblent plus se rapprocher que dans le cadre psychothérapeutique. Nous émettions la conjecture d'une durée de l'antidépresseur réduite chez l'homme. Or, le graphique ci-dessus illustre une durée supérieure à un an majoritaire chez l'homme. Ces derniers semblent plus se référer au pôle pharmacologique que les femmes. De plus, le test de Khi-2 réalisé l'éprouve ; la p_{value} étant supérieure à 5%, il n'y a pas de différence significative entre le sexe et la durée de l'antidépresseur.

- *Étude de l'influence de l'âge sur la durée des thérapies*

De similaires études ont été portées pour cibler l'effet de l'âge sur la durée des thérapies. Notre étude se base sur les adultes de 18 à 65 ans. La qualité de vie matérielle semble croître au fur et à mesure de l'avancée dans la vie. Nous modélisons donc une augmentation de la durée médicamenteuse et psychothérapeutique avec l'âge. Un test de Fisher a permis de qualifier notre échantillon. Ci-dessous sont donc retrouvées les illustrations de ces tests.

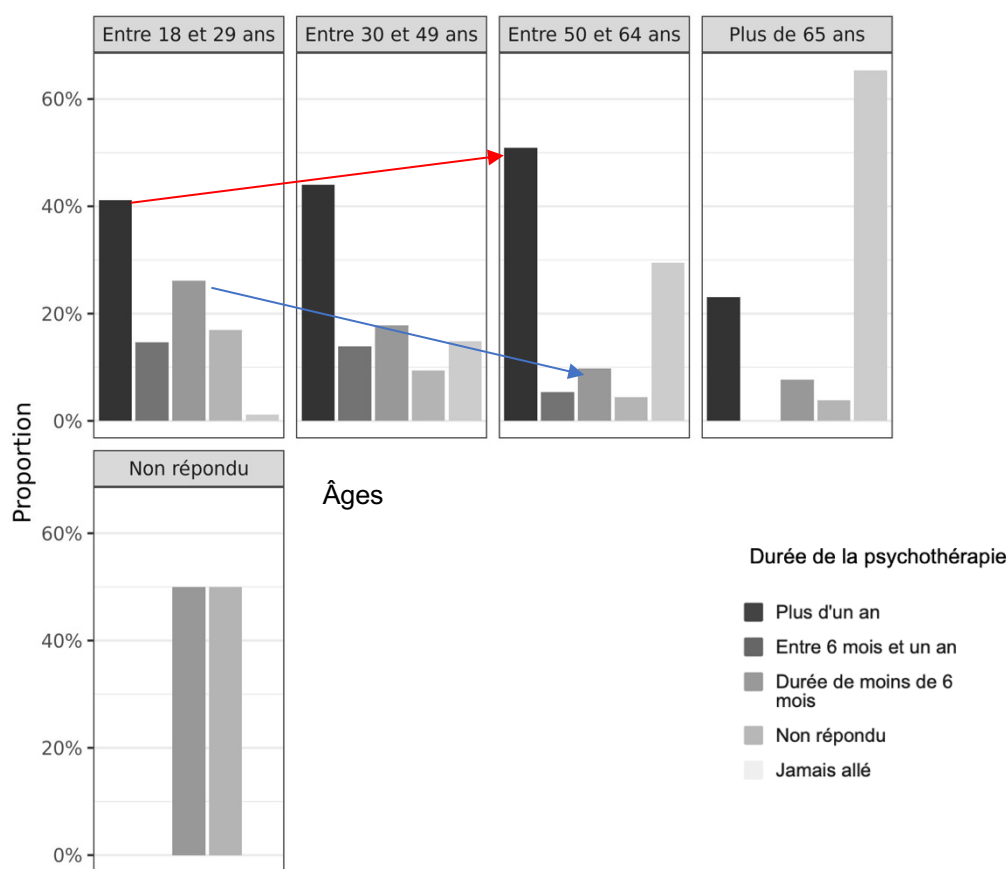


Figure 29 : Durée de la psychothérapie en fonction des âges

	Durée de la psychothérapie	Plus d'un an (n = 554)	Entre 6 mois et un an (n = 177)	Moins de 6 mois (n = 305)	Je ne suis jamais chez le psychologue (n = 192)	Non répondu (n = 91)	n	p	test
Age	Entre 18 et 29 ans	402 (73%)	143 (81%)	255 (84%)	166 (86%)	11 (12%)	977	<0.001	Fisher
	Entre 30 et 49 ans	89 (16%)	28 (16%)	36 (12%)	19 (9.9%)	30 (33%)	202	-	-
	Entre 50 et 64 ans	57 (10%)	6 (3.4%)	11 (3.6%)	5 (2.6%)	33 (36%)	112	-	-
	Plus de 65 ans	6 (1.1%)	0	2 (0.66%)	1 (0.52%)	17 (19%)	26	-	-
	Non répondu	0	0	1 (0.33%)	1 (0.52%)	0	2	-	-

Tableau 10 : Durée de la psychothérapie en fonction de l'âge

Les graphiques attestent la modulation de la durée de la psychothérapie selon l'âge du patient. En effet, une longue durée psychothérapeutique, ici supérieure à 1 an, paraît évoluer de manière croissante avec l'âge. Cela étant validé par la p_{value} inférieure à 5%. Aux échelons inférieurs, une durée psychothérapeutique entre 6 mois et un an et inférieure à 6 mois miment une évolution inversement proportionnelle à l'âge. (Les fréquences des courtes prises en charge psychothérapeutiques diminuent avec l'âge). Lors des longues durées thérapeutiques, une proportionnalité entre l'âge et la durée de la psychothérapie semble dépeinte.

Le dernier travail comparatif entre l'âge et la durée de traitement est celle de l'antidépresseur. Nous conjecturons une augmentation de la durée du traitement médicamenteux avec la croissance physiologique de l'individu. Afin de réaliser cela, nous avons de nouveau exploité un test de Fisher via p.value.io. Les graphiques et le tableau ci-dessous les illustrent.

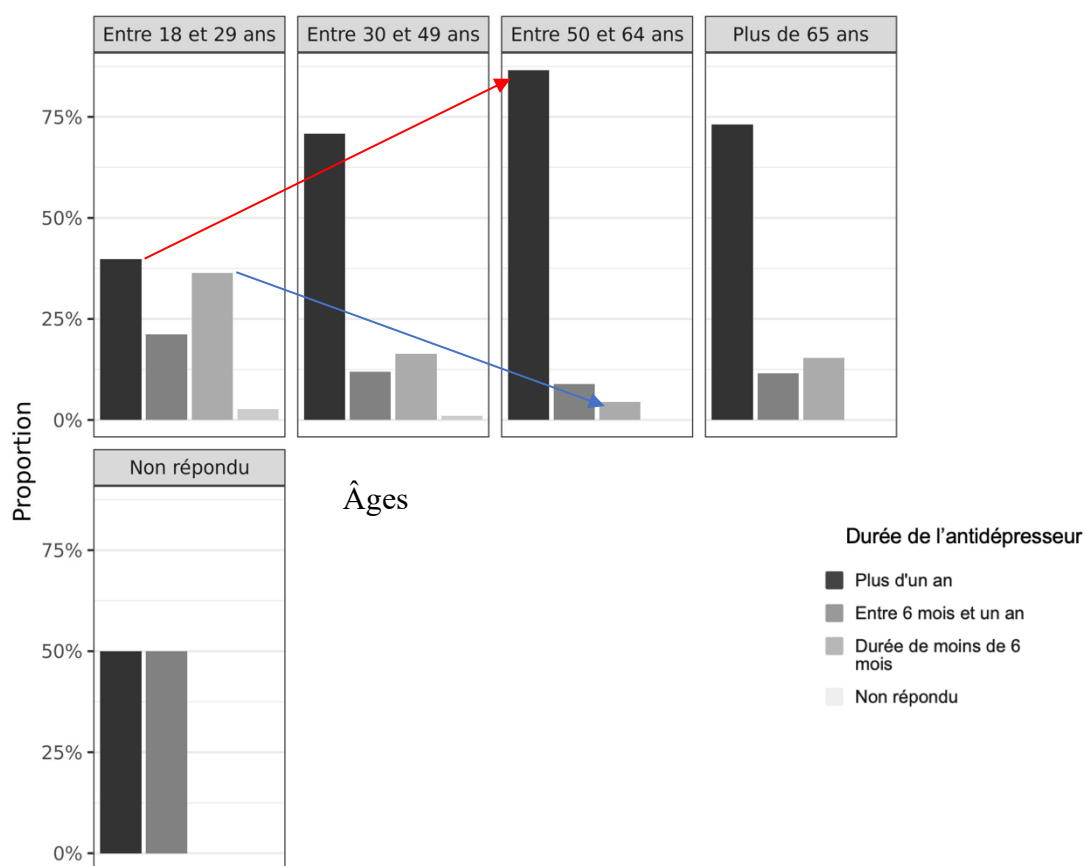


Figure 30 : Durée de l'antidépresseur médicamenteux en fonction des âges

	Durée de la psychothérapie	Plus d'un an (n = 554)	Entre 6 mois et un an (n = 177)	Moins de 6 mois (n = 305)	Je ne suis jamais chez le psychologue (n = 192)	Non répondu (n = 91)	n	p	test
Age	Entre 18 et 29 ans	402 (73%)	143 (81%)	255 (84%)	166 (86%)	11 (12%)	977	<0.001	Fisher
	Entre 30 et 49 ans	89 (16%)	28 (16%)	36 (12%)	19 (9.9%)	30 (33%)	202	-	-
	Entre 50 et 64 ans	57 (10%)	6 (3.4%)	11 (3.6%)	5 (2.6%)	33 (36%)	112	-	-
	Plus de 65 ans	6 (1.1%)	0 (0%)	2 (0.66%)	1 (0.52%)	17 (19%)	26	-	-
	Non répondu	0 (0%)	0 (0%)	1 (0.33%)	1 (0.52%)	0 (0%)	2	-	-

Tableau 11 : Durée de l'antidépresseur médicamenteux en fonction de l'âge

Les observations faites par l'analyse univariée de la durée de la molécule antidépressive avec les âges de la vie montrent une similaire évolution à celle étudiée avec la durée psychothérapeutique et la croissance de l'être. Les données semblent avec le traitement chimique plus explicites. Les longues durées de traitement croissent avec l'âge physiologique (en rouge), tandis que les plus courtes durées de traitement médicamenteuses prennent un sens inverse (en bleu). Cette cible thérapeutique illustre avec plus de clarté les divergences précédemment observées. Le Fisher-test, démontre bien via la p_{valeur} , l'augmentation avec l'âge de la durée du traitement antidépresseur.

Aide apportée par la psychothérapie.

Nous initiions ici l'analyse de sensation d'aide des souffrants par la psychothérapie. En effet, ce travail thérapeutique a été proposé et est suivi par de nombreux patients ; cependant se sentent-ils soulagés par cette prise en charge humaine ? Cette question fut donc introduite dans le questionnaire. Lorsque les patients avaient répondu à la question binominale de la proposition d'une psychothérapie, ils énonçaient à la suite de celle-ci si leur quotidien s'adoucissait. Pour ce faire, nous avons dans un premier temps étudié la réponse à cette question sous forme de proportion en supposant une réponse positive de leur part. Le diagramme circulaire ci-dessous illustre de fait cette sensation d'aide.

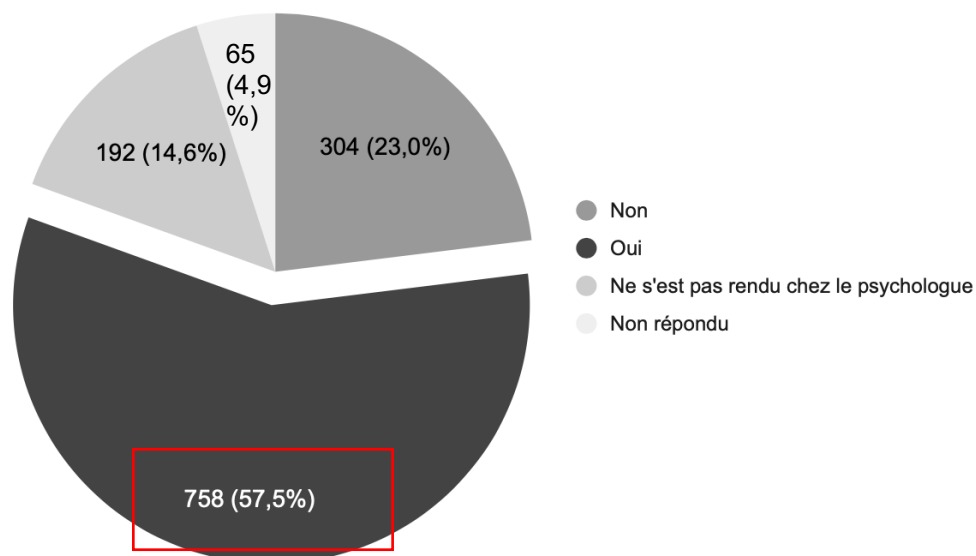


Figure 31 : Sensation d'aide de la psychothérapie

57,5% des patients incluant toutes les propositions ont été aidés par l'assistance du psychologue clinicien.

- *Aide et durée de traitement psychologique*

L'interrogation, semble prosaïque mais nécessite d'être élaborée. Le fait que le psychologue clinicien aide son patient permet-il un allongement de la durée de la psychothérapie ? Nous suggérons préalablement à l'analyse de la réponse une positivité de celle-ci. Afin de solutionner cette question, nous avons réalisé un test statistique de Khi-2 plus puissant qu'un test de Fisher. Néanmoins, pour que les conditions d'application de ce test soient réunies, nous avons additionné le fait de ne pas s'être rendu chez le psychologue clinicien et l'absence de réponse par le patient (invalide). Les résultats sont consignés dans le tableau ci-dessous :

Aide / Suivi psychologique	Plus d'un an	Entre 6 mois et un an	Moins de 6 mois	Invalide	Totalité
Oui	31,7%	10,2%	14,9%	0,8%	57,5%
Non	10,2%	3,2%	8%	1,6%	23,0%
Invalide	0,1%	0,1%	0,2%	19,1%	19,5%
Totalité	42,0%	13,4%	23,1%	21,5%	100,0%

Tableau 12 : Influence de l'aide psychologique sur la durée de traitement psychologique

Dans un premier temps, nous voyons aisément que l'aide humaine semble rehausser la durée de cette dite aide. Cela amorce l'interrogation des résistances et de l'alliance thérapeutique, force thérapeutique en elle-même. Une p_{value} inférieure à 0.0001 confirme cette hausse périodique de la psychothérapie lors de la positivité de l'expérience associée. 32% environ de la cohorte, lorsqu'elle se sent aidée, poursuit sa thérapie au-delà d'une année.

- *Aide et durée de traitement médicamenteux*

Dans un second temps, nous supposons que l'aide de la psychothérapie est à l'origine d'une durée médicamenteuse raccourcie. Le graphique présenté illustre cette durée de traitement médicamenteux en fonction de l'aide psychothérapeutique. Il fut associé à test de Khi2 pour plus de significativité.

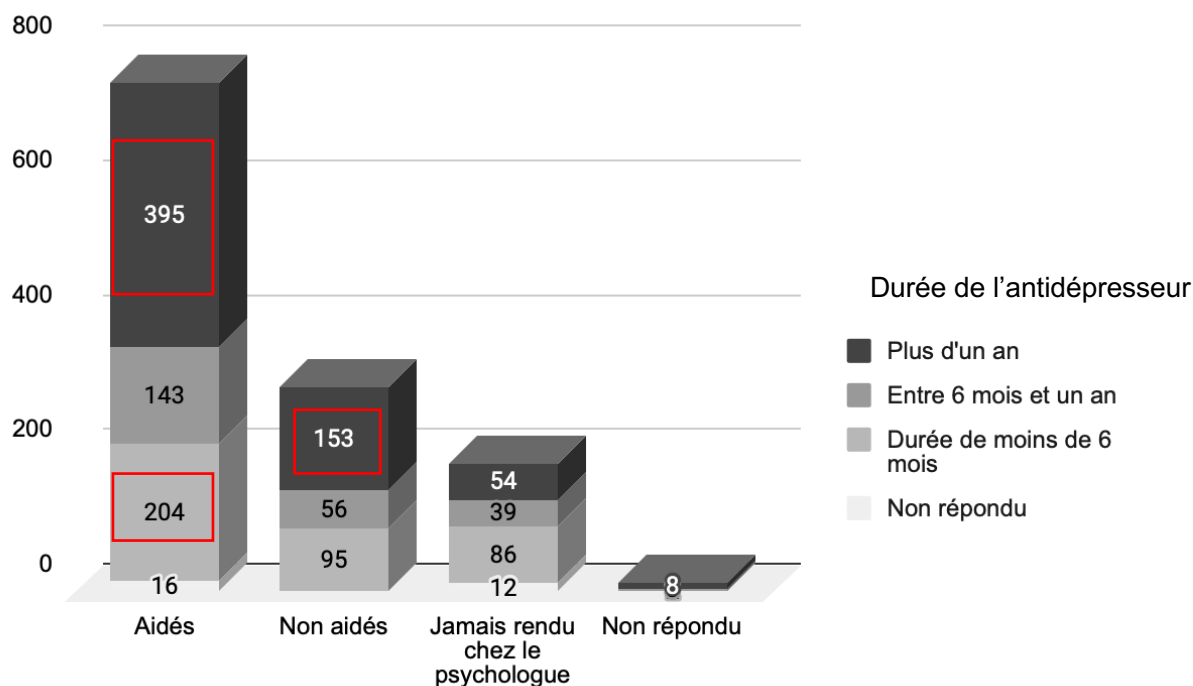


Figure 32 Durée du traitement antidépresseur en fonction de l'aide psychologique

Ce graphique agrémenté d'une étude inférentielle, explicite le fait que l'aide psychothérapeutique influe la durée du traitement médicamenteux dans le sens d'un allongement. En effet, près de 400 souffrants, soutenus par la thérapie psychique actualisent depuis plus d'un an leur traitement médicamenteux.

Cette vision mixte de la prise en charge s'accompagne cependant d'interrogations. 153 patients, soit 10,2% d'entre eux, continuent depuis plus d'un an leur psychothérapie malgré l'absence d'aide perçue. Ce chiffre percuté.

Cette illustration est additionnée d'un test de Khi-2 pour démontrer ce lien visible entre l'aide psychothérapeutique et l'allongement de la durée du traitement médicamenteux. Nos suggestions d'un raccourcissement de la durée de traitement médicamenteux inversement proportionnelle à la thérapie psychique se sont avérées erronées. Avec une p_{value} inférieure à 0.0001, nous attestons une différence significative entre la variable y : la durée de suivi du traitement médicamenteux et x: l'aide psychologique. Le sens explicité ici est celui d'une prolongation de la durée de traitement médicamenteux par l'aide du psychologue.

Deux autres représentations mettent en lumière d'alternatifs éléments. En effet, si on prend en considération les 1266 patients pour lesquels un suivi psychothérapeutique a été proposé, qu'ils

soient aidés ou non (x) et que nous les comparions avec la durée de l'antidépresseur et celle de la psychothérapie (y), nous obtenons les surprenants résultats suivants :

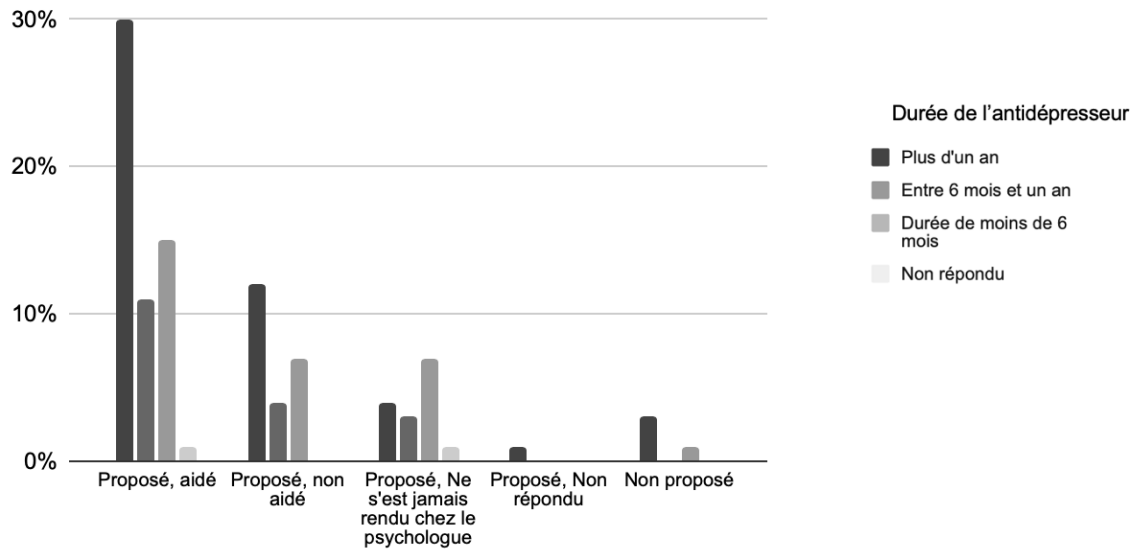


Figure 33 : Durée de l'antidépresseur en fonction de la proposition et de l'aide psychothérapeutique du patient

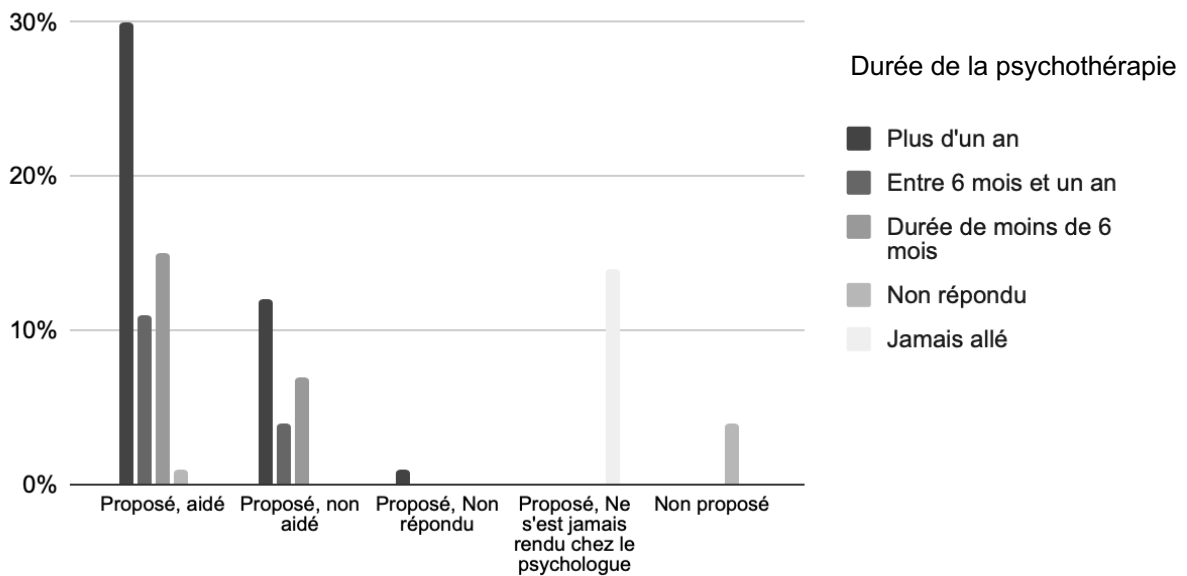


Figure 34 : Durée de la psychothérapie en fonction de la proposition et de l'aide psychothérapeutique du patient

Les durées de traitement médicamenteux ou psychologique semblent se superposer. De fait, ces durées n'imagent pas de variation en fonction des propositions et de l'aide. Les nuances entre les deux graphiques sont représentées par l'invalidité de certaines propositions. Ainsi, la proposition accordée à l'aide psychologique ne semble pas être un facteur discriminant les durées thérapeutiques. Nous cherchions bien ici des facteurs concordants. Plus il y a de propositions et d'aide psychothérapeutique plus le patient continue sa thérapie d'un point de vue psychologique (par allongement de la durée thérapeutique) et médicamenteux.

Étude de l'efficience

Une psychothérapie ne s'effectuant sur simple visite auprès d'un psychologue clinicien, mais nécessitant un suivi régulier, nous allons donc pour cet instant étudier uniquement les patients pour lesquels une proposition a été faite et pour lesquels un suivi régulier par un psychologue a été mis en place. Nous rappelons ces données dans les diagrammes ci-dessous.

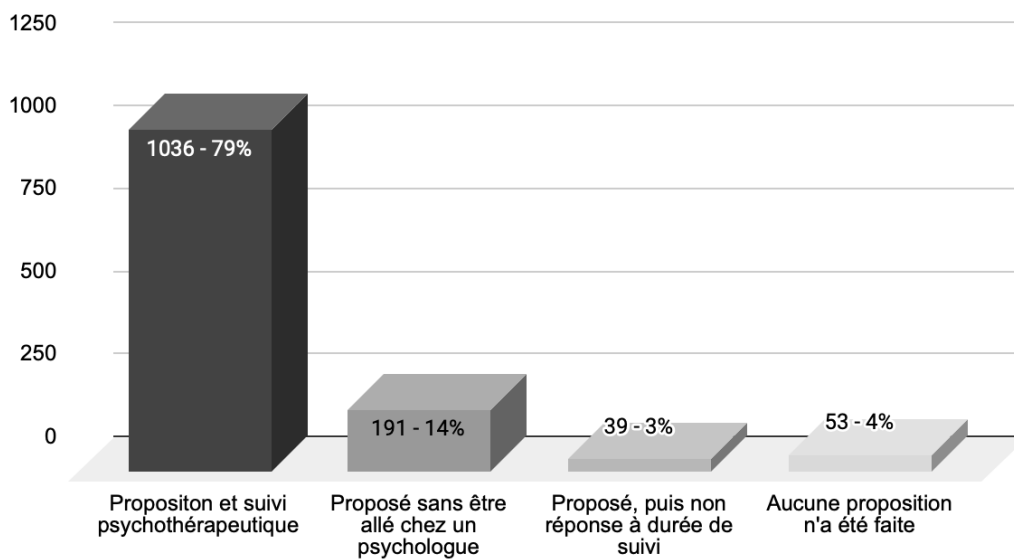


Figure 35: Suivi psychothérapeutique en fonction de la proposition

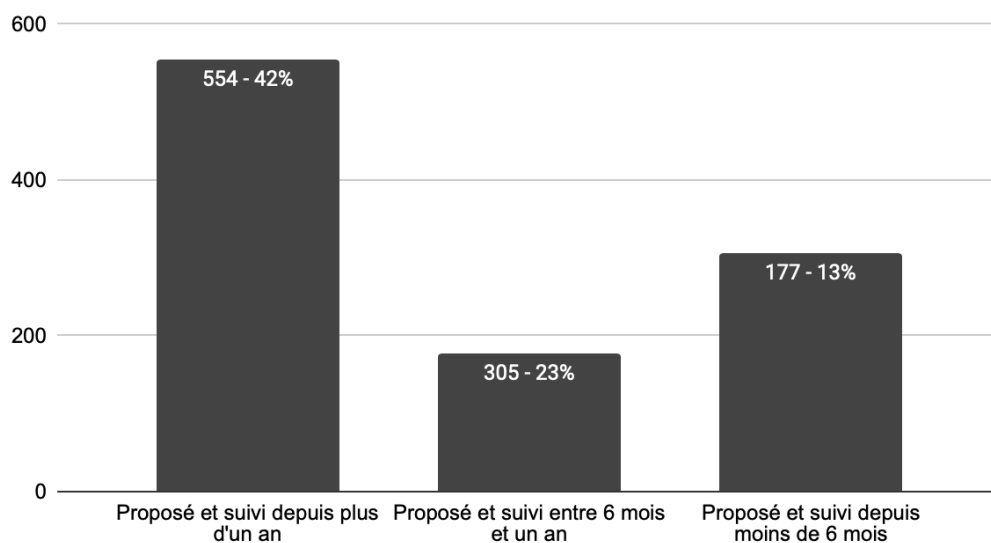


Figure 36 : Durée de suivi des patients pour lesquels une proposition a été faite

Il résulte de ces diagrammes en bâtons, le fait que 79% des patients auxquels une psychothérapie a été proposée, se voient suivis ; et 42% d'entre eux le sont depuis plus d'un an. L'aide de la psychothérapie associée à l'antidépresseur se présente comme premier facteur de l'efficacité de la prise en charge mixte du trouble dépressif caractérisé. De plus, lorsque le patient suit un traitement antidépresseur depuis plus de 6 mois, nous considérons qu'il se sent aidé par ce dernier.

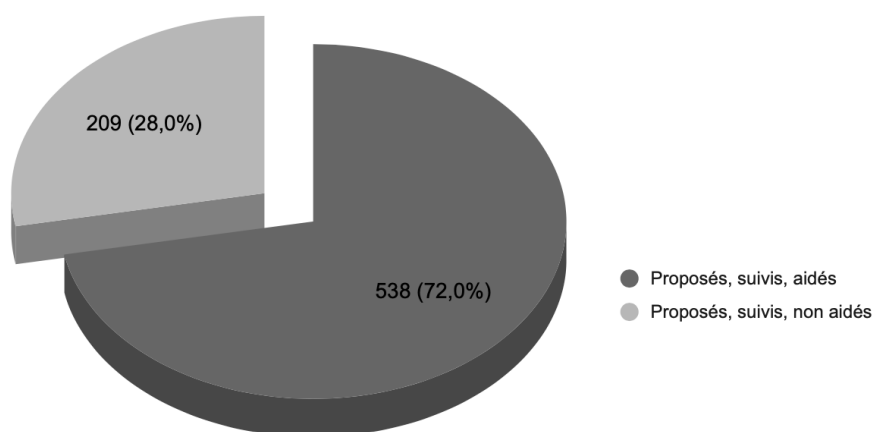


Figure 37 : Efficacité stricte de la prise en charge mixte d'un patient adulte atteint d'une dépression

Pour plus d'exactitude, nous avons sommé les facteurs suivants : la proposition, le suivi et l'aide qu'apporte la prise en charge psychologique et le fait qu'en dessous de 6 mois de traitement médicamenteux, le patient ne se sente pas forcément aidé par ce dernier. 538 patients répondent à ces critères parmi les 747 ayant validé les questions concernant ces variables. L'efficience stricte sur cet échantillon typique est donc de 72%.

La réalité n'est cependant pas aussi figée. En intégrant la totalité des variables, les patients ne s'étant jamais rendu chez le psychologue clinicien et pour lesquels une invalidité a été montrée, nous espérons quand même des résultats qualitatifs. Ainsi, nous avons étudié les diverses proportions et les avons réunies dans un tableau.

Proposition, durée du suivi psychothérapeutique et présence ou absence d'aide parmi les patients traités par antidépresseurs depuis plus de 6 mois	Nombre	Pourcentage
Proposés, suivis depuis plus d'un an, aidés	354	39,60%
Proposés, suivis entre 6 mois et un an, aidés	104	11,63%
Proposés, suivis depuis moins de 6 mois, aidés	76	8,50%
Proposés, suivis depuis plus d'un an, non aidés	109	12,19%
Proposés, suivis entre 6 mois et un an, non aidés	31	3,47%
Proposés, suivis depuis moins de 6 mois, non aidés	49	5,48%
Invalides	128	14,32%
Non proposés	43	4,81%
Totalité	894	100,00%
Proposés, suivis depuis moins de 6 mois, non répondu	3	0,34%
Proposés, suivis entre 6 mois et un an, non répondu	1	0,11%
Proposés, suivis depuis plus d'un an, non répondu	1	0,11%
Proposés, non répondu, non répondu	6	0,67%
Proposés, non répondu, non aidés	20	2,24%
Proposés, non répondu, aidés	4	0,45%
Proposés, ne s'est jamais rendu chez le psychologue	93	10,40%
Totalité	128	14,32%

Tableau 13 : Tableau récapitulatif des données

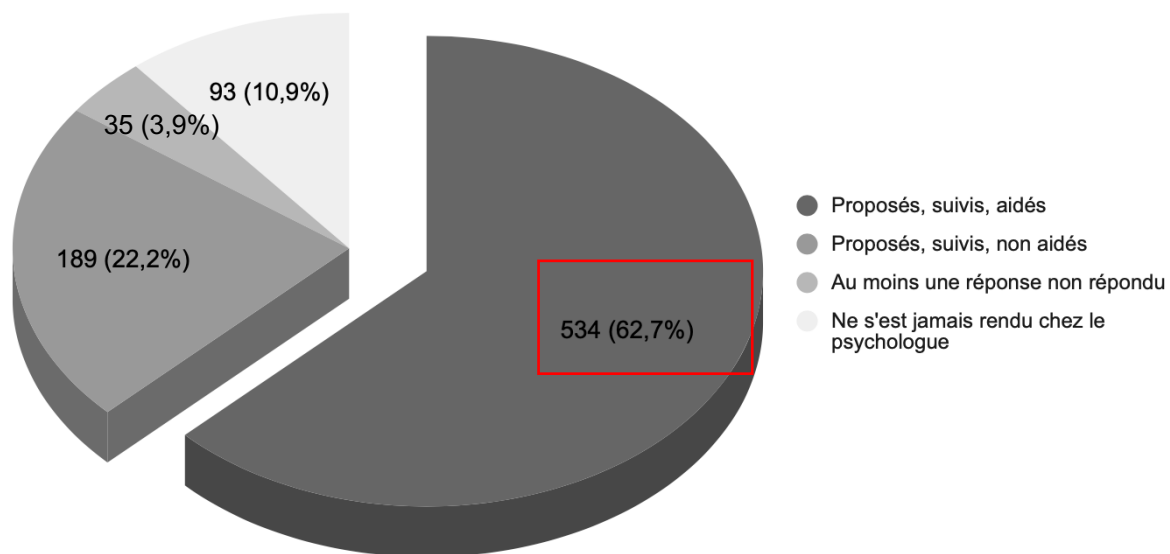


Figure 38 : Efficacité totale de la prise en charge pharmacologique et psychologique d'un patient adulte atteint d'un trouble dépressif caractérisé

Le tableau ci-dessus illustre que 39,6% des patients sont suivis depuis plus d'un an par la psychothérapie et se sentent mutuellement aidés. L'efficacité est en globalité de **62,7%**.

Provenance de l'efficacité

A la suite de l'étude de l'efficacité, il paraît nécessaire d'analyser la provenance de cette dernière. Quelles sont les personnes prônant une prise en charge du trouble dépressif double ? Nous émettons que ce sont les médecins et le pharmacien qui voient cette complémentarité. L'étude des proportions faite après extraction des données efficaces nous a permis d'élaborer les graphiques ci-après :

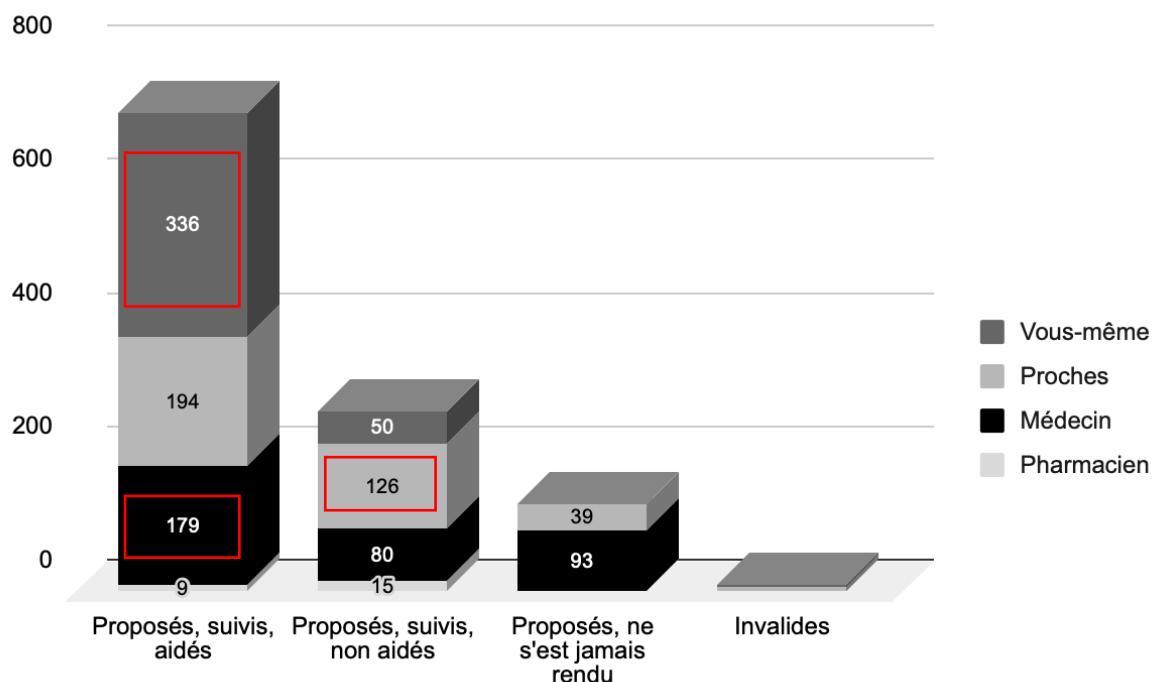


Figure 39 : Représentation de l'aide et du suivi psychothérapeutique des patient en fonction de la provenance de la proposition

Ainsi, lorsque les patients se sentent aidés, la proposition vient régulièrement de leur propre personne. Ils songent seuls ou avec un de leurs proches à la psychothérapie. La figure médicale voit cette complémentarité et la conçoit dans son mode d'exercice. Lorsqu'ils ne sont pas aidés, la proposition vient généralement du médecin ou de leurs proches. On se pose donc la question de l'injonction médicale et proximale du patient à agir.

	Pharmacien	Médecin	Proches	Vous-même	Totalité
Proposés, suivis, aidés	0,80%	15,83%	17,15%	29,71%	63,48%
Proposés, suivis, non aidés	1,33%	7,07%	11,14%	4,42%	23,96%
Proposés, ne s'est jamais rendu	X	8,22%	3,45%	X	11,67%
Invalides	X	0,09%	0,44%	0,35%	0,88%
Totalité	2,12%	31,21%	32,18%	34,48%	100,00%

Tableau 14 : Récapitulatif chiffré des provenances des propositions de l'efficiences de la co-prise en charge

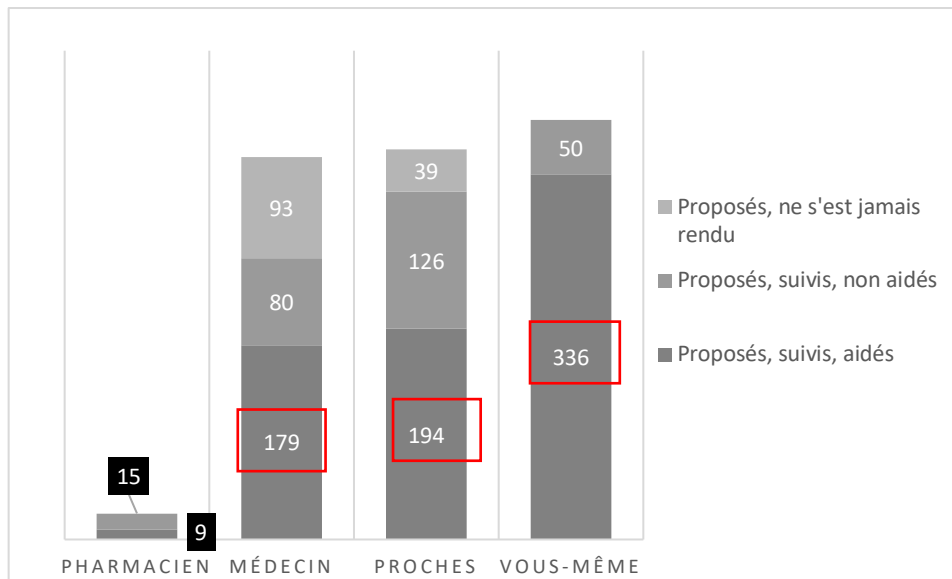


Figure 40 : Origine de l'efficience

Le tableau présenté récapitule ces données sous un autre angle. 34,48% des propositions viennent de soi. De plus, lors de ces cas, l'aide semble d'autant plus renforcée. Il en est de même lorsqu'elle émane des proches et du médecin dans des proportions rapprochées (17,15% et 15,83%). Le pharmacien se devine. Il propose un co-suivi dans 2,12% des propositions.

Le médecin se place ici comme acteur majeur de la complémentarité de la prise en charge. Qu'importe sa réussite, le médecin psychiatre ou le médecin généraliste propose cette association. Puis, aux mêmes niveaux, se déroulent les actions des proches et du patient lui-même, sa volonté à avancer. On remarque (336 patients sur les 1131 propositions) que lorsque le patient met en jeu sa propre psyché, il semble plus aidé.

Dès lors, notre étude se porte sur l'efficience stricte et sur les acteurs principaux qui aident le patient au quotidien et lui proposent une complémentarité d'action. Nous pensons que l'acte médical et la proposition venant de soi apporte le plus d'aide au patient et un suivi plus long. Cependant, cela reste à vérifier. Pour ce faire, nous avons comparé les différentes proportions des patients suivis et aidés par le médicament et la psychothérapie et le lieu d'émanation des propositions. Au vu de la petitesse des proportions concernant le pharmacien, des statistiques plus poussées n'ont pu être réalisées.

	Pharmacien	Médecin	Proches	Vous-même	Totalité
Proposés, suivis depuis plus d'un an, aidés	0,42%	0,84%	12,40%	35,10%	48,75%
Proposés, suivis entre 6 mois et un an, aidés	X	14,48%	14,48%	11,28%	40,25%
Proposés, suivis depuis moins de 6 mois, aidés	0,84%	9,61%	0,14%	0,42%	11,00%
Totalité	1,25%	24,93%	27,02%	46,80%	100,00%

Tableau 15 : Origine temporelle de l'efficacité de la prise en charge mixte du trouble dépressif

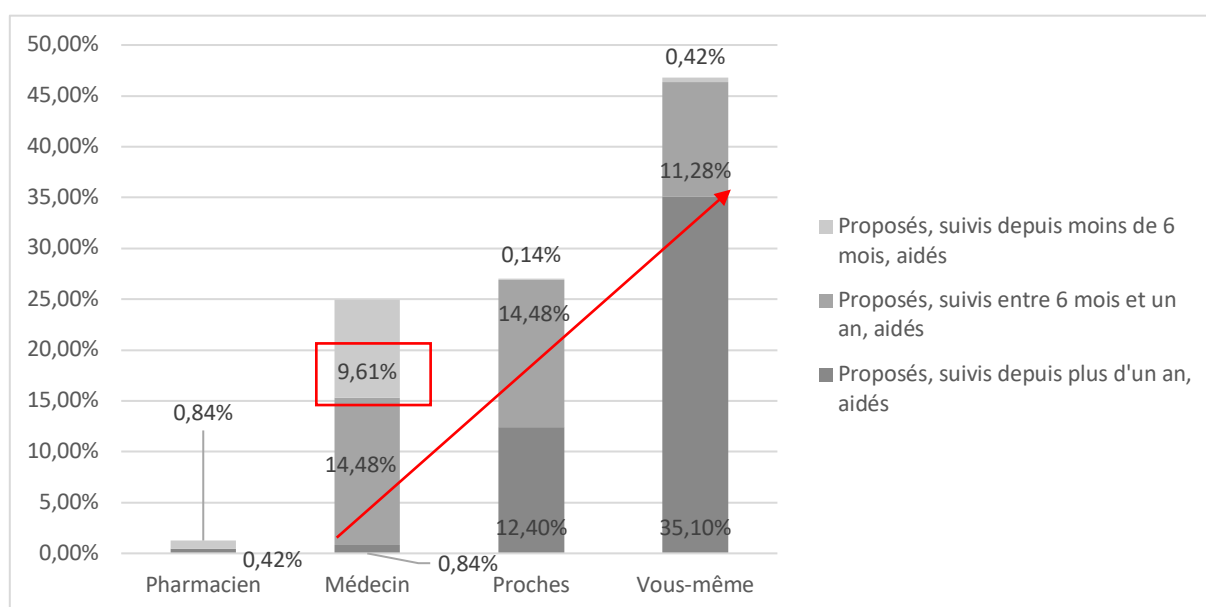


Figure 41 : Origine temporelle de l'efficacité de la prise en charge mixte du trouble dépressif

L'approche prépondérante est celle de l'augmentation de la durée de la psychothérapie chez les patients aidés lorsque la proposition émane de soi. La logique de l'empowerment semble fondamentale.

Les derniers résultats présentés sont à propos du pharmacien. Nous pensons ses conseils écoutés et sa volonté de globalité de prise en charge. Ainsi, nous fondons l'hypothèse qu'il est un acteur à part entière dans l'aide médicamenteuse et force de proposition dans le cadre psychothérapeutique.

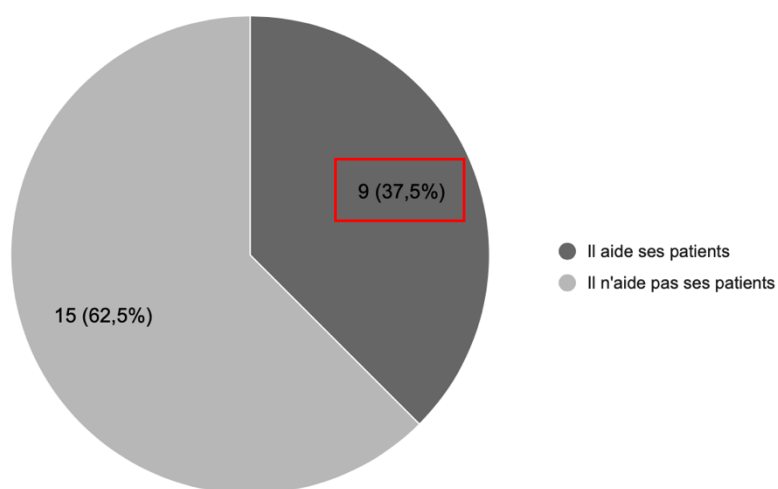


Figure 42 : Aide du pharmacien

Lorsque le pharmacien propose un suivi autre que son domaine de prédilection, soit acteur majeur dans 1,4% des propositions totales, il semble, dans 37,5% des cas parvenir à aider son patient. Il semble rencontrer des difficultés dans le fait de cibler les patients auxquels proposer ce suivi.

Lors de la récolte des questionnaires en pharmacie, nous avons inscrit la provenance des officines sur chaque questionnaire. Ainsi, grâce aux niveaux socioéconomiques donnés par géoportail, nous avons pu effectuer un test de Khi 2 pour voir si le niveau de vie avait un impact sur l'aide de la psychothérapie et un test de Fisher pour voir l'impact de ce même niveau socio-économique sur la durée du suivi de la psychothérapie. Or sur les 150 questionnaires récupérés, nous n'avons pas observé de différence significative entre les trois niveaux socioéconomiques étudiés (faible, moyen et fort) et sur l'aide de la psychothérapie ni sur le suivi psychothérapeutique.

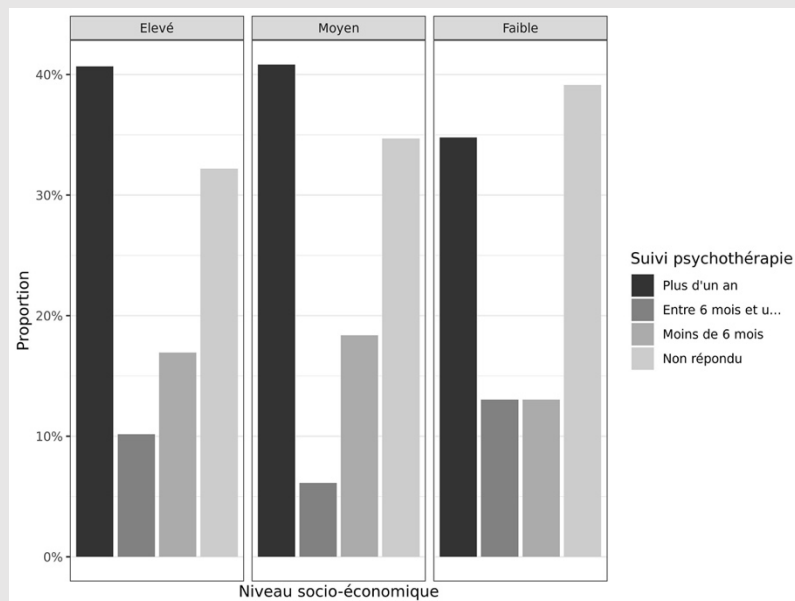


Figure 43 : Durée du suivi psychothérapeutique en fonction du niveau socio-économique

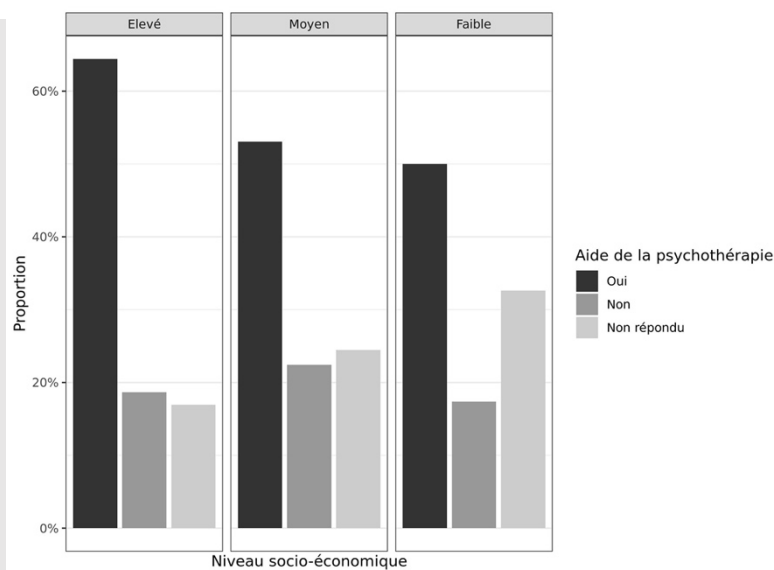


Figure 44 : Aide de la psychothérapeutique en fonction du niveau socio-économique

« La dépression réduit les contrastes et colore à l'encre noire les représentations du monde. »

Raphaël GAILLARD, 2022

L'expérience d'isolement la plus contemporaine vécue par les Français est celle des différents confinements. Selon la DREES, 15,8% des femmes et 11% des hommes ont présenté un syndrome dépressif mineur ou majeur endéans ces périodes de restrictions. Notre étude est agencée sur les expériences vitales souffrantes de 79,45% de femmes et de 20,55% d'hommes. Or, parmi la population dépressive, 61,53% des patients désarmés par cette maladie sont des femmes et 38,57% sont des hommes (DREES, 2021).

Les graphiques ci-dessous illustrent la répartition des âges et des sexes de l'échantillon par rapport à l'homogène population dépressive. Nous examinons dans la population une majorité de femmes entre 15 et 34 ans malades et un identique maxima chez les hommes. Cette fresque humaine est perçue dans notre cohorte malgré la surreprésentation féminine.

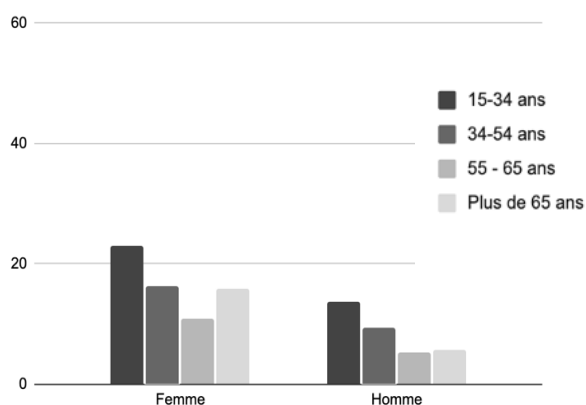


Figure 45 : Représentation de la population atteinte d'un trouble dépressif caractérisé

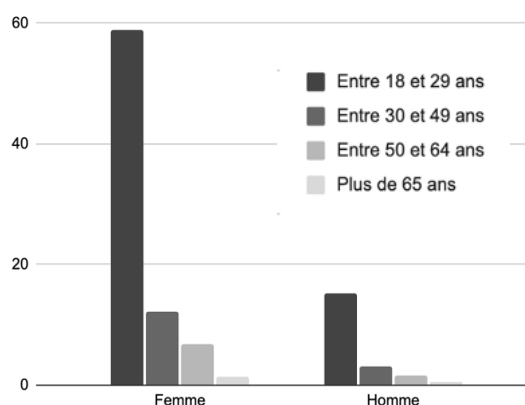


Figure 46 : Représentation de l'échantillon

Notre étude, témoin des effets de la pandémie en France voit une fréquence relativement haute de patients ayant débuté un traitement médicamenteux contre la dépression. En effet, environ 30% de notre cohorte a débuté son parcours thérapeutique dans les 6 mois suivant le premier confinement. Les analyses épidémiologiques des produits de santé datant de septembre 2021 démontrent une hausse des initiations de traitements antidépresseurs de 23% par rapport aux données moyennes attendues entre janvier et avril 2021 (EPIPHARE, GIS ANSM CNAM,

septembre 2021). De plus, la plateforme numérique de rendez-vous de santé Doctolib a énoncé que 75% des psychologues sondés ont vu croître leur nombre de consultations. Cette hausse est adjointe de 27% de nouveaux patients suivis par un psychologue (DOCTOLIB, février 2021). Notre étude, quant à elle, illustre 13% de patients suivis depuis moins de 6 mois par un psychologue.

Émile Durkheim, sociologue français, étudia en 1897, le suicide en tant que « fait social ». Il analysa au cours de ses travaux les corrélations entre les taux de suicide et le degré « d'intégration » sociale individuelle. Ainsi, durant les guerres, les révolutions, du fait des forts moments intégratifs collectifs, le taux de suicide s'amenuise à la différence des instants d'isolement. C'est ce que suggère les graphiques ci-dessous. L'isolement renforce les tendances suicidaires (GUELFY *et al*, 2021).

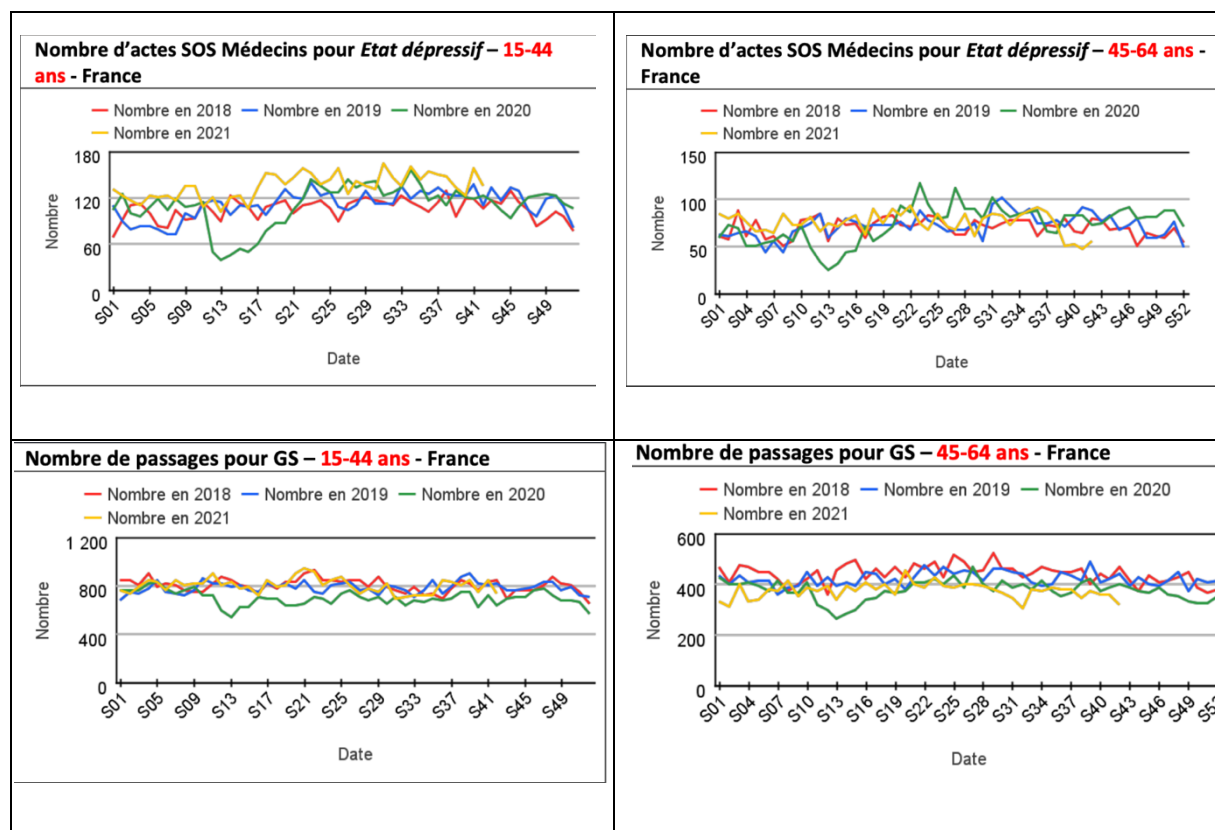


Figure 47 : Nombres d'actes et de passages pour états dépressifs ou gestes suicidaires

« Elle (La place) est rapport au lieu tout autant que rapport au temps. Elle est relation à soi et à autrui, qui oblige et qui lie. » Claire Marin, Être à sa place.

- *Place des jeunes adultes et du trouble dépressif caractérisé*

Après la traversée de l'adolescence, les jeunes adultes cheminent parfois vers une sombre période existentielle. Ils sont de plus en plus frappés par les états dépressifs. Suivant ces transformations physiques et psychiques s'opèrent des difficultés qui parfois deviennent cause de pathologies de l'humeur. Nous le déployons dans cette étude. Les patients âgés entre 18 et 29 ans représentent 74% de notre cohorte. Dans la population, les patients présentant un état dépressif âgés de 18 à 24 ans étaient de 22% en 2020. Ils sont 8,2% de cette même tranche d'âge à avoir abrité un syndrome dépressif majeur évocateur d'un trouble dépressif caractérisé (DREES, 2021).

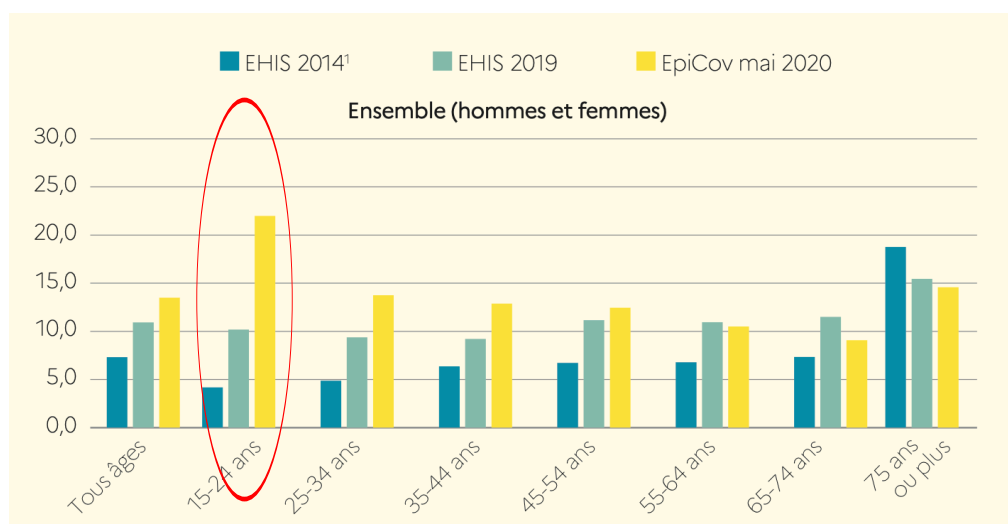


Figure 48 : Prévalence des syndromes dépressifs en France en 2014, 2019 et mai 2020 par classe d'âge

Pourquoi, en dépit de la situation sanitaire, ce sont ces jeunes adultes qui sont les plus touchés ?

Les jeunes adultes sont en proie à de variables complexités vitales. Sont notables : les soucis d'autonomie, les questionnements sur leur identité sexuelle, les obstacles relationnels dans le monde du travail, avec leurs parents ou leur réussite scolaire. Est surtout caractérisée cette période de vie par son ardeur. L'intimité semble un point sensible. Des thèmes récurrents tourbillonnent : la dépendance, l'image de soi, un futur incertain, les relations intimes, le sens de cette vie et l'impression de vide. De même, à la suite de l'adolescence se crame la confrontation parentale avec l'enfant devenu adulte. Le jeune adulte porte en lui le poids de la négociation avec ses parents envers son autonomie. Il cherche néanmoins à maintenir avec les siens des liens solides et sains (MIGERODE, 2005).

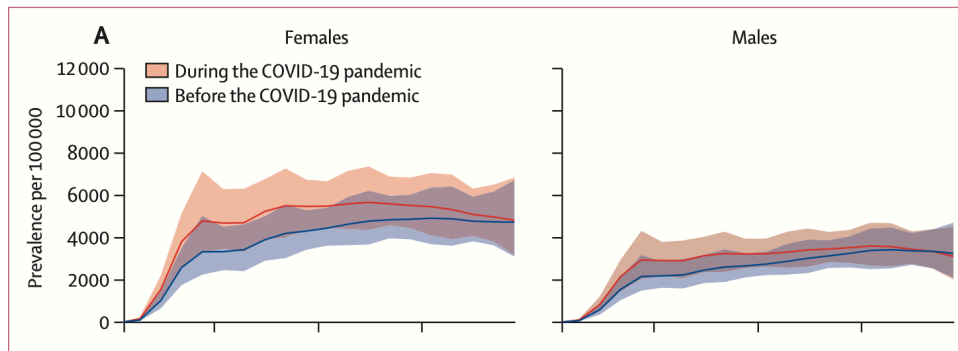


Figure 49 : Prévalence du trouble dépressif avant et pendant la pandémie en fonction des sexes

Les chiffres et le graphique ci-dessus le constatent, les femmes sont plus ébranlées que les hommes par les troubles de l'humeur notamment par le trouble dépressif, que cela soit pendant ou en dehors de la pandémie. Cette dernière n'a fait qu'aggraver des chiffres déjà forts élevés.

Pourquoi, une prédominance du sexe féminin ?

- *Place des femmes et dépression*

Nous le constatons, les femmes dominent la patientèle dépressive. 80% de notre cohorte est composée de femmes. Dans la population, 60% des patients souffrant de dépressions sont de sexe féminin.

Approchons quelques instants la période de l'adolescence.

Pendant cette période charnière, des changements hormonaux et développementaux s'opèrent. Ainsi, ils peuvent être responsables de nuances entre les sexes dans le cadre dépressif. Il a été constaté qu'après l'adolescence, les femmes semblent plus vulnérables à ces pathologies. Fluctuation de causalité, des troubles dépressifs caractérisés sont notés et augmentés durant les périodes biologiquement fondatrices chez la femme. On identifie la dysphorie prémenstruelle, la dépression du post-partum et la dépression et l'anxiété post-ménopausiques qui marquent la vie d'une femme à la différence d'un homme. Des femmes sous contraceptifs oraux ont vu leurs chiffres associés aux troubles dépressifs diminuer. Ceci sous-tend un mécanisme protecteur des œstrogènes sur la vulnérabilité dépressive.

La féminisation de la pauvreté peut être un facteur explicatif à ce ratio femme/homme inégal. En outre, l'augmentation féminine de déclaration de violences est à prendre en considération dans la liaison entre le sexe et la prévalence dépressive (SALK, 2017).

Le choix des femmes pour les métiers du « care » jouent aussi en rôle dans cette fragilité. Féminisés, ces métiers convoquent naturellement la gestion et le contrôle des émotions. Revendiqués à la population féminine, ils sont, de plus, mal reconnus dans la société. La sociogenèse des troubles mentaux est vaste. L'exemple clinique de l'immigration et la sociologie des conditions de vie précaires imbriquent souffrances sociales et psychiques (GUELFY *et al*, 2021).

« *L'esprit n'a pas de sexe.* » François Poullain de la Barre (1647-1723)

Dans un domaine comme celui des sciences humaines et sociales, « *dévoiler, révéler, combattre en même temps qu'analyser, décortiquer, montrer et démontrer* » sont les actions à mettre en œuvre. Autrefois interdites pour les femmes, accessibles pour les hommes et inventoriées par les hommes, elles se sont aujourd'hui élargies. Par la psychanalyse des enfants, les femmes ont pris place dans le berceau scientifique humain et social. Actuellement, elles représentent 38% des effectifs sur les bancs universitaires scientifiques. On note toutefois qu'en 2011, 81% des psychologues sont des femmes. Ainsi, la part féminine dans les sciences humaines et sociales est bien opérante. Un attrait pour ces professions, et une destination thérapeutique capitale comme l'illustre notre étude. Les femmes semblent plus assidues et attachées aux psychothérapies. Une différence significative étant démontrée entre le sexe et la durée de la psychothérapie ($p_{\text{value}} < 5\%$). Les femmes passent plus de temps à l'exercice psychothérapeutique que les hommes.

La seconde moitié du XX^{ème} siècle, avec la création de nouvelles entités nosographiques et les modifications socio-économiques de notre monde a convaincu le sociologue Alain Ehrenberg à l'inscription de la dépression comme « mal du siècle ». Il dénote donc de nouvelles pathologies mentales dues à des transformations sociétales. Nouvelles normes et nouvelles valeurs les caractérisant.

- *Place des hommes et dépression*

Du côté des hommes, une relation causale entre le chômage et l'expression dépressive a été démontrée. En effet, une période de chômage de plus de 6 mois vécue par un homme l'expose plus facilement à un épisode dépressif au contraire du sexe opposé.

Nous n'allons pas dresser ici la liste exhaustive des facteurs de vulnérabilité dépressive. Notons les facteurs psychosociaux comme le célibat, l'isolement social et affectif, le faible investissement professionnel qualitatif ou quantitatif et un bas niveau socio-économique comme exemples. Citons aussi les événements de vie stressants avec l'expérience traumatisante à l'œuvre d'un événement potentiellement dramatique et le stress post-traumatique engendré comme révélateur d'un état dépressif (GUELFY *et al*, 2021).

A l'épreuve du genre, les hommes ne sont cependant pas épargnés par les idées suicidaires. En effet, 9 000 suicides ont lieu environ chaque année ; les hommes se suicident 3,7 fois plus que les femmes. Elles font des tentatives d'autolyse (UNPS, 2020). A la spontanéité du dialogue chez la femme, la fluidité du discours semble plus discrète chez l'homme. « Complexe viril » identifié par Olivia Gazalé, diktat de la virilité chez l'homme. Ainsi, se sentant stigmatisé, l'homme songe et sombre en une absence de verbalisation (DRYEF, 2018). L'homme, malgré les propositions, ne se rend que peu chez le psychologue ou a une durée de suivi réduite.

L'étude clinique réalisée nous a montré la place cruciale des acteurs médicaux lors de l'efficacité de la co-prise en charge. Nous allons donc étudier avec plus de détails les différentes manières de soigner la dépression dans le cadre de la médecine générale et dans le cadre de la médecine spécialisée et la puissance de la volonté du patient dans son avancée thérapeutique vers la guérison ainsi que les liens entre les protagonistes. Ajoutée à ces acteurs, la longévité de la prise en charge s'est vue corrélée au lieu de provenance de cette proposition psychologique. En effet, une durée plus courte est associée aux acteurs médicaux et une plus longue durée de psychothérapie est associée aux proches et surtout à sa propre volonté thérapeutique. Se pose ainsi le questionnement du pouvoir du médecin.

- *Force du médecin*

Réputé détenir le savoir, le médecin est celui en lequel le pouvoir de guérison et d'apaisement des maux est détenu. Trois pouvoirs sont dans les mains du médecin. Le premier pouvoir dominant est celui d'appréciation de l'état de son patient. Il a un pouvoir d'influence qui semble ici culminant. On le voit dans le cadre du trouble dépressif : 44% des propositions médicales vont vers un suivi psychothérapeutique. Le médecin exerce sa puissance sur le pouvoir être et pouvoir faire du patient. Dans 46% des cas, lorsque le médecin propose un suivi alors le patient écoute et suit cette recommandation. De plus, il a une force de décision sur la prise en charge du patient. Lors de la médicalisation de la vie notamment, la puissance médicale perdure et s'étend. Le médecin conserve et exploite à juste titre son monopole de description et d'identification des pathologies. Il évalue les capacités vitales, les besoins d'aides, l'environnement de son patient ...

Puissance centrale et rôle social sont à l'honneur du pouvoir médical. En effet, le souffrant remet sa vie au médecin. Lors d'épidémie, par exemple, la population entière est sous l'avis de conseillers médicaux. Michel Foucault parle de *biopouvoir* (MATTEI, 2020). Ces forces illustrent sûrement les 13% de patients que la psychothérapie n'aide pas mais qui cependant poursuivent l'aventure psychique.

- *Place du médecin généraliste*

Les propositions d'une prise en charge mixte de la dépression sont souvent médicales. En France, la majorité des médecins généralistes en 2011 estimait importante la prise en charge psychothérapeutique et la considérait à part entière. Ils se déclaraient aptes à prendre en charge le patient seul dans 9 cas de dépressions sur 10. Il a été analysé que les médecins ruraux, ceux pour lesquels une faible densité de volume global de prescription a été consignée, proposaient dans 2 cas sur 3 une psychothérapie. Cette psychothérapie est surtout envisagée par les médecins généralistes dans les cas sévères. Ici, elle est proposée dans 96% des cas et dans 44% par les médecins. Ils insistent sur le fait que les thérapeutiques médicamenteuses restent leur principal outil au quotidien. Dans les dépressions légères, les médecins généralistes choisissent la psychothérapie seule dans 4,1% des cas uniquement.

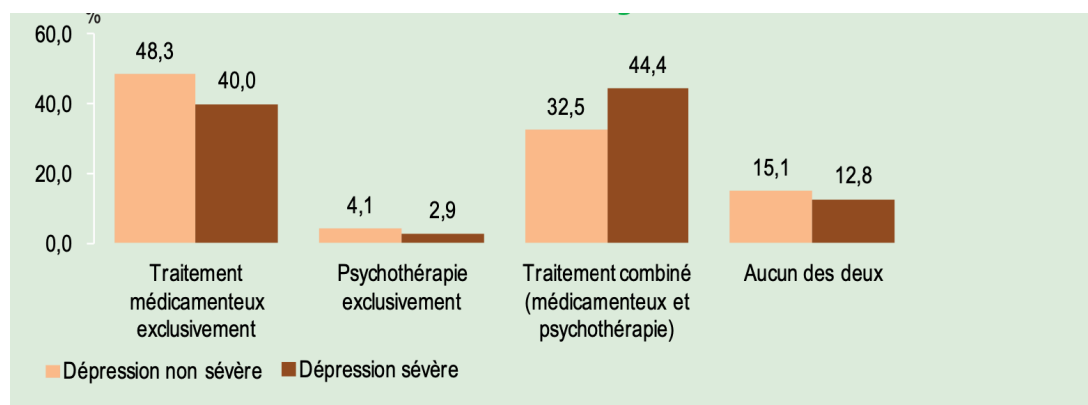


Figure 50 : Thérapeutiques utilisées par les médecins généralistes

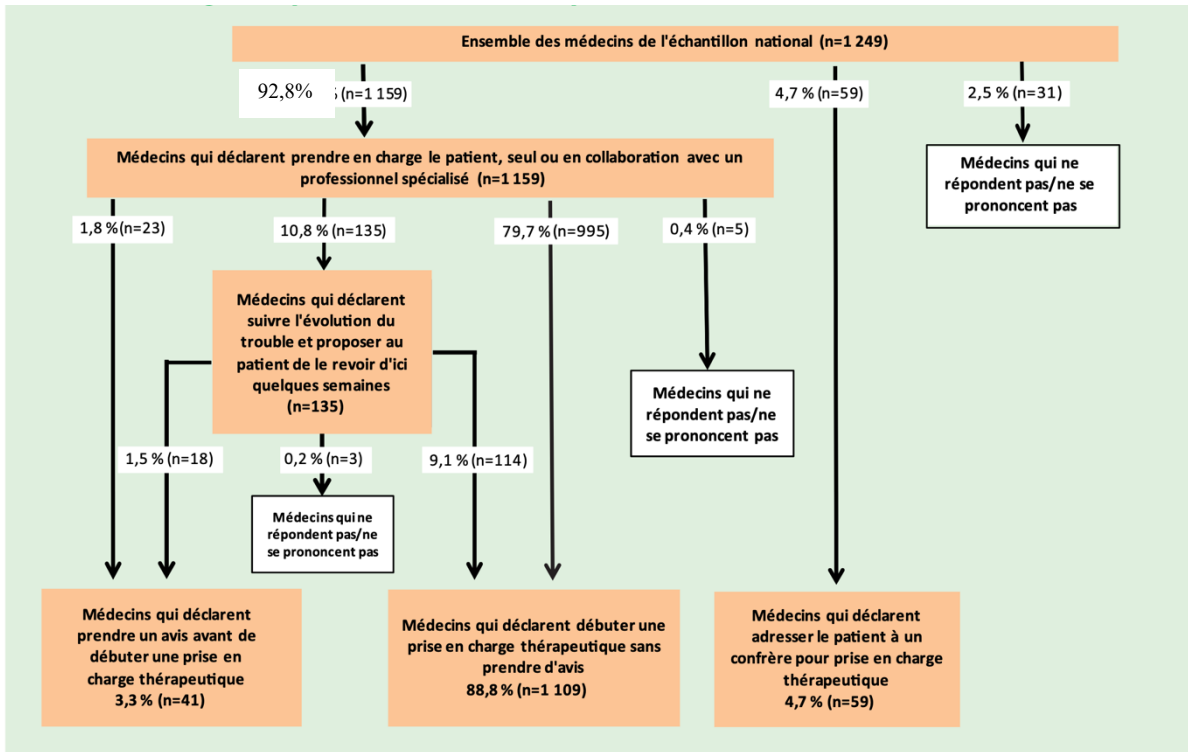


Figure 51 : Places occupées par les médecins généralistes

Différents temps caractérisent la prise en charge par le médecin généraliste.

Le premier temps est celui du diagnostic. Le médecin généraliste peut déceler les signes pathognomoniques d'une dépression. Lorsque le patient lui-même les nie et les masque par la dominance d'autres signes, le médecin par sa formation généraliste ne doit pas oublier d'identifier les pathologies psychiatriques parmi le panel somatique. Puis, vient le temps du suivi, une fois le diagnostic établi, le médecin généraliste par ses lectures, par ses connaissances des recommandations, va délivrer au patient des conseils et parfois initier un traitement si nécessité il y a. Le dernier rapport de 2017 de la HAS énonce la présence des psychothérapies et son efficacité. Il cite notamment les thérapies cognitives et comportementales, celles de soutien et interpersonnelles. Il soumet la thérapie analytique à la terminaison de la phase aiguë de la dépression. La HAS énonce que le médecin généraliste doit soutenir son patient par sa proximité et par les relations nouées avec ce dernier, sans toutefois expliciter la manière de faire. Une thèse réalisée dans les Yvelines identifie le fait que 2/3 des médecins généralistes choisissent le traitement antidépresseur médicamenteux en fonction de sa tolérance, de son efficacité, des associations médicamenteuses et des signes cliniques du patient.

Subsistent des biais de prescription car une prescription trop rapide semble souvent mise en place. De plus dans 23% des cas de cette thèse, les médecins généralistes prescrivent systématiquement des anxiolytiques ou hypnotiques et dans 25% des cas, ils stoppent la prescription des antidépresseurs avant les 6 mois recommandés. De plus, ils sous-estiment souvent la qualité de la prise en charge psychologique. Leurs actions communicatives (écoute active, utilisation de la gestuelle, du non-verbal...) semblent trop faibles dans le cadre dépressif. La dépression, multifactorielle, touche l'individu dans sa globalité comme le médecin généraliste agit dans l'entièreté de l'organisme. C'est un premier acteur, un interlocuteur de premier recours qui connaît son patient, son environnement. Le médecin généraliste participe au suivi au long cours mais aussi à la prévention et à la coordination des soins. Autrement dit, il se doit, lorsqu'il ne se sent plus apte à maîtriser une situation, à mettre en place une coordination et un suivi par un confrère spécialisé en psychiatrie. L'ossature, la CHARPENTE du patient est à écouter et à toujours considérer dans les prises en charge des pathologies de l'humeur comme le trouble dépressif caractérisé.

- Contexte de vie du patient
- Histoire du patient personnelle et familiale, évènements qui ont conditionné et façonné sa personnalité physique et psychique
- Attentes ainsi que besoins du patient
- Représentations de santé, croyances...
- Préférences et sens que le patient accorde à la vie
- Emotions et affects
- Nature du patient, caractéristiques biomédicales
- Temps : capacité du patient à évoluer dans la durée
- Etre : personnalité du patient.

Non codifiée, la thérapie dite de soutien est normalement présente dans tout acte médical. Le médecin généraliste tend à la renforcer dans le cadre de pathologies psychiatriques. Elle vise à soulager, soutenir, rassurer et maintenir les souffrants dans la réalité. Composante phare de l'adhérence, ce soutien est mené avec empathie et confiance par le médecin généraliste. Ce dernier use des dimensions directives par ses conseils, informations et explications (CMG, 2017).

- *Place du psychiatre*

Outre le plan diagnostic, les médecins spécialisés en pathologies psychiatriques sont présents en secteurs hospitalier (public ou privé) et libéral. En France, les soins psychiatriques sont organisés en secteurs, variables en fonction du lieu d'habitation du patient. Ce dernier consulte un psychiatre soit par transfert de la part du médecin généraliste en cas de résistances ou en cas de dépressions dites plus complexes par exemple. Coordinateur des soins psychiatriques, le psychiatre peut aussi être consulté sur conseil du psychologue clinicien sentant une résistance dans la prise en charge, par le patient lui-même ou sur avis d'un proche. Parfois, le patient souhaite se diriger immédiatement vers des soins spécialisés. Quelques fois, une crise fait passer le patient par les urgences, le secteur hospitalier initie ainsi un suivi psychiatrique. Ce suivi peut débiter par une hospitalisation ou se mettre en place uniquement sur une logique ambulatoire. Plusieurs offres de soin sont à la portée du psychiatre qui est le chef d'orchestre des soins psychiatriques, le médecin dit référent dans ce domaine peut harmoniser :

- Les soins médicamenteux mis en place et suivis par ce dernier
- Les soins psychologiques réalisés par lui-même ou par un confrère
- Les programmes d'éducation thérapeutique réalisés par des infirmiers spécialisés
- L'assistance sociale
- La protection juridique
- L'activité physique adaptée (APA) ...

En France, la psychiatrie générale est découpée en secteur démo-géographiques. Un secteur est délimité pour 70 000 habitants. Chaque espace dispose d'une équipe soignante pluridisciplinaire gérée par un médecin psychiatre. Le secteur a pour objectif d'assurer la continuité et la coordination des soins entre les pôles hospitaliers et ambulatoires. A l'objectif d'harmonie s'opposent cependant inégalités et isolationnisme des soins en fonction des endroits. Chaque secteur devrait comporter un centre médico-psychologique pour l'accueil et la coordination en milieu ouvert notamment. Ces CMP organisent les soins de prévention, les diagnostics, les soins ambulatoires et ceux d'intervention à domicile. Chaque secteur comporte aussi des hôpitaux de jour, des ateliers thérapeutiques, des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, des services d'hospitalisation à domicile, des centres d'accueil permanents pouvant répondre à toute heure, des centres de crises, des hôpitaux avec des places de nuit et

parfois des appartements thérapeutiques. La réalité est bien moins créative et adaptée, cependant 94% des secteurs ont au moins un CMP et 70% proposent un hôpital de jour. L'objectif des secteurs étant le dépassement des hospitalisations complètes en psychiatrie en France.

En centre hospitalier, existe aussi la psychiatrie de liaison. Cette spécialité psychiatrique consiste à mettre à disposition des soins somatiques des experts psychiatriques afin de prendre en charge des pathologies mentales intriquées dans les pathologies somatiques, de les prévenir et de les prendre en charge de manière optimale. Non pas réduite à ces champs, la psychiatrie de liaison coordonne aussi dans le champ de la psychiatrie générale des consultations externes et développe des activités d'expertise. Ces consultations répondent à certains besoins cliniques tels que les bilans pré-thérapeutiques à la chirurgie bariatrique (GUELFY *et al*, 2021).

- *Qu'est-ce que la guérison et quelle place a l'humain dans sa propre survie ?*

Soi-même acteur de sa propre guérison et de sa propre santé, tels sont les enjeux de la nouvelle loi ma Santé 2022 ou de la loi HPST. L'éducation thérapeutique vise à rendre le patient acteur de sa maladie. Parmi toutes les propositions, 7% des propositions sont une attente de guérison de la part du médicament et dans 9,5% des cas une guérison de la part de la psychothérapie. Mais que peut-on appeler guérir en santé mentale ?

Guerre et guérir, une proximité, une étymologie commune : se protéger. Vaincre l'ennemi, se débarrasser de l'assaillant, nuisible au corps. Voici les premières définitions de la guérison. Hétérogénéité de la guérison, prise de distance avec la pathologie, retour à la normale des constantes biologiques ou sociales, disparition des symptômes ou fin de la maladie. La guérison ne cesse d'être polysémique. Autrefois retour à un état antérieur, maintenant la guérison est définie comme le passage d'une norme à une autre. Le guérir de nos jours tend à une définition personnalisée sans omettre et faire porter au patient toute la responsabilité de son état de santé (TRECOURT, 2021). « J'ai guéri de ma dépression. Ma dépression est guérie ou mon psychiatre a guéri ma dépression »... 3 formes, 3 sujets du verbe guérir. Désir de guérir, désir de normalité et désir de communauté. En effet dans nos sociétés, une anomalie non pathologique peut parfois être vécue comme telle. Ainsi, désirer guérir est désirer être comme tout le monde. L'image au sens global se révèle expression de la *vérité*. Qu'une imagerie par

une échographie soit vérité car identique à toute autre diffère de l'image corporelle vécue au quotidien voulue véritable. Finalement, distinguer la santé et la normalité semble être pertinent afin de définir et répondre à la question de guérison (GUEULLETTE, 2011). Ainsi, l'OMS désigne la santé comme : un état de complet bien-être physique, mental et social ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (OMS).

Notre étude exemplifie de manière forte le processus *d'empowerment* du patient et de ses proches. Ce processus désigne le pouvoir partagé ou négocié d'un point de vue littéral. Il associe néanmoins la position d'autodétermination, de liberté de conscience de l'homme contraint. Grâce à cette maîtrise de sa pathologie, le patient va acquérir des connaissances et des compétences qu'il pourra réutiliser. Ce processus se pose comme antithèse au paternalisme des années 1980 dominant (FAYN). Circulaire, il se découpe en quatre temps et en neuf étapes. A chaque changement de phases, le pouvoir du patient s'intensifie.

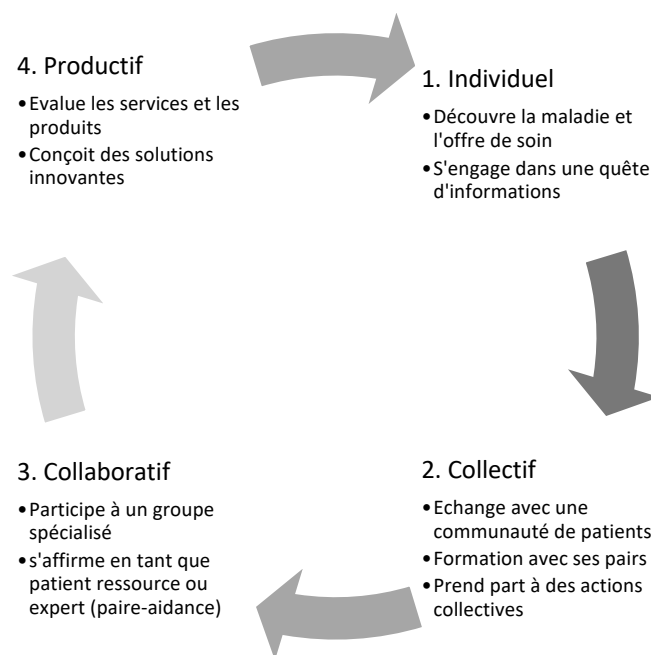


Figure 52 : Logique de l'empowerment

Lorsque les patients sont suivis et aidés par la bithérapie, l'autodétermination à aller chez le psychologue l'aide dans 46,8% des cas.

La situation se montre plus complexe et changeante dans la logique psychiatrique. Durant de longues années, nous parlions de *disempowerment* dans ce domaine. Le patient et sa famille n'étaient pas impliqués dans la prise en charge laissant l'entièreté du pouvoir au médecin. En effet, l'auto-stigmatisation, la stigmatisation des proches est contraire au processus *d'empowerment*. Non réduit à des droits et des valeurs éthiques, ce processus se place comme

facteur protecteur. Il met en exergue des résultats positifs en termes de santé, de bien-être émotionnel, de motivation, d'autonomie et d'adaptation : en somme tout ce qui est émoussé chez un être déprimé. De plus, il médie la relation entre le patient, sa famille, ses proches et les professionnels de santé impliqués. Le faible réseau social abaisse le seuil *d'empowerment* et donc la qualité de vie se trouve réduite.

Ainsi, nous distinguons 3 piliers sur lesquels agir dans les centres de santé mentale afin de réduire les troubles dépressifs :

- Rendre possible la chute de la stigmatisation par soi-même et celle de l'entourage
- Améliorer le réseau social
- Développer *l'empowerment*

(JOUET, 2014)

Les proches traversent parfois de manière complexe la pathologie du soigné. Démunis, ils rencontrent souvent des difficultés à comprendre et à supporter le proche malade. Ils traversent de nombreux affects : la honte ou la culpabilité par exemple. Il est fondamental qu'ils parviennent à un équilibre et prennent aussi soin d'eux. 40 à 80% des proches sont en souffrance psychologique. Isolement, conflits relationnels, ils sont eux-mêmes stigmatisés au vu de la proximité avec un proche dit « psychiatrique ». Les inquiétudes de ces derniers sur la santé, le futur et les finances du malade sont fondées.

Le partenaire du couple souffre parfois de voir son compagnon malade, les enfants peuvent développer des troubles de l'attention, du sommeil, du comportement au vu de ce parent dépressif. Les familles doivent être de plus en plus impliquées dans cette prise en charge et dans la compréhension de la pathologie. Elles sont aujourd'hui de plus en plus en attente d'informations. Fragiles, elles demandent à être conseillées.

Lors du diagnostic, la présence familiale est importante, si désirée par l'être souffrant. Des explications sont donc dévoilées aux proches, le trouble énoncé et son intensité sont explicités. De plus, les croyances et les idées préconçues peuvent être modulées. Le médecin identifie l'état psychique de cet aidant qui lui aussi peut être atteint d'un trouble de l'humeur, à juste titre.

Nous le voyons, les proches suggèrent dans 25 % des cas une psychothérapie. Au vu de la confiance accordée à cet aidant et sa présence, la psychothérapie s'allonge et aide le soigné. Les stratégies de *copying* centrées sur la gestion des problèmes et sa résolution, sont pour les

proches des moyens d'aider sans trop supporter le poids du souffrant. Lorsque la psychoéducation familiale a été proposée et réalisée, des études montrent un taux de rechute dépressive de 8% en sa présence et en son absence une rechute de 50%. Une verbalisation des affects grâce à un autre psychothérapeute pour l'aidant peut être une manière de soutenir le patient initial sans risquer de le blesser ou de le juger.

Efficienc e de la prise en charge mixte du trouble dépressif caractérisé

- *Définition*

Le terme effic ience illustre une dynamique entre plusieurs thématiques. La philosophie définit l'effic ience comme la capacité d'une cause suffisamment puissante ou forte pour produire un effet ou une aptitude, fournisseur du meilleur rendement. Ici, cette capacité est représentée par l'alliage de la pharmacothérapie et de la psychothérapie. Notre enquête se compose uniquement de patients médicamenteés. Ainsi, ces mêmes patients, lors d'un suivi par un psychologue clinicien, lorsque son aide leur est apportée et qu'ils prennent depuis plus de 6 mois quotidiennement des antidépresseurs, alors, nous admettons l'effic ience. Se basant sur ces critères de manière stricte, l'effic ience de la prise en charge mixte de la dépression est donc de 72%. Sur la totalité des patients elle est de plus de 60%. Les questions sous-jacentes semblent être ce par quoi et surtout pourquoi les patients ne sont pas aidés par l'une ou l'autre des thérapies mais plus fortement par l'une et l'autre.

- *Approfondissement*

Le premier point est l'illustration des symétriques des attentes de notre échantillon vis-vis des deux traitements. Les patients ont des attentes quasi parfaitement complémentaires de la psychologie et du médicament. A l'heure où ils désirent du médicament majoritairement une diminution des symptômes physiques et psychiques, ils souhaitent de la part du clinicien une guérison, un confort et un soutien. Sous-tendue par ces attentes, se place la logique humaine. Derrière le traitement, s'initie la présence du médecin prescripteur et parfois le pharmacien dispensateur de manière régulière. A propos de la psychothérapie se loge le psychologue et sa récurrente présence. A la base indépendants, ces phénomènes thérapeutiques se superposent.

Notre analyse témoigne ici le fait que plus le psychologue clinicien propose un suivi de quelque nature soit-elle, plus la durée de ce suivi se trouve allongée. Ainsi, plus il propose un suivi psychologique plus la durée thérapeutique médicamenteuse ou psychologique est prolongée. Nous l'avons vu dans la première étude réalisée, le psychologue clinicien conseille dans plus de 90% à ses patients en souffrance une consultation médicale dans le but qu'il se voit prescrit un médicament antidépresseur.

Une étude réalisée en 2004 (PAMPALLONA *et al*, 2004) analysant les résumés de 1123 articles et de 94 articles complets démontre des résultats positifs de la co-prise en charge de la dépression majeure avec un maintien de la prise en charge médicamenteuse lors de l'adjonction d'un traitement psychologique. De plus, il est identifié que le taux de décrocheurs au traitement médicamenteux semblait plus faible lors de plus de 12 semaines de psychothérapie. Ainsi, l'observance comme remarquée dans notre étude est renforcée par le suivi psychothérapeutique et la présence régulière de l'humain. Cette étude montre aussi le bien-être et le supplémentaire effet par rapport au médicament du fonctionnement social par la thérapie psychique. Ce que les patients attendent dans notre étude.

Une étude menée à la faculté de Rouen a énoncé le fait que lors du remboursement de deux séances de psychothérapie, 58% des patients continuaient leur prise en charge lorsqu'elle était mixte. Ils ont pu donc découvrir la psychothérapie et la poursuivre. Notre étude montre le même fait, les femmes sont plus volontaires à répondre à ces questionnaires et plus orientées dans la santé mentale. De plus, l'étude faite souhaitait quantifier la continuation du traitement médicamenteux en fonction de la prise en charge. Notre présente étude montre la corrélation entre la durée de traitement médicamenteux et psychologique. Ainsi un lien est établi entre adhérence médicamenteuse et durée de suivi psychologique. A fortiori, ici à plus grande échelle.

Les acteurs de santé reconnaissent à pluriels niveaux la souffrance, ils cherchent ensemble des solutions et posent une invisible barrière protectrice contre la souffrance. La proximité et la confiance accordée envers les soignants, la reconnaissance familiale, amicale, aident le patient. Ainsi protégé, il accordera plus de temps et d'espace à sa santé.

L'orchestre actif, par sa pluralité, aide d'autant plus le patient. Si lui-même reconnaît sa souffrance alors un pas thérapeutique vers sa rémission se met en place de manière grandissante.

Nous observons une durée identique pour les deux traitements lorsque le patient se sent aidé ce qui mime l'efficacité de la complémentarité.

Une autre étude réalisée caractérise 200 patients répartis en trois catégories : une avec de la nefazodone (non commercialisé en France antidépresseur apparenté aux tricycliques), une classe pratiquant une TCC avec des ajouts de caractéristiques de thérapies interpersonnelles et un groupe faisant les deux thérapies. Ils ont prouvé que sur une dépression chronique, le taux de rémission était plus rapide et plus important lors de l'association des thérapies comparé à chaque thérapie seule. D'autres études montrent que l'efficacité semble d'avantage marquée lors d'une dépression chronique et avec des critères de gravité supérieure. Ainsi, cette prise en charge mixte semblerait dépendante de la chronicité et de la gravité des symptômes (DE MAAT *et al*, 2007).

Deux logiques sont posées ici :

- Au **besoin de parole** répond notamment le psychologue clinicien. De plus, par sa pensée de future consultation, le patient intellectualise, note ce qu'il pourra dire.
- Au **besoin d'allègement quotidien** répond le traitement médicamenteux. Il aide, rassure le patient tous les jours. Le savoir de la présence du traitement en cas de besoin est un fait majeur. De plus, prendre un traitement quotidiennement rappelle la pathologie mais fonde aussi un espoir quotidien d'allègement de la souffrance.

A une situation précaire et d'isolement répondent les professionnels de santé. En cas de grande précarité sociale, une assistance sociale peut être envisagée. La logique d'isolement et le vécu abandonnique peuvent être levés grâce à l'aide des acteurs de santé, notamment grâce au médecin psychiatre et au psychologue clinicien par leur humaine présence. La nécessité de se rendre sur le lieu de consultation, convie le patient à sortir de chez lui, il lutte ainsi contre cette envie de solitude initiée par la pathologie.

Concernant le fonctionnement et la qualité de vie, la double prise en charge semble déterminante. En effet, cette prise en charge mixte diminue plus que chaque prise en charge les symptômes dépressifs (KEMENOV *et al*, 2017). De plus, les coûts de santé semblent réduits par une prise en charge double du trouble dépressif caractérisé (HAMISH *et al*, 2006).

La question du dualisme soma et psyché se développe aussi ici. Cette vision complémentaire est associée à une (di)-vision de l'appréhension de la dépression. Ces visions certes divisées ne sont pas contradictoires, nous l'avons vu, elles se complètent. Ainsi, nous démontrons une efficacité de la prise en charge pharmacologique et psychologique des patients adultes atteint d'un trouble dépressif caractérisé.

Notre échantillon n'est pas représentatif de la population des patients dépressifs. Il est composé de majorité de femmes entre 18 et 29 ans au vu de son mode de collecte. Les femmes ont plus naturellement répondu à ce questionnaire. Les pharmaciens se sont tournés naturellement plus vers elles afin d'obtenir des réponses. Les hommes dans le cadre du trouble dépressif sont plus discrets que les personnes de sexe féminin. La collecte papier dans les pharmacies comporte la limite de la sélection du pharmacien qui a accepté de compléter les questionnaires. De plus, il a lui-même choisi les patients auxquels les distribuer. Les biais de sélection en plus de la distribution sur les réseaux sociaux confère une autre dimension d'erreur. La sélection des patients pose un biais majeur dans notre étude. Une seconde limite est la non-utilisation des mêmes logiciels de récupération des données. En effet, Survey Monkey et google forms mentionnaient tous deux la mention « je ne suis jamais allé chez un psychologue » à la différence de la version papier. En revanche, la version Survey Monkey proposait la multitude de réponse quant à la question du professionnel de santé que ne proposait pas google forms. Des dimensions fausses existent toujours vis-à-vis de la compréhension des questions par les patients.

Il aurait été intéressant d'étudier la provenance de l'ordonnance pour connaître la proportion de patients suivis en psychiatrie et ceux suivis par un médecin généraliste. De plus, la connaissance de l'aide apportée par le médicament n'a pas été posée. Elle semblait prosaïque cependant elle est importante à la fin de ce travail. L'étude des durées de traitement mériteraient d'être étendue, pour plus de précision. La question du financement par la sécurité sociale de 8 séances de psychothérapie va-t-elle inciter les patients à aller voir un psychologue clinicien ? Et donc moduler ces chiffres ? Dans quelques années, il serait intéressant de renouveler cette étude afin de visualiser les impacts socio-économiques de ces nouvelles mesures.

A la conjugaison de la lumière et des ténèbres du *soleil noir* de Nerval, la clinique psychiatrique se positionne en une entité englobant la pratique médicale chez Henri Ey.

Ce sont les tourments et les tornades d'une vie qui déplorent sa lecture et ce sont eux qui laissent place à son écriture (GAILLARD, 2022). Le remplacement d'une chose par un mot est la fonction propre du langage. Sa magie, rendre compte du réel tout en le faisant disparaître. Clarté et obscurité miment la même fonction linguistique.

« Mes œuvres sont les enfants de ma connaissance et de ma douleur », « le malheur est l'unique stimulant qui nous reste. » (SCHUBERT, 1816)

A l'absence totale de longueur d'onde, peut se déloger grâce à la créativité un micromètre de luminosité. L'allègement de la souffrance par le médicament joint à la réanimation humaine et à la parole libératrice mènent à faire tinter de nouveau la cloche vitale. Frigorifié, le patient va se confronter à la vie autour de lui, s'en inspirer et grâce aux sciences et à sa volonté, progressivement se libérer. Le pharmacien délivre un médicament comme les cliniciens délivrent chaque patient dans sa singularité.

Faire de la tragédie un objet créatif, transformer la noirceur en une lueur.

Annexes

« Qui cherche la vérité de l'homme doit s'emparer de sa douleur »

Georges BERNANOS, 1929

« Le temps s'en va, ou plutôt l'être s'en va, et c'est le temps même.

Le temps est le deuil de l'être. »

André COMTE-SPONVILLE, 2022.

*« C'est une maladie particulière, et qui ne se voit en aucune autre créature, de se haïr et
dédaigner.*

C'est de pareille vanité, que nous désirons être autre chose, que ce que nous sommes. »

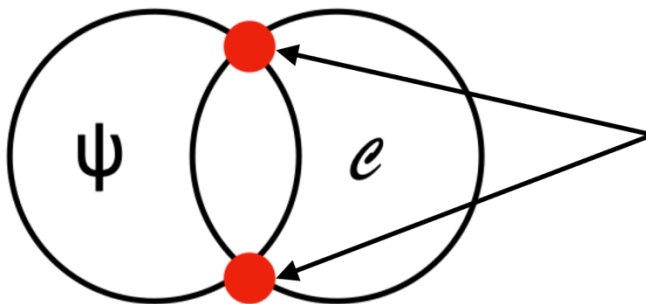
Michel de MONTAIGNE, 1580.

« C'est donc à juste titre que l'on peut comparer l'activité médicale du psychanalyste au travail du chimiste et cette analogie nous incite à ouvrir de nouvelles voies à notre thérapeutique. »

Sigmund FREUD, 1919

Pourquoi s'entêter à *dissoudre* l'unité ? Corps et Psyché sont liés, pourquoi vouloir les détacher, blesser l'intégrité de l'humanité ?

Le corps biologique, chimique ne peut sentir son âme arrachée. Le soma sans psyché ne peut élaborer sa spécificité. Les lois physico-chimiques régissent l'être, concèdent l'analyse du matériel vivant. Analogiquement, les fonctionnalités neuronales et la pensée n'agrèent être *dissociées* (BOURGUIGNON, 2015). Chimie et psychanalyse sont *coalemment liées* (C-ψ) leur intrication, ubiquiste. Le corps humain ne se réduit à des réactions moléculaires. L'entièreté de la psyché doit être considérée.



Formation d'une **liaison covalente** : chimique fortement énergétique entre deux non-métaux. Celle-ci est basée sur un échange bilatéral d'électrons célibataires (représentés en rouge) (RASKIN, 2010).

Figure 53 : Lien entre la psychanalyse et la chimie

Les premières expériences du père de la psychanalyse avec la chimie débutèrent à l'issue de ses études médicales. En effet, Sigmund Freud, « Cipiön » s'est trouvé lié dès l'initiation de sa pratique avec les sciences pharmaceutiques. Sa première rencontre avec le pharmacien Ernst Ludwig, en 1881, met en avant son attachement aux cheminements nerveux. Les tissus préparés par la méthode d'Erlicki étaient colorés par du chlorure d'or et de l'iodure de potassium, découverte freudienne source de fierté, qui fut finalement discréditée. Cette collaboration précoce modifia le rapport de Sigmund Freud avec le champ chimique. Ses diverses études sur les gaz lui insufflèrent notamment les règles et propriétés enchaînées à cette discipline scientifique qu'il réutilisera.

Sigmund Freud énonce ne pouvoir songer à cette période de vie qu'il qualifie de sombre dans *l'interprétation des rêves*. La présence onirique de cette science est cependant révélée lors de son exercice (MAYER, 1996).

Témoignage de son inconscient lors de l'élaboration de son art ?

Cette période serait-elle la consécration aux parcelles vocables chimiques dans ses théories ?

A l'âge de 26 ans, Sigmund Freud abandonne le laboratoire chimique dans lequel il exerce afin de poursuivre et d'envisager de futures recherches cliniques. Ses travaux sur la cocaïne sont des exemples substantiels à l'avènement de ses investigations. La cocaïne exaltait selon lui les fonctions psychiques et amoindrissait la neurasthénie tout en comblant une lacune thérapeutique (COBLENCE, 2002). Une monographie de cette molécule fut rédigée en 1884, elle affiche la volonté et la dévotion de Sigmund Freud aux fondements, aux racines des matières de quelque nature soit-elle (La psychanalyse s'intéresse aux origines des faits psychiques. Mais son fondateur s'est aussi intéressé aux fondements chimiques). On remarque que cet alcaloïde y est cultivé dans les moindres détails botaniques (Mayer, 1996). Malgré ces « échecs » chimiques, l'« *allotrion* » ressenti pour cette discipline, nous observons l'abondance de traces de cette époque dans son œuvre. (COBLENCE, 2002). La théorie psychanalytique en est truffée. La mosaïque formée par la psychanalyse et la psychopharmacologie s'est alors élevée.

Homéostasie

L'humain ne cherche-t-il pas au quotidien à établir une proportionnelle balance équilibrée ? Sur une ligne de crête, l'Homme semble en quête d'harmonie entre son monde et ce qu'il est.

La *stasis* grecque additionnée du préfixe *homoeo*, le semblable circonscrit l'homéostasie. L'usage commun de l'homéostasie dans l'œuvre freudienne ainsi que dans la biologie est une preuve de l'emprunt de Sigmund Freud au vocabulaire scientifique. L'organisme se lie à chaque instant à une ouverture vers l'extramuros. Sans l'extérieur comment respirer, se nourrir, boire, assouvir ses besoins vitaux ? Les sciences définissent différentes profondeurs homéostatiques. Cette dernière est définie comme une « tendance de l'organisme à maintenir ou à ramener les différentes constantes physiologiques (température, débit sanguin, tension artérielle, etc.) à des degrés qui ne s'écartent pas de la normale. » (CNRLT).

Illustrons l'homéostasie par l'exemple de l'hydratation aqueuse indispensable à l'humain. Au cours d'une vie, la quantité d'eau corporelle varie, et connaît son apogée chez le nourrisson. On considère le compartiment intra-cellulaire et le compartiment extra-cellulaire dans lequel l'eau siège. Une complexité est cependant introduite puisque les cellules ne sont pas composées uniquement d'eau. On considère l'osmolalité comme la concentration de particules dissoutes (telles que des Na^+ , K^+ , les ions bicarbonates...) dans un litre d'eau exerçant un pouvoir osmotique réel par rapport aux molécules d'eau. On note un système d'autorégulation afin d'obtenir un bilan hydrique constant. Les apports hydriques exogènes ainsi que l'eau endogène sont contrebalancés par l'expiration, l'émission d'urines, la transpiration. L'ADH aussi nommée vasopressine, hormone hypothalamo-hypophysaire régule en fonction des apports et des pertes l'excrétion rénale ou la nécessité d'apport d'eau par l'induction d'une sensation de soif.

L'organisme a su mettre en place une variété de systèmes de régulation, l'exemple de l'équation d'Henderson-Hasselbach suggère une quotation de l'équilibre acido-basique, le métabolisme cellulaire génère de manière constante des protons. Ainsi, afin de maintenir un pH constant, différents organes opèrent. On répertorie des tampons intra ou extra-cellulaires dans un but modérateur à court terme, une adaptation ventilatoire (réaction de l'anhydride carbonique et élimination du CO_2) en cas de surcharge acide dans une échéance intermédiaire. A plus long terme, le rein agit sur la réabsorption des ions bicarbonates et la sécrétion des protons. En cas d'échec de ses systèmes de compensation, l'équilibre, l'homéostasie est rompue et une alcalose ou une acidose peut survenir.

Freud exprime via le *principe de constance* une recherche d'équilibre, l'établissement d'un niveau énergétique minimal persistant. Ce principe du Nirvana justifie le processus de décharge convoyé de satisfaction et un processus de défense qui remédie aux excès de félicité. De ce principe découle le principe de plaisir-déplaisir. L'éviction du déplaisir s'institue durant chaque instant menant à une excitation pénible pour l'individu. Ce principe du plaisir régit le fonctionnement inconscient (LAGACHE, 2019).

L'homme homéostatique, un homme idéalisé ?

Plaisir et déplaisir comme deux rives d'un même fleuve, semblablement à Eros et Thanatos. Le sujet est pris entre ces deux eaux. La cohabitation du plaisir et du déplaisir est dans tout acte. Le déplaisir est obstacle au plaisir. Dualisme pulsionnel, Freud tend à expliciter le fait que tout

acte conduit vers le malheur discréditant ainsi le paradis homéostatique attendu. Face à la perte de ce jardin d'Eden, l'expulsion de ce dernier de l'existence projette l'individu vers une régulation allostatique. Il s'agit d'un faux équilibre insidieux et particulièrement destructeur pour l'individu et son entourage. Sigmund Freud pense la pulsion de mort comme muette et interne devenant bruyante lors de son déplacement vers l'extérieur.

L'objectif du clinicien vise à la diriger vers la créativité, une sorte de sublimation de la destructivité, un accord entre Eros et Thanatos, dans l'objectif de réorienter son patient vers la vie (ANSERMET, 2020).

Communauté structurale

« *Rien ne se perd, rien ne se crée, tout se transforme* », est un axiome dispensé par l'éminent chimiste Antoine Lavoisier à propos de la conservation de la masse lors de changements d'état. Cette phrase semble déterminante lors de l'exposition des théories pulsionnelles psychanalytiques.

Comme nous l'avons étudié précédemment, la pulsion se décompose en trois éléments enchevêtrés : son objet, son but et sa source (CHABERT, 2020). L'objectif énergétique est la réduction d'une tension. Le principe actif dans le médicament a pour fonction une diminution de la symptomatologie. La source de la pulsion semble somatique tel que la décrit Sigmund Freud, il pointe la racine pulsionnelle comme excitation interne. La douleur, le symptôme forgent la prescription et l'administration médicamenteuse. Une congruence des finalités. Les médicaments exercent leurs actions via différentes cibles. C'est tantôt par un effet agoniste tantôt par un antagonisme avec son récepteur (RCPG ou liés à un canal ionique par exemple, interagissant avec l'ADN), par une interaction avec un canal ionique, ou avec des transporteurs moléculaires ou des activateurs ou inhibiteurs d'enzymes qu'ils foudroient le flux pathogène. Analogiquement à la pulsion, la molécule administrée a un objet qui semble être la circulation sanguine liée à une cible particulière dans le cadre pharmaceutique. Le franchissement de la molécule s'effectue généralement par les bordures en brosses des entérocytes. Le transport vers le filtre sanguin suscite la systémicité du passage (variable selon la voie d'administration, ici si oralité de la prise). La source moléculaire est contraire à l'endogénicité de la source pulsionnelle. Cette source est exogène par essence puisqu'administrée au moyen de médicaments. Elle peut avoir comme fonction supplémentaire un renforcement d'une fonction comme naturelle la corticothérapie l'illustre.

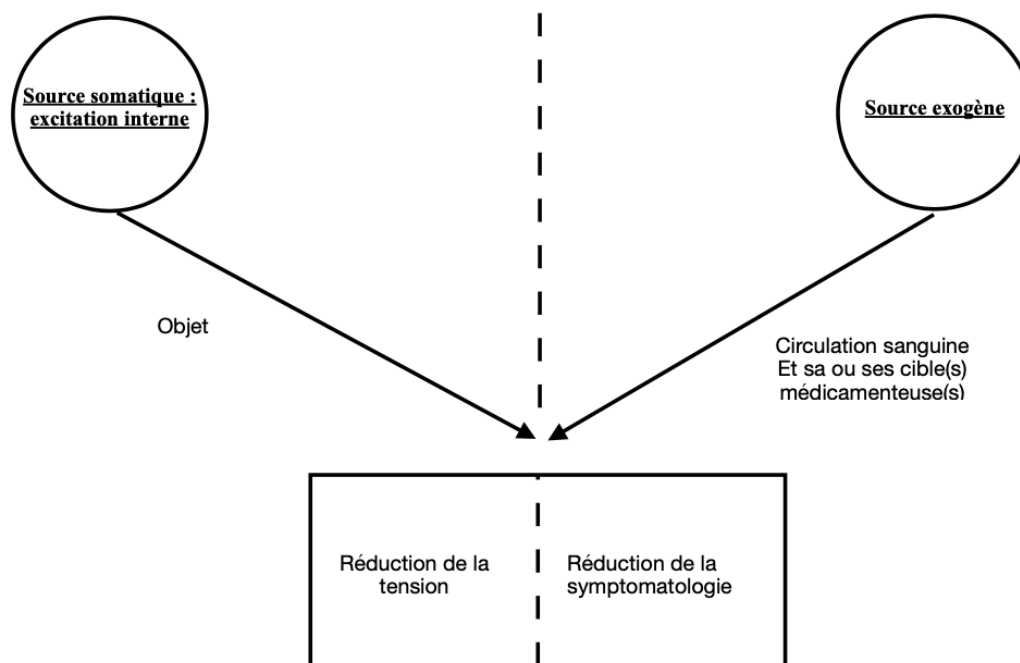


Figure 54: Schéma architectural d'un pulsion psychanalytique (à gauche) et son pendant médicamenteux (sur la droite)

Destin pulsionnel

Déchargée, vectorisée, la libido converge vers la satisfaction, la jubilation sexuelle, ce que l'on nommera l'objet 1, objet capital, dans le schéma suivant. Il est associé à la sexualité et à la recherche de son partenariat. En proie à une frustration objective, le sujet bloqué, privé, dérive naturellement ce flux énergétique vers un fait socialement valorisé : objet 2 (FERRY, 1998). Freud propose comme quintessence de cette étape sublimatoire la religion. Raffinement de pulsion sexuelle vers la créativité, voilà le destin libidinal en absence de satisfaction sexuelle. Lors du trajet du principe actif, le médicament arrive parfois à vaincre les multiples obstacles. Le premier passage hépatique peut être stipulé comme branche frustrante. Une fois la molécule absorbée, elle subit généralement un premier passage hépatique qui dégradera tout ou en partie la molécule et affectera donc son passage dans la circulation sanguine. Selon ces obstacles et la pharmacocinétique propre au médicament, les effets en seront modifiés. Le foie se livre comme épreuve vis à vis de réduction de la tension comme peut l'être le surmoi spécifié dans la seconde topique. Nous avons vu l'exemple de la fluoxétine qui inhibe de manière puissante le cytochrome P450 2D6. Ainsi, en fonction de la quantité génétiquement déterminée de cette protéine, les molécules jointes seront plus ou moins actives (si elles sont métabolisées par ce cytochrome).

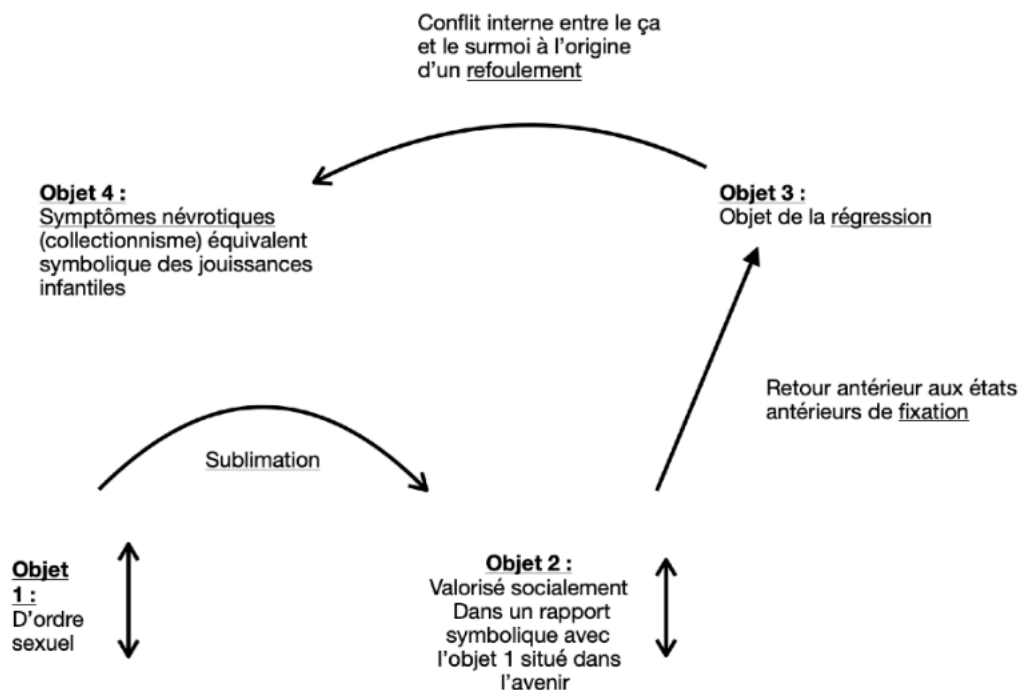


Figure 55 : Destin de la libido génitale selon Luc Ferry

Sublimation

Nous l'avons vu, face à une écluse, le flux peut être dévié, c'est ce que la sublimation suscite avec un objet culturel privilégié. La vectorisation mise à l'œuvre dans ces deux disciplines semble soutenir l'apport lacanien des mathématiques dans la logique psychanalytique.

De l'agglomération à la libération, l'œuvre freudienne est imprégnée de thermodynamique chimique. La pulsion, énergie psychique, est mise en mouvement de manière continue comme des molécules dans leur univers. Trois états de la matière sont usuellement définis : solide, liquide ou gazeux. Leur métamorphose s'expose lors de variations des conditions environnementales. La modulation d'un état est une forme résistante pour la psychanalyse. Il ne s'agit pas seulement d'étudier le système moléculaire ou psychique, mais de songer le patient comme plongé dans la masse, dans son univers en perpétuels mouvements, réalisant des échanges avec le milieu extérieur comme le font les particules chimiques dynamiques.

Le premier principe thermochimique indique que lors d'une transformation chimique, l'énergie totale du système ajoutée à celle du milieu extérieur se conserve. Au cours de cette dernière, l'énergie est convertie en chaleur (Q) ou en travail (W) sans modulation de la quantité totale énergétique. Énergie de transfert, la chaleur émise lors de changement d'états, tels que la sublimation l'impose, ne sont pas combinés à une augmentation de la température, fait exceptionnel des variations étatiques. On parle alors de température constante lors de ces transitions. La réaction de sublimation, le passage de la solidité à la désolidarisation est une réaction endothermique dans laquelle le système gagne de la chaleur sans variation de la température. L'agitation des molécules permet ce changement d'état. Ainsi, avant cette transition, le système augmente en température afin de mobiliser les molécules dans le but de faciliter cette modification.

La chaleur ne dépend que de l'état initial et final (comme les conventions scripturales d'équations symboliques), la détermination de l'énergie interne (U) ou de sa variation dépendent des conditions de pression et de température. L'enthalpie (DH) est une fonction étatique extensive.

La transformation physique opérée lors de cette fluctuation étatique correspond à un réarrangement spatial des molécules ayant pour conséquence une inflexion du volume occupé par ces dernières. La sublimation affecte des molécules immuables et condensées et permet une mobilité et surtout une mise à distance renforcée.

Destin pulsionnel singulier, le cheminement de la pulsion fait référence à une transformation physique.

Dans un univers similaire, la sublimation provoque un état dispersé, distancé. Ce degré de distance entre les molécules peut être illustré par une extension entre les représentations mentales mises en mouvement. Dans le cadre sublimatoire, la matière psychique unit les représentations et ses affects appelés à évoluer (PROUST, 2012).

La théorie du topique princeps de l'appareil psychique Freudienne implique la concurrence de deux régimes complémentaires : le processus primaire relié à un mode de pensée associatif caractéristique typique de l'inconscient dans lequel l'écoulement de l'énergie est sous forme libre et contrôlé par le principe de plaisir. Ce processus est associé à une symbolisation primaire dans laquelle les productions sont des représentations de la chose. Quant au processus secondaire, il est basé sur le principe de réalité, sur une analyse conceptualisée. Cette topique

concorde avec le Préconscient et le Conscient ; avec un écoulement énergétique lié puis contrôlé sous l'influence de multiples expériences mentales mettant à l'épreuve le sujet. Cela soulève chez lui des changements d'états mettant en place diverses voies de satisfaction. La sublimation secondaire les processus psychiques par l'établissement d'un espace entre les différentes représentations. La distance entre les représentations et la qualité de ses associations est une manière d'œuvrer à la classification des processus primaires et secondaires. Plus la distance entre les représentations augmente plus l'état est amené vers l'état gazeux, vers la labilité. A contrario, lors de la condensation, dans le rêve, les représentations sont amenées à la fusion ainsi passant à l'état solide par ce collage représentatif. La pulsion peut se décharger directement, l'énergie est donc libre de s'écouler. Lors de la sublimation, l'évacuation énergétique n'est pas directe, pour cause cet écart suffisant entre les représentations. L'énergie est liée comme l'est un médicament dans la circulation sanguine à certaines protéines (de GELAS, 2017).

Le plasma assure un transport efficace pour les molécules, elles y sont véhiculées sous deux formes : une forme liée aux protéines plasmatiques et une forme libre. L'albumine constitue la protéine de liaison la plus abondante et au vu de son nombre conséquent de sites de fixations, la plus éminente. La forme liée forme une réserve médicamenteuse, seule la fraction libre peut s'engager, se diffuser dans son site d'action et provoquer son rôle. On déduit donc que la concentration des protéines plasmatiques et de ses éléments apparentés est fondamentale afin de ne pas avoir de surdosage ou de sous dosage médicamenteux.

Nous ajouterons le fait pharmaceutique qu'un topique est un médicament d'usage local.

Objet partiel et total, agoniste partiel et entier

Le polymorphisme ainsi que la mouvance de l'objet et ses fluctuations ont rendu possible le travail analytique de Mélanie Klein. Cette psychanalyste post-freudienne se place comme maîtresse d'une révolution psychanalytique à l'origine des notions d'objets internes et externes (PARMENTIER, 2009).

Reprenant l'œuvre Freudienne comme a pu le faire antérieurement Jacques Lacan, elle expose une nouvelle carrure à l'objet dit partiel : son éclosion naît non pas dans la satisfaction mais dans le manque, la frustration. Cet objet primordial semble défaillant dans la clinique kleinienne. Il est fondé sur de premières interactions représentées par l'identification projective.

Sigmund Freud indique que les pulsions sexuelles, la libido, sont chez le petit pervers polymorphe décomposées en multiples pulsions partielles qui tendent par la suite de l'existence à s'unifier. La sexualité est à distinguer de la génitalité dans les théories freudiennes.

Comme nous l'avons vu précédemment, l'enfant est le terrain de jeu de phantasmes mis en acte par le transfert, l'analyse infantile s'envisage alors. Mélanie Klein évoque deux phases : la phase schizo-paranoïde durant laquelle l'objet partiel (généralement le sein maternel) est scindé en un objet bon et mauvais. La pulsion partielle vise l'objet partiel, il s'agit de parties du corps réelles, fantasmées (sein, fécès, pénis) et leurs équivalents symboliques (LAPLANCHE, 1967). L'enfant sera amené à projeter sur ce sein son amour et sa haine, issus d'un clivage, ces objets partiels acquièrent une autonomie et se soumettent aux processus de projection et d'identification. Instituée durant le 4^{ème} mois et durant la première année, faisant suite à la position schizo-paranoïde, la phase dépressive est cliniquement désignée par une angoisse, une peur de la perte de l'objet réunifiée, une peur de la perte de la mère devenue entière : non plus bonne ou mauvaise, mais une mère totale. Une unité s'établit entre les pulsions hostiles et libidinales instaurant l'ambivalence vaincue par divers modes de défenses.

3 phases permettent la circulation sanguine chez le fœtus. La première phase embryonnaire se déroule au cours de la 4^{ème} semaine (analogie entre le 4^{ème} mois et la 4^{ème} semaine), elle provoque la mise en communication des artères et veines primitives avec le tube cardiaque. La circulation fœtale se met en route avec la formation d'un cœur à 4 cavités avec la transition des vaisseaux primitifs en vaisseaux définitifs et enfin à la naissance se meut la circulation pulmonaire à la suite de l'ouverture du canal artériel et de l'interruption de la circulation ombilicale (CIMERIS, 2014).

Des artères succèdent les artérioles et des veines les veinules. Chacun des réseaux veineux et artériels sont liés par la présence de capillaire de densité variable en fonction de leur topos. C'est grâce à ces ramifications que les échanges d'éléments nutritifs et d'oxygène s'élaborent (DREYFUS, 2017). Une harmonie éclot entre la scissure objectivale et sanguine.

Rapporté au médicament cette expérience du développement infantile peut être illustrée par le fait que le couplage d'un récepteur à un effecteur est caractérisé par son activité intrinsèque. De celle-ci dépend son effet entier ou partiel, dont alpha est le symbole. Dans le cas où alpha est égal à 1 on parle donc d'agoniste entier, en-dessous de 1 il s'agit d'un agoniste partiel. Les

notions d'affinité et d'activité intrinsèque sont indépendantes. En effet, un agoniste entier peut avoir une activité intrinsèque maximale en ayant un nombre limité de récepteurs activés. La proportionnalité de l'activité intrinsèque et de l'occupation des récepteurs s'envisage pour les agonistes partiels. Malgré un taux d'occupation identique à leurs confrères entiers, ils ne peuvent prétendre à la même efficacité, leurs charges occupationnelles doivent être supérieures aux agonistes entiers pour avoir une similitude d'efficacité.

Notion de complexes

La notion de complexe renvoie à de plurielles branches chimiques, celles de la chimie analytique et inorganique notamment. D'un point de vue moléculaire, un complexe est un édifice poly-atomique organisé sous forme d'un atome ou ion central autour duquel sont coordonnés des atomes, des ions ou des molécules.

Cette architecture est neutre ou chargée. Généralement un cation (métallique) s'empare de la place centrale et les anions ou d'autres molécules saisissent la fonction de ligands de coordination (aptés à livrer un double électronique au cation métallique). Cette ossature se structure via des liaisons de coordinence. Lorsqu'une unique liaison forge ce complexe, il est dit simple et est nommé chélate ou complexe interne lorsqu'il se complexifie (au moment où plusieurs liaisons coordinatrices). Un ligand capable de céder plusieurs doublets est énoncé polydente.

Plurielles applications des chélates ont été répertoriées. En toxicologie, l'arsenic élabore avec un agent chélateur soufré un complexe afin de piéger ce métal circulant et favoriser son élimination rénale. Le dimercaprol est employé, le DMSA aussi, il sera le chélateur de choix lors d'une intoxication subaiguë ou chronique à l'arsenic favorisant l'élimination biliaire de ce poison des rois.

La pharmacologie examine de près ces interactions. Un exemple est celui de la chélation entre les fluoroquinolones et les topiques gastro-intestinaux à base de magnésium, de fer... La formation d'un chélate insoluble avec ces derniers réduit considérablement la biodisponibilité des fluoroquinolones. De même, les bisphosphonates pour lesquels la résorption est naturellement très faible est minorée par l'alimentation et surtout par la formation de complexes avec les ions divalents calciques.

Sigmund Freud semble réservé quant à l'usage du terme complexe. Cependant, trois significations psychanalytiques ont été mises à jour selon le Vocabulaire de la psychanalyse de Jean Laplanche et Jean-Bertrand Pontalis. Le complexe désigne un arrangement de chaînes associatives (analogie avec l'ensemble poly atomique chimique). Joseph Breuer insère ce terme dans *les études sur l'hystérie*, et évoque un « grand complexe de représentations » au devenir inconscient et l'oppose aux représentations isolées à même de parvenir à la conscience (FREJAVILLE, 2002).

A visée de seconde définition, la phrase freudienne suivante illustre parfaitement ce complexe : « *Toutes ces maladies proviennent de ce que ces personnes ont réussi à tellement refouler certains souvenirs et représentations fortement investies d'affect, ainsi que les désirs édifiés sur ceux-ci, que le tout ne joue plus aucun rôle dans leur pensée... C'est de ce matériel psychique refoulé, de ces "complexes", que proviennent les symptômes somatiques et psychiques qui tourmentent les malades, tout à fait à la manière d'une mauvaise conscience* » dans *la psychanalyse et l'établissement des faits de matière judiciaire par une méthode diagnostique*, 1906. Puis poindront les complexes de castration, d'Œdipe ou nucléaire (en référence à la physique nucléaire qui s'attache à étudier le noyau atomique), maternel, paternel...

Au début de son étude, Sigmund Freud formula le complexe d'Œdipe comme une tendresse de la jeune fille envers son parent du sexe opposé et du jeune garçon envers sa mère. Cependant à cette tendre tendance, des manifestations hostiles chez l'enfant envers le parent du sexe similaire s'amoncelleront. L'ambivalence proémine. L'observation révèle un développement de l'hostilité envers les deux parents faisant éclore la bisexualité chez l'enfant. L'enfant renoncera ensuite à son premier choix d'objet maternel organisé comme complexe de castration issu du complexe Œdipien. L'asymétrie des sexes dans cette complexité fut étudiée. La difficulté féminine à s'extraire de ce complexe d'Œdipe est mis en lumière. La jeune fille n'ayant, comme son objet maternel, un phallus, elle part à sa conquête via son père ou sa figure. La place paternelle est capitale dans la psychanalyse. On identifie le père *symbolique* puis la fonction du *Nom-du-père*, le père *imaginaire* comme figure de maître et le père *réel* chez Jacques Lacan (VANIÉ, 1996).

Instants ombragés délaissés par la science, voilà l'intérêt maître de la psychanalyse. Nous voyons ici l'influence de la chimie lors de la quête des profondeurs psychiques.

« Nous ramenons les symptômes aux émois instinctuels qui les ont motivés et, de même que le chimiste décèle dans un sel l'élément chimique rendu méconnaissable par sa combinaison avec d'autres éléments, nous faisons apparaître dans les symptômes présentés par le malade, les facteurs instinctuels jusqu'alors ignorés du patient. »

Sigmund FREUD, 1919

Place de la sexualité dans l'intimité

La concentration émotive et sensitive semble enrichie par un fructueux partage sentimental et émotionnel. Dans le cadre érotique, les capacités communicatives, la confiance accordée, l'ouverture physique et psychique se nouent vers un rapprochement charnel satisfaisant. Malgré la commune réduction de l'intimité sexuelle à la génitalité et la corporéité, de larges dimensions composent son entité (GAGNON et al, 2006).

La liaison partenariale a pour nature le développement des projets communs. L'intimité dérive du latin *intimus*. Elle a, dans un premier temps, signifié l'ami en lequel une puissante confiance était concédée. Puis, de la préciosité du lien amical, un glissement s'est initié vers la superlativité du terme - *in* - time - et ainsi vers la notion de profondeur. L'intime : le « plus en dedans ». Actuellement représentée par la fine connaissance de son semblable, des partenaires dit « intimes », semblent liés par leur confiance réciproque. Privilégiée, cette intériorité approfondit les détails vitaux de chaque humanité. La notion de secret est renvoyée. *Secerno* (séparer, par définition), le secret ne sera dissimulé. Ainsi sous-tendu la préservation de la dynamique relationnelle. C'est au travers de ce contexte sécurisant que s'éveille un réciproque désir de savoir. Intériorité et secret accentuent la dimension de l'intimité. En effet, le secret anime de manière quasiment muette la part séductrice de l'Homme. L'association du secret au manque et à la séduction fondent les prémices de l'intimité (CHEVALERIAS, 2003).

De nos jours, la libération de la sexualité et sa signification ont modifié son paradigme. A la sauvegarde de l'espèce, se sont allongées la réalisation de soi et la satisfaction. Cependant, la fragilité géométrique de l'activité sexuelle est frappée par la labilité de la vie des sujets. Deux enjeux envahissent nos sociétés, un enjeu relationnel se mêle au sexuel. Parallèlement aux changements corporels et relationnels, l'activité sexuelle se métamorphose au cours de l'évolution de l'intimité de la liaison. Une proportionnalité entre relation amoureuse épanouie et réciprocity sexuelle a été démontrée. Cette association est loin d'être linéaire et d'une pure objectivité. L'aspect intime, étant une totale mise à nu, un dévoilement de deux vulnérabilités. Espace imagé de plaisir, parfois d'attachement et d'union, chaque entité, par l'intériorisation de ses expériences et de ses figures d'attachement (notamment infantiles) apporte à la relation une pointe supplémentaire à l'individualisation de cette dernière. Otto Kernberg, dans les

années 70, à la suite d'études sur le choix inconscient du partenaire et l'identification à la complémentaire part réprimée de chacun dans son alter, analyse les relations entre l'enfant et la personne s'en étant occupé. Moteur selon lui de l'activité sexuelle.

La fusion corporelle, la complémentarité des corps suggèrent le plaisir en dérivé du désir envers le ou la partenaire. Quelquefois lors de manifestations de tendresse, d'attention, de reconnaissance, la dimension soignante s'exprime d'où émanera la maturité amoureuse. Lors de relations amoureuses, l'intimité sexuelle rime avec intimité émotionnelle. Parfois, l'idéalisation corporelle permet de perpétuer la part d'humilité, de gratitude, d'acceptation de la dépendance et de l'incertitude. Lorsqu'elle exprime la vitalité de l'union, l'activité sexuelle établit un pont entre quotidienneté et besoins individuels profonds. L'épanouissement sexuel préserve le *self*, répare parfois les vécus abandonniques et parfois renouèle le bien-être. Le mariage soma, psyché revitalise. Conducteur de plaisir et de reconnexion, la sexualité par une communication empathique, honnête et respectueuse décèle dans le sel relationnel l'essence de la reconnaissance (de SETTON, 2018).

L'époque moderne et sa postérité exigent de la vie sexuelle une satisfaction. Synonyme d'une autonomie de vie, elle caractérise la qualité d'une « bonne » vie. Elle élève la création de chacun en mythe pour qu'ainsi parvienne le contentement sexuel. A la représentation de l'autodétermination et de l'autonomie coïncide une conception libertaire et subjective des relations sexuelles (KRUGER-KIRN, 2017). La succession des événements de la vie consolide ou non la sexualité. La procréation marque un tournant dans l'existence et une inégalité identitaire marque la sexualité. Lors de la maternité, la femme oscille entre mère et femme. Sans désir sexuel, son identité sociale peut ne pas être touchée à la différence de la masculinité qui lui y perçoit une menace de son intégrité (BOZON, 2001). Parfois, le désir devient personnel, individuel. L'asymétrie relationnelle se renforce. Les fluctuations régulières de la vie sexuelle symbolisent le courant mouvant de la vie humaine généralement vécue.

Dépression et sexualité

Régulièrement nouée à une perturbation du désir sexuel, la dépression peut se positionner en cause ou conséquence de ce déficit. Irréductible à la fonction sexuelle, la réflexion clinique de l'anhédonie explore le versant sexuel inhérent à une humeur dépressive (AUBRY, 2000). Rare expression spontanée de la part des patients sur la sexualité, les psychiatres ou psychologues

cliniciens initient régulièrement cette investigation dans le cadre de leurs fonctions thérapeutiques. L'intérêt sexuel est à singulariser de la notion de désir, et cerne de manière plus centrée la libido, l'activité sexuelle en elle-même, l'excitation et le plaisir. Afin de déployer une vision thérapeutique globale, la prise en considération des difficultés sexuelles des patients est fondamentale. Certains patients présentent des facteurs de risque suicidaire causés par cet aspect sexuel. Peu d'échelles intègrent actuellement cette dimension. Celle de Beck est particulièrement pertinente dans le cadre de troubles notés par le patient. Elle scinde la dramatisation du symptôme par le soigné et sa banalisation. De plus, des outils d'évaluations propres à chaque genre ont été élaborés afin de spécifier l'importance clinique des troubles sexuels féminins ou masculins (CHEVRET-MEASSON, 2000). L'ASEX est une échelle validée chez l'homme dépressif prenant en compte divers facteurs du fonctionnement sexuel (LAFORGUE 2020).

Socle d'un partenariat sexuel, la croyance est celle du formalisme, ou dans le cadre d'un couple de « devoir conjugal ». Désormais règne en maître l'injonction d'une sexualité harmonieuse et performante. Elle fait cependant resurgir les vécus abandonniques, un sentiment d'insécurité et au-delà une mise en danger. Lorsque la sexualité fait défaut, la conscience se réveille. L'abord de la sexualité semble parfois plus simple à évoquer que les difficultés relationnelles qui dénaturent l'attachement et l'engagement, vecteur de l'intimité. Catalyseur, l'union sexuelle tendue, laisse croire que la simple résolution sexuelle déléstera toutes les questions relationnelles. Parfois, l'absence de verbalisation des difficultés relationnelles détourne ce tourment en des maux corporellement parlants. Le dysfonctionnement sexuel dont certains font face peut accompagner une réelle détresse psychique (de TROZ, 2015).

L'acte sexuel, peut être décomposé en trois étapes : l'intérêt, suivi par les réponses corporelles puis de l'orgasme chez la femme ou l'éjaculation chez l'homme. Qui, en cas de dépression seront potentiellement bouleversés. Son entièreté peut être affectée ou une simple fraction peut être touchée par le trouble dépressif ou par son traitement.

Antidépresseurs et fonction sexuelle

Doublement paradoxale, la situation des antidépresseurs a cet objectif principal d'atténuer la souffrance dépressive mais, ces derniers peuvent parfois engendrer des troubles de la sexualité. La bidirectionnalité des troubles sexuels entre dépression et son traitement est bien connue.

Le risque est lui aussi double puisque les conséquences sur les fonctions sexuelles des antidépresseurs, favorisent une non-observance aux traitements. Ainsi, la récurrence des idées suicidaires est accrue et une plus grande perturbation de la qualité de vie déjà endommagée par le trouble dépressif caractérisé, observé (LICITSYNA, 2011).

Le désir et la motivation des comportements sexuels sont liés au centre dopaminergique mésolimbique, site de production des endorphines naturelles. La dopamine y exerce une influence stimulante. Le bupropion et les amphétamines modulent positivement ses fonctions. L'excitation sexuelle quant à elle, la lubrification vaginale et l'érection impliquent un mécanisme de vasodilatation des organes génitaux. Médié par le NO, ainsi que par l'acétylcholine, l'organisme est préparé à l'acte coïtal. Les inhibiteurs des phosphodiésterases 5 comme le sildénafil ou le tadalafil, les prostaglandines et la dopamine facilitent l'excitation. L'orgasme et l'éjaculation sont eux inhibés par la sérotonine et facilités par la noradrénaline. On en déduit aisément par le mécanisme d'action des antidépresseurs, ceux qui inhibent ces différents stades, sont pourvoyeurs d'effets indésirables (PORTO, 2014).

Tabous et sous-estimée ces problématiques sexuelles et la chimio-induction de ces dysfonctions sont encore trop peu abordés lors des consultations. Il est évidemment fondamental de distinguer les troubles sexuels liés à la pathologie des troubles iatrogènes.

Les ISRS

La variabilité inter-individuelle, est naturellement observée dans un cadre de soin. Certains ISRS semblent cliniquement plus impliqués que d'autres dans les troubles d'ordre sexuel. La paroxétine est l'exemple littéraire le plus marqué. En effet, la capacité orgasmique se trouve abaissée par son action et la latence éjaculatoire allongée. Par son action sur la NO synthase, elle perturbe la vasodilatation des organes impliqués dans l'acte coïtal expliquant les perturbations qu'elle induit. Lorsque s'ajoute à ces effets un métabolisme rapide du 2D6 par polymorphisme génétique, une amplification des difficultés sexuelles peut être énoncée (PORTO, 2014).

La sertraline modulant les transmissions dopaminergiques à forte dose n'a que peu d'effets sur la sexualité. La fluvoxamine, à l'image de la sertraline module peu la sexualité. De rares cas de stimulations de la sexualité sont identifiées avec la fluoxétine.

Les IRSNA

Concernant les inhibiteurs de la recapture mixtes, la duloxétine est recommandée pour son faible taux d'effets négatifs contrairement à la venlafaxine.

Les autres antidépresseurs

La mirtazapine, bloqueur des récepteurs alpha 2 présynaptiques favorise l'orgasme et allège les dysfonctionnements sexuels. Jouant toutefois sur le système noradrénergique, elle risque d'entraîner des déséquilibres au niveau de l'éjaculation. L'agomélatine n'engendre aucun trouble sur la fonction sexuelle (MARTIN DU-PAN, 2007).

Le moclobémide et la tianeptine provoqueraient des troubles orgasmiques et éjaculationnels. De manière évidente par leurs mécanismes d'action les antidépresseurs tricycliques et les IMAO seraient responsables de tout type d'effets sexuels (CHAUCOT, 2000).

Recommandations

Les antidépresseurs modulant la transmission sérotoninergique par leur inhibition sa recapture sont à éviter lors d'une importance notifiée d'un maintien de la satisfaction sexuelle. En absence d'alternative thérapeutique, le psychiatre privilégie la duloxétine, ou la sertraline et la fluvoxamine et évite la paroxétine.

Afin de contrer ces effets, des stratégies thérapeutiques peuvent être adoptées. Dans un premier temps, une attente de l'amélioration de l'humeur favorisera une reprise naturelle de l'activité sexuelle. Une réduction de la dose peut être envisagée afin de trouver le juste équilibre entre l'absence de symptômes dépressif et une fonction sexuelle individuellement satisfaisante. Une adaptation de la sexualité à la prise thérapeutique puis un changement moléculaire est parfois effectué. Le switch d'un ISRS à la duloxétine ou une prescription de mirtazapine ou de bupropion ou l'addition d'un traitement correcteur comme de tadalafil, sildénafil sont présents dans les recommandations (LICITSYNA, 2011). Il n'est cependant pas conseillé de prendre des « vacances thérapeutiques ».

L'information du patient et la sélection de la molécule la plus adaptée à ses troubles de l'humeur et l'importance de son activité sexuelle dans le maintien de son identité sont signifiants.

	Effets sur la fonction sexuelle
ISRS - Sertraline - Fluoxétine - Escitalopram - Fluvoxamine - Paroxétine	Peu de troubles négatifs induits Peu d'effets négatifs voire induction sexuelle Peu d'effets négatifs observés Effets positifs sur le désir Effet inhibiteur de l'éjaculation et de l'orgasme important
IRSNa - Duloxétine - Milnacipran - Venlafaxine	Pas d'effets négatifs observés Peu d'effets sur la fonction sexuelle négatifs Retard de l'éjaculation observé
Apparentés aux tricycliques - Mirtazapine - Miansérine	Effets positifs, favorisent l'orgasme
Tricycliques - Clomipramine - Amitriptylline - Imipramine	Favorisent l'impuissance, réduction de l'excitation, retardent ou suppriment l'éjaculation et l'orgasme
IMAO - Moclobémide	Effets négatifs sur l'érection et l'éjaculation Sexo stimulant
Sans appartenance - Agomélatine - Bupropion	Pas d'effets négatifs observés.

Tableau 16 : Tableau récapitulatif des effets moléculaires sur la fonction sexuelle

Sources du tableau : MARTIN DU-PAN, 2007, CHAUCOT, 2000, LICITSYNA, 2011, GIULIANO 2013, PORTO, 2014 la multiplicité des sources s'accorde sur certaines molécules à privilégier en cas de troubles chimio-induits indiqués ci-dessous. En gras, les moins vectrices d'effets négatifs sur la sexualité.

Recommandations moléculaires en cas de dysfonctionnements chimio induits :

ISRS : **Sertraline**, fluvoxamine, **fluoxétine**, escitalopram

IRSNa : **Duloxétine**

Apparentés aux tricycliques : **mirtazapine**, **miansérine**

Autres antidépresseurs : **agomélatine**, **bupropion**.

Dépliant à destination des psychologues cliniciens

Antidépresseurs apparentés aux tricycliques

- Miansérine
- Mirtazapine

Ce sont des molécules sédatives et anxiolytiques. Ces médicaments régulent le sommeil et possèdent des propriétés orexigènes.

Ces molécules sont recommandées chez la personne âgée avec des troubles du sommeil.

A prendre au coucher
Favorisent la prise de poids

Autres molécules

- Agomélatine
- Vortioxétine
- Inhibiteurs de la monoamine oxydase : IMAO
 - Iproniazide
 - Phénelzine : disponible uniquement en accès compassionnel

Indiqués dans les dépressions sévères, résistantes et atypiques

Les IMAO entraînent des crises hypertensives si prise d'aliments riches en tyramine tels que les fromages, l'alcool, le chocolat...

Enfants

Le traitement de première intention est toujours la psychothérapie.

La fluoxétine à l'autorisation de mise sur le marché à partir de 8 ans puis sont utilisées la sertraline, paroxétine et escitalopram.

A l'adolescence, le taux de réponse au placebo est de 30%.

Personne âgée

Le risque de chute et de confusion est majoré avec les tricycliques. Il est donc préférable d'instaurer de la mirtazapine et de la miansérine.

Informations complémentaires

- VIDAL : monographies
- Résumés des caractéristiques des produits : RCP des molécules
- Haute autorité de Santé

Ne jamais hésiter à consulter un psychiatre, un médecin généraliste ou un pharmacien !

Femme enceinte

Prise en charge non médicamenteuse recommandée.

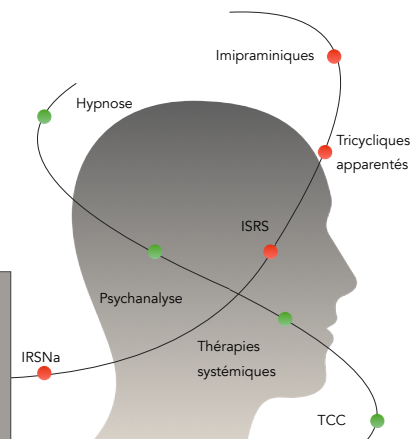
Ne pas hésiter à traiter une femme enceinte car une pathologie dépressive peut altérer le déroulement de la grossesse et le lien mère-enfant.

Aucun lien à ce jour ne peut être établi entre le trouble du spectre autistique et la prise d'antidépresseurs durant la grossesse.

Femme allaitante

Les deux antidépresseurs de choix en cours d'allaitement sont la paroxétine et la sertraline.

Molécules Antidépresseives



Grâce à vos mots, votre présence, vous renforcez l'adhérence !

L'objectif des antidépresseurs est l'augmentation des concentrations sanguines de noradrénaline et/ou de sérotonine. En effet, un déséquilibre entre ces deux neurotransmetteurs est observée dans la pathologie dépressive.

Au vu de leur cinétique particulière, **une action ne peut être attendue avant les deux ou trois premières semaines de traitement.** Afin d'atténuer cette difficulté, des molécules anxiolytiques peuvent être associées. Les benzodiazépines engendrant une dépendance, il convient de les arrêter au plus vite une fois l'efficacité de l'antidépresseur montrée. L'augmentation du risque suicidaire ou l'apparition de réactions paradoxales sont à craindre dans les premières semaines de traitement, c'est pourquoi un suivi par vos soins à l'initiation du traitement est indispensable.

Pour éviter ces difficultés, la posologie doit être augmentée par paliers, et une décroissance progressive et programmée doit se faire pour remédier à de possibles symptômes transitoires de sevrage.

1^e intention : IRSRS, IRSNa voire antidépresseurs apparentés aux tricycliques

2^e intention en cas de résistance ou d'atypicité : antidépresseurs imipraminiques, vortioxétine puis IMAO, agomélatine (parfois combinées ou associées à du lithium ...)

Antidépresseurs imipraminiques

Aussi nommés tricycliques

- Clomipramine
- Amitriptyline

Effets indésirables fréquents nombreux, dose dépendants et bénins

- **Neuropsychiques** : anxiété, sédation, insomnie, baisse du seuil épileptogène, confusion
- **Atropiniques, anticholinergiques** : chute, constipation, sécheresse buccale, tachycardie, rétention urinaire
- **Cardiovasculaires** : hypotension orthostatique, troubles de la conduction et du rythme
- Troubles sexuels, prise de poids

Il convient d'être particulièrement vigilant avec les antidépresseurs imipraminiques car ces molécules ne sont pas spécifiques, elles développent des effets anticholinergiques (chutes, confusions), antihistaminergiques (sédation), et une toxicité cardiovasculaire.

Inhibiteurs de recapture de la sérotonine (IRSRS)

- Paroxétine
- Escitalopram
- Fluoxétine
- Citalopram
- Sertraline
- Fluvoxamine

Inhibiteurs de recapture de la noradrénaline et de la sérotonine (IRSNa)

- Venlafaxine
- Duloxétine

Les gélules de venlafaxine et duloxétine ne doivent ni être ouvertes ni mâchées ni coupées !

Les effets indésirables sont communs aux 2 classes :

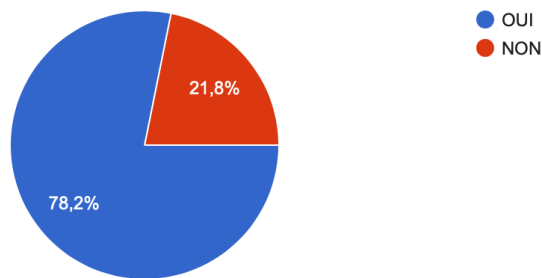
- Troubles **digestifs** : nausées, vomissements fréquents en début de traitement. Ils ne nécessitent pas son arrêt .
- Troubles **neuropsychiques** : asthénies, anxiété, nervosité, agitation, euphorie, troubles du sommeil...
- Perte de poids (fluoxétine) ou prise de poids, troubles sexuels ...

Préférer la prise de la sertraline pendant un repas matinal ou vespéral
La fluoxétine psychostimulante est conseillée avant 16h, une perte de poids est constatée avec celle-ci.
Adapter l'alimentation si prise de poids
Ne pas ouvrir les gélules des IRSNa

Réponses aux questionnaires pharmaciens

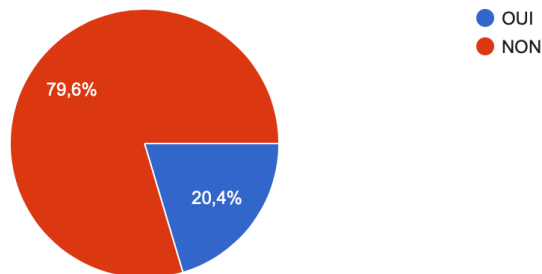
Avez-vous l'impression de voir trop d'ordonnances avec des antidépresseurs ?

925 réponses



Cela vous prend-il plus de temps de délivrer des antidépresseurs ?

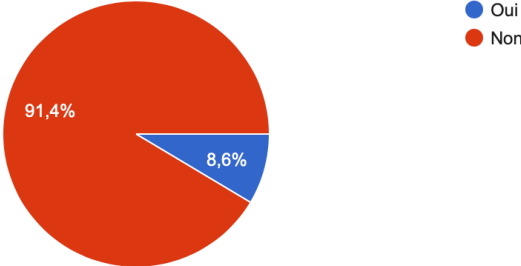
922 réponses



Réponses aux questionnaires des psychologues spécialisés en psychanalyse

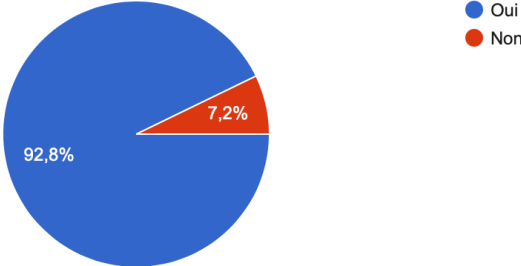
Jugez-vous toujours nécessaire la prescription d'antidépresseurs ?

140 réponses



Conseillez-vous parfois la prescription d'antidépresseurs ?

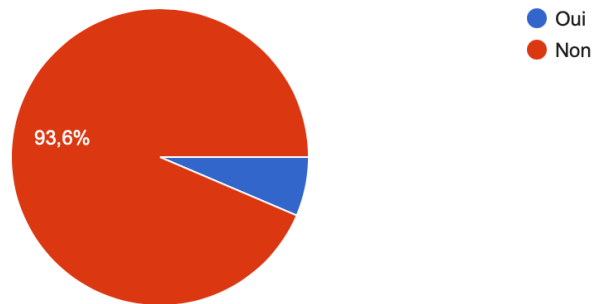
139 réponses



Réponses aux questionnaires des psychologues spécialisés en thérapie systémique

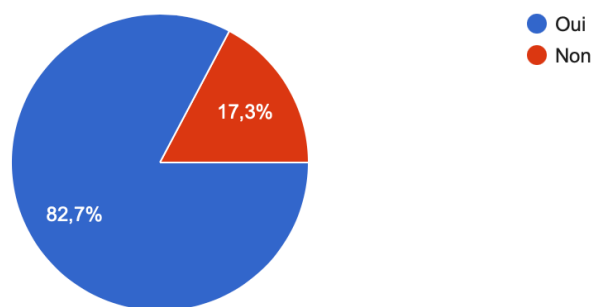
Jugez-vous toujours nécessaire la prescription d'antidépresseurs ?

109 réponses



Conseillez-vous parfois la prescription d'antidépresseurs ?

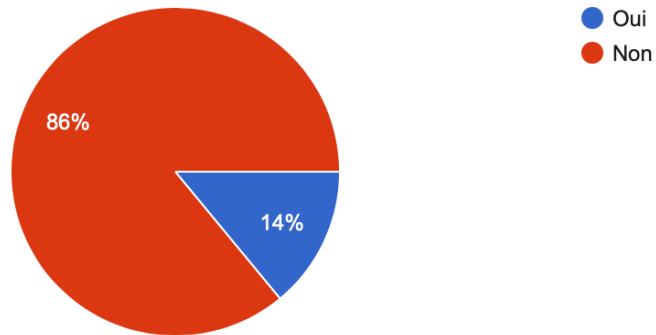
110 réponses



Réponses aux questionnaires des psychologues spécialisés en thérapies cognitives et comportementales

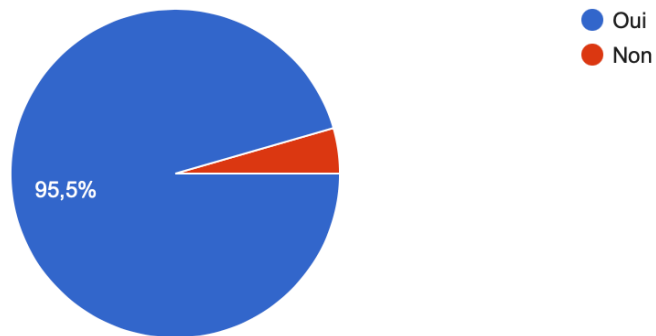
Jugez-vous toujours nécessaire la prescription d'antidépresseurs ?

157 réponses



Conseillez-vous parfois la prescription d'antidépresseurs ?

157 réponses



BIBLIOGRAPHIE

1. Académie Nationale de médecine. Les biomarqueurs en psychiatrie [Internet]. Paris; 2019 nov. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2020/01/Les-biomarqueurs-en-psychiatrie-2019-11-20-VOTÉ.pdf>
2. AFFEP Enquête sur la formation aux psychothérapies durant l'internat. Le psy déchainé. mars 2011;6-10.
3. Alberti O. Petit éloge de la gratitude. Paris: Éditions les Pérégrines; 2021.
4. Alteba S, Mizrachi Zer-Aviv T, Tenenhaus A, Ben David G, Adelman J, Hillard CJ, et al. Antidepressant-like effects of URB597 and JZL184 in male and female rats exposed to early life stress. *European Neuropsychopharmacology*. 1 oct 2020;39:70-86.
5. Amidfar M, Réus GZ, Quevedo J, Kim Y-K. The role of memantine in the treatment of major depressive disorder: Clinical efficacy and mechanisms of action. *European Journal of Pharmacology*. 15 mai 2018;827:103-11.
6. Ansermet F, Magistretti P. Le symptôme entre neurosciences et psychanalyse. *Actualité de l'au-delà du principe de plaisir. Figures de la psychanalyse*. 2020;40(2):101-10.
7. ANSM. RCP Sertraline. In. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0224134.htm>
8. Association nationale des enseignants de pharmacie clinique, éditeur. *Pharmacie clinique et thérapeutique*. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2018.
9. Aubry J-M, Berney P, Besson M, Curtis L. *Psychotropes d'usage courant: guide pratique*. 2017.
10. Aubry M. Anhédonie, désir et dépression. In: *Dépression et libido* [Internet]. Le Bouscat: L'Esprit du temps; 2000. p. 169-75. (Psychologie). Disponible sur: <https://www.cairn.info/depression-et-libido--2913062350-p-169.htm>
11. Azhar Y, Din AU. Brexanolone. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [cité 6 févr 2022]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541054/>
12. Balint M, Valabrega J-P. *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris: Payot & Rivages; 1957.
13. Barillot P. Nature du sinthome. *Champ lacanien*. 2013;14(2):31-7.
14. Barreiros AR, Breukelaar I, Mayur P, Andepalli J, Foster S, Boyce P, et al. Abnormalities in Habenula Functional Connectivity Characterize Treatment-Resistant Depression. *Biological Psychiatry*. 1 mai 2021;89(9, Supplement):S352.

15. Baudrant-Boga M, Lehmann A, Allenet B. Penser autrement l'observance médicamenteuse : d'une posture injonctive à une alliance thérapeutique entre le patient et le soignant – Concepts et déterminants. *Annales Pharmaceutiques Françaises*. 1 janv 2012;70(1):15-25.
16. Béguin T, Laviolle J. À propos du travail de P. Fédida sur la dépression. *L'information psychiatrique*. 2006;82(3):253-7.
17. Benaroyo L. La vocation médicale de l'homme. In: *Les classiques du soin*. Presses Universitaires de France; 2020. p. 109.
18. Benaroyo L. *Soin et bioéthique: réinventer la clinique*. Paris: Presses universitaires de France (PUF); 2021. (Questions de soin).
19. Bénony H, Chahraoui K. *L'entretien clinique*. Malakoff: Dunod; 2020. (Les topos).
20. Berengier Jérémy, DISCHINO Corinne. Guide de conception en ergonomie des situations d'accueil [Internet]. 2015 déc. Disponible sur: https://www.presanse-pacacorse.org/arkotheque/client/presanse/_depot_arko/articles/596/guide-de-conception-en-ergonomie-des-postes-d-accueil-pour-les-preventeurs_doc.pdf
21. Bernanos G, Le Touzé P. *La joie*. 2011.
22. Bernard Brusset. *Psychanalyse, dépression et antidépresseurs*. In: Société Psychanalytique de Paris, éditeur. Saint-Anne; 2020. Disponible sur: https://www.spp.asso.fr/?auteur_du_texte=bernard-brusset&print=print-search
23. Bernhardt J. Georges Gusdorf, *Les sciences humaines et la pensée occidentale*, 4 vol. parus : I. De l'histoire des sciences à l'histoire de la pensée ; II. Les origines des sciences humaines ; III. La révolution galiléenne. *Revue d'histoire des sciences*. 1969;171-9.
24. Beroud J. *Deuil, évolution conceptuelle et nouvelles définitions*. Département de santé mentale et de psychiatrie HUG. 2014;
25. Bioy A, Bourgeois F, Nègre I. *La communication entre soignant et soigné: repères et pratiques*. 3e éd. Paris: Bréal; 2013. (Étudiants en IFSI).
26. Bioy A, Fouques D. *Psychologie clinique et psychopathologie*. 4e éd. Paris: Dunod; 2020. (Manuels visuels de licence).
27. Bisiaux F. La fonction maternante du soin médical. In: *À quel soin se fier ?* [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2015. p. 81-9. (Questions de soin). Disponible sur: <https://www.cairn.info/a-quel-soin-se-fier--9782130631453-p-81.htm>
28. Boeuf G, Collomb B, Devert B, Fleury C, Jollien A, Kahn A, et al. *Eloge de la fragilité*. 2021.

29. Bokanowski T. Le « processus analytique » : une mise en perspective. In 1999. Disponible sur: <https://www.spp.asso.fr/textes/textes-et-conferences/introduction-psychanalyse/1999-2000-de-ladulte/le-processus-analytique-une-mise-en-perspective/>
30. Bourguignon A. La psychanalyse et les sciences. *Le Coq-héron*. 2015;222(3):43-54.
31. Bouvet C. Introduction aux thérapies comportementales et cognitives (TCC) [Internet]. Paris: Dunod; 2020. 142 p. (Psycho Sup; vol. 2 e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/introduction-aux-therapies-comportementales-et-cog--9782100801206.htm>
32. Bozon M. Les cadres sociaux de la sexualité. *Sociétés contemporaines*. 2001;41-42(1-2):5-9.
33. Bruno Mégarbane. Syndrome sérotoninergique [Internet]. 2018 janv. Disponible sur: http://www.orpha.net/data/patho/Emg/Int/fr/SyndromeSero-toninergique_FR_fr_EMG_ORPHA43116.pdf
34. Cabrol-Malka C. Qu'apporte la sculpturation à la thérapie de couple ? Analyse exploratoire et qualitative de quatre situations en thérapie de couple systémique du point de vue de l'observateur et du thérapeute. *Thérapie Familiale*. 2017;38(3):277-94.
35. Caillé P. La relation dans tous ses états. Les objets flottants comme révélateurs de complexité et facteurs de changement. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. 2012;48(1):13-29.
36. Callahan S, Chapelle F. Chapitre 1. L'histoire contextuelle des TCC. In: *Les thérapies comportementales et cognitives* [Internet]. Paris: Dunod; 2016. p. 5-30. (Psycho Sup). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-therapies-comportementales-et-cognitives--9782100742219-p-5.htm>
37. Calvo A, Guinot C. *La psychologie: en 50 notions clés*. Paris: First éditions; 2017. (En 50 notions clés).
38. Canguilhem G. Puissance et limites de la rationalité en médecine. In: *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*. 7e éd. Librairie Philosophique Vrin; p. 408-9.
39. CERÉDéPsy. Code de déontologie des psychologues [Internet]. Disponible sur: http://www.codededeontologiedespsychologues.fr/IMG/pdf/Code_deontologie_psychologue_9-09-2021.pdf
40. CERIMES. Chapitre 10 : Développement de l'appareil circulatoire. 2014;

41. CESPHEM. Rôles du pharmacien [Internet]. 2022. Disponible sur: <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/L-education-pour-la-sante/Role-du-pharmacien>
42. Chabert C. Narcissisme et dépression. Traité de psychopathologie de l'adulte [Internet]. Paris: Dunod; 2019. 438 p. (Univers Psy). Disponible sur: <https://www.cairn.info/narcissisme-et-depression--9782100788460.htm>
43. Chevalérias M-P. Intimité et lien intime. *Le Divan familial*. 2003;11(2):11-23.
44. Chevalier G, Siopi E, Guenin-Macé L, Pascal M, Laval T, Rifflet A, et al. Effect of gut microbiota on depressive-like behaviors in mice is mediated by the endocannabinoid system. *Nature Communications*. 11 déc 2020;11(1):6363.
45. Chevret-Measson M. Les outils d'investigation des troubles sexuels chez le déprimé: de l'intuition à l'évaluation. In: *Dépression et libido* [Internet]. Le Bouscat: L'Esprit du temps; 2000. p. 21-32. (Psychologie). Disponible sur: <https://www.cairn.info/depression-et-libido--2913062350-p-21.htm>
46. Chiland C. L'entretien clinique [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2013. 226 p. (Quadrige). Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-entretien-clinique--9782130621287.htm>
47. CMG. Médecin généraliste dans la prise en charge de la dépression. 2017; Disponible sur: <https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2019/02/La-dépression-en-MG-2017.pdf>
48. CNAM GIS ANSM. Impacts collatéraux de l'épidémie de Covid-19 [Internet]. Montpellier; 2021 sept. Disponible sur: <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/jni/2021/com/jni2021-st1-03-drayspira.pdf>
49. Coblence F. Freud et la cocaïne. *Revue française de psychanalyse*. 2002;66(2):371-83.
50. Code de la santé publique.
51. Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie, éditeurs. *Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie*. 3e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2021. (L'officiel ECN).
52. Comte-Sponville A. *Bonjour l'angoisse!: et autres impromptus*. 2022.
53. *Corps humain*. Nouvelle éd. Paris: Gallimard; 2017. (Vu).
54. Correia-Melo FS, Leal GC, Vieira F, Jesus-Nunes AP, Mello RP, Magnavita G, et al. Efficacy and safety of adjunctive therapy using esketamine or racemic ketamine for

- adult treatment-resistant depression: A randomized, double-blind, non-inferiority study. *Journal of Affective Disorders*. 1 mars 2020;264:527-34.
55. Corruble E. Les antidépresseurs. Paris: Médecine-sciences publications; 2013. (Collection Psychiatrie).
56. Costemale-Lacoste JF, Guilloux JP, Gaillard R. The role of GSK-3 in treatment-resistant depression and links with the pharmacological effects of lithium and ketamine: A review of the literature. *L'Encéphale*. 1 avr 2016;42(2):156-64.
57. CRAT. Antidépresseurs - Grossesse et allaitement [Internet]. 2020 juin 26. Disponible sur: https://lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=20
58. Crocq. In: Manuel de psychiatrie. 4e éd. 2021
59. Danel A, Amariei A, Sayoud A, Danel T, Plancke L. La poursuite de consommation d'hypnotiques initiée lors d'un traitement antidépresseur. *Santé Publique*. 2015;27(6):819-27.
60. Daure I. La thérapie systémique individuelle: une clinique actuelle. Issy-les-Moulineaux: ESF éditeur; 2017. (Collection Art de la psychothérapie).
61. De Gélas M, Parrent A, Bazan A. Les processus primaires et secondaires selon Freud : actualité et pertinence du concept et de sa mesure pour la clinique. In *Analysis*. 1 févr 2017;1(1):46-54.
62. de Maat SM, Dekker J, Schoevers RA, de Jonghe F. Relative efficacy of psychotherapy and combined therapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Eur Psychiatry*. janv 2007;22(1):1-8.
63. de Setton L. La dynamique de la sexualité dans le couple. *Le Journal des psychologues*. 2018;357(5):18-20.
64. de Troz A. Le baromètre émotionnel du désir sexuel. *Cahiers de psychologie clinique*. 2015;45(2):153-64.
65. Delourme A. La souplesse du cadre. *Gestalt*. 2003;25(2):29-47.
66. Desmeules Jules. Interactions médicamenteuses et cytochromes P450. HUG [Internet]. 29(4). Disponible sur: https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/pharmacologie_et_toxicologie_cliniques/documents/2002_29_4.pdf
67. Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques. Une dégradation de la santé mentale chez les jeunes en 2020. oct 2021; Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-10/ER1210.pdf>

68. Doctolib. 75 % des psychologues constatent une hausse de leur charge de travail : la santé mentale des Français au cœur des Rendez-vous du Doctolib. févr 2021; Disponible sur: <https://info.doctolib.fr/blog/videos/75-des-psychologues-constatent-une-hausse-de-leur-charge-de-travail-la-sante-mentale-au-coeur-des-rendez-vous-du-doctolib/>
69. Dollé-Monglond B, Neuburger R Dollé-Monglond, Brigitte. La thérapie familiale A l'heure de la singularité des couples et des familles. 1998.
70. Dortier J-F. Le goût du défi. In: Après quoi tu cours ? [Internet]. Auxerre: Éditions Sciences Humaines; 2016. p. 137-52. (Essais). Disponible sur: <https://www.cairn.info/apres-quoi-tu-cours--9782361063504-p-137.htm>
71. Dortier J-F. Les sciences humaines: panorama des connaissances. Paris: Ed. Sciences humaines; 1998. 487 p.
72. DRESS. La démographie des professions de santé, hors médecins. [Internet]. 2020 juill [cité 5 févr 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/la-demographie-des-autres-professions-de-sante-rpps-et-adeli>
73. Dryef Zineb. C'est quoi être viril aujourd'hui? 13 avr 2018; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/m-perso/article/2018/04/13/c-est-quoi-etre-viril-aujourd-hui_5285118_4497916.html
74. Dubouloy M. Les « hauts potentiels » et le « faux-self ». Le Journal des psychologues. 2006;236(3):22-6.
75. DUFLOT Colette. Quelques réflexions autour du concept d'espace transitionnel -. 2011; Disponible sur: <http://marionnettetherapie.free.fr/IMG/file/MT%2034%2074-78%20R.pdf>
76. Dufourmantelle A, Leter L. Se trouver: dialogue sur les nouvelles souffrances contemporaines. Paris: J.-C. Lattès; 2013.
77. Dupont S. Chapitre premier. Une révolution dans le champ des psychothérapies. In Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2017. p. 5-26. (Que sais-je ?). Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-therapie-familiale--9782130789390-p-5.htm>
78. É.-J. Laforgue, G. Busnel, D. Lauzeille, M. Grall-Bronnec, C. Cabelguen, S. Bulteau, et al. Evolution of sexual functioning of men through treated and untreated depression. L'Encéphale. sept 2021;843(1):1.
79. Enyouma. Sciences humaines. Paris: Masson; 2006.
80. Estellon V. ANDRÉ GREEN, « La mère morte » (1980), in Narcissisme de vie, narcissisme de mort (1983), Paris, Éditions de Minuit, 222-253. In: 45 commentaires

- de textes en psychopathologie psychanalytique [Internet]. Paris: Dunod; 2012. p. 119-27. (Psycho Sup). Disponible sur: <https://www.cairn.info/quarante-cinq-commentaires-de-textes-en-psychopath--9782100578146-p-119.htm>
81. Fall AS. L'empire du mensonge: roman. Paris: le Serpent à plumes; 2018..
 82. Fédida P. Des bienfaits de la dépression: éloge de la psychothérapie. Paris: O. Jacob; 2003. (Poches Odile Jacob).
 83. Ferron Christine. Les apports de la psychologie à l'éducation thérapeutique du patient. Hommage à Anne Lacroix (2019). avr 2019;29. Disponible sur: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewiYjeHUz-j1AhXizoUKHZNCDwgQFnoECAUQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.afdet.net%2Fwp-content%2Fuploads%2F2019%2F05%2Fles-apports-de-la-psychologie-lducation-thrapeutique-du-patient-hommage-anne-lacroix.pdf&usq=A0vVaw1Q7wDf6pMSgqGm03IGPxBz>
 84. Fineltain. Bulletin de psychiatrie. 7 avr 2011; Disponible sur: <http://www.bulletindepsychiatrie.com/classification.htm>
 85. Fischer G-N, Tarquinio C. Chapitre 7. L'observance thérapeutique. In: Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé [Internet]. Paris: Dunod; 2014. p. 163-87. (Psycho Sup). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-concepts-fondamentaux-de-la-psychologie--9782100705306-p-163.htm>
 86. Fleury C. Le soin est un humanisme. Paris: Gallimard; 2019. 43 p. (Tracts).
 87. Foucault M, Ewald F, Fontana A, Senellart M. Naissance de la biopolitique: cours au Collège de France, 1978-1979. Paris: Gallimard : Seuil; 2004. 355 p. (Hautes études).
 88. Foucault M, L'herméneutique du sujet. Paris: Seuil; 2001. 540 p. (Cours de Michel Foucault au Collège de France).
 89. Fréjaville A. Œdipe, ses complexes et notre époque. Revue française de psychanalyse. 2002;66(1):129-44.
 90. Freud S, Bourguignon A, Freud Sigmund- Freud, Sigmund, Freud, Sigmund, Freud, Sigmund. Essais de psychanalyse. 2015.
 91. Freud S, Breuer J, Berman A. Etudes sur l'hystérie. 2016..
 92. Freud S, Jankélévitch S. Totem et tabou. Paris: Payot & Rivages; 2001. (Petite bibliothèque Payot).
 93. Freud S, Koeppel P. Trois essais sur la théorie sexuelle. 2014.

94. Freud S, Mannoni O, Renaud D. Inhibition, symptôme et angoisse [Internet]. Paris: Payot & Rivages; 2014 [cité 6 févr 2022]. Disponible sur: <http://banq.prenumerique.ca/accueil/isbn/9782228910354>
95. Freud S, Weill A, Laufer L. Deuil et mélancolie. Paris: Payot & Rivages; 2010. (Petite Bibliothèque Payot).
96. Gagnon M, Thériault J. Intimité sexuelle et relation de couple : étude exploratoire. *Bulletin de psychologie*. 2006;Numéro 481(1):93-101.
97. Gaillard J-P. Le couple contemporain : entre institution et connexion. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. 2009;42(1):13-25.
98. Gardier A, Corruble E. Dépression : mieux la comprendre pour la guérir durablement. 14 juin 2017 [cité 5 févr 2022]; Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/depression/>
99. Gédance D. Le travail psychanalytique dans les dépressions. *Psychothérapies*. 2007;27(4):221-30.
100. Gervasoni N. Quelle est la place des thérapies systémiques dans le traitement de la dépression ? *Thérapie Familiale*. 2005;26(4):357-63.
101. Giust-Ollivier A-C. Entretien. In: *Vocabulaire de psychosociologie* [Internet]. Toulouse: Érès; 2016. p. 360-9. (Questions de société). Disponible sur: <https://www.cairn.info/vocabulaire-de-psychosociologie--9782749229829-p-360.htm>
102. Godart E. Freud à la plage: la psychanalyse dans un transat. Malakoff: Dunod; 2021. (À la plage).
103. Goldbeter-Merinfeld É. Outils thérapeutiques pour l'approche systémique. Introduction. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. 2012;48(1):5-11.
104. Granger B. Idées reçues sur la dépression: une maladie aussi universelle que mal connue. 2e éd. Paris: le Cavalier bleu éditions; 2019. (Idées reçues).
105. Green A, éditeur. Les voies nouvelles de la thérapeutique psychanalytique: le dedans et le dehors. Paris: Presses universitaires de France; 2006. 908 p.
106. Grinberg L. Le fil du rasoir dans la dépression et dans le deuil. *Le Coq-héron*. 2019;236(1):23-36.
107. Guelfi J-D, Rouillon F, Mallet L. Manuel de psychiatrie. 4e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2021.
108. Guelfi J-D, Rouillon F, Mallet L. Manuel de psychiatrie. 4e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2021.

109. Guelfi JD. Psychiatrie. Paris: Presses universitaires de France; 2004.
110. Gueullette J-M. Guérir : un désir, un rêve ; une fonction sociale, entre compétence et charisme ; un don gratuit ou un devoir moral. Revue d'éthique et de théologie morale. 2011;266(HS):9-32.
111. Hamdani J. La pilule du bonheur. In: Le bonheur des enfants sur ordonnance ? [Internet]. Toulouse: Érès; 2019. p. 33-42. (Psychanalyse et clinique). Disponible sur: <https://www.cairn.info/le-bonheur-des-enfants-sur-ordonnance--9782749264363-p-33.htm>
112. Hardy A-C. 1. Du colloque singulier à l'éthique médicale. In: Travailler à guérir [Internet]. Rennes: Presses de l'EHESP; 2013. p. 23-45. (Recherche, santé, social). Disponible sur: <https://www.cairn.info/travailler-a-guerir--9782810901111-p-23.htm>
113. Haustgen T, Masson M. 1. Les états dépressifs : une perspective historique de la mélancolie à l'épisode dépressif caractérisé. In: Actualités sur les maladies dépressives [Internet]. Cachan: Lavoisier; 2018. p. 1-16. (Psychiatrie). Disponible sur: <https://www.cairn.info/actualites-sur-les-maladies-depressives--9782257207333-p-1.htm>
114. Haute Autorité de Santé HAS. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux – états des lieux, repères et outils pour une amélioration [Internet]. Saint-Denis La Plaine; 2018. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2874187/fr/coordination-entre-le-medecin-generaliste-et-les-differents-acteurs-de-soins-dans-la-prise-en-charge-des-patients-adultes-souffrant-de-troubles-mentaux-etats-des-lieux-reperes-et-outils-pour-une-amelioration
115. Haute Autorité de Santé HAS. SPRAVATO (eskétamine) [Internet]. Saint-Denis La Plaine; 2020. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3191469/fr/spravato-esketamine
116. Heerlein K, De Giorgi S, Degraeve G, Frodl T, Hagedoorn W, Oliveira-Maia AJ, et al. Real-world evidence from a European cohort study of patients with treatment resistant depression: Healthcare resource utilization. Journal of Affective Disorders. 1 févr 2022;298:442-50.
117. Hefez S, Laufer D. La danse du couple. Paris: A. Fayard-Pluriel; 2010.
118. Hildegard E. M. Relation interpersonnelles en soin infirmier. Paris: InterEditions; 1995.

119. Hippocrate, Emile Littré. Oeuvres complètes d'Hippocrate [Internet]. J. B. Baillière. Vol. Tome 2. Emile Littré; 1839. 717 p. Disponible sur: https://books.googleusercontent.com/books/content?req=AKW5QafiGjs06zjTbdHUinMLaAC5_C5Yf-Hmf_ycPkn_FDOiu2BiAuQJS6vCCkm4RW649XHbbZGL3xsecWP2fcSHudqZ_XH DzPDUhG7ZwjQFt4mqltgvUsOEPOhwe_i8AqM3NkkUIaP7Jt9KNZjKZNAHG6gmOg-1C23XdyFPPuv8f73McB0dT6rRELGYyyHRqoQjxpLPJc-NAli96v46p1_ZADGBkOCsZ_x8eqypMsH5_hrKLA35ZnEMA6L49FWcdQGzkra15dwQDP5keemUQ90TADDRILXDig
120. HUG. Comprimés : couper ou écraser ? 15 juill 2020; Disponible sur: https://pharmacie.hug.ch/infomedic/utilismedic/tab_couper_ecraser.pdf
121. Hum P, Lévêque P, Naneix B. 1. Histoire de la dépression, de la mélancolie aux troubles de l'humeur. In: Les états dépressifs [Internet]. Cachan: Lavoisier; 2010. p. 5-14. (Psychiatrie). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-etats-depressifs--9782257204073-p-5.htm>
122. Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange (GHDx). <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/d780dffbe8a381b25e1416884959e88b> (consulté le 1er mai 2021). Dépression [Internet]. OMS; 2021 sept. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>
123. Issue Information. Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental. 1 juill 2017;32(4):e2553.
124. Jacobi, Legendre. Correspondance mathématique entre Legendre et Jacobi. Bulletin des Sciences Mathématiques et Astronomiques [Internet]. 1830; Disponible sur: http://www.numdam.org/item/BSMA_1875__9__126_1/
125. Jean-Michel Mrozovski. Enjeux du conseil de premier recours. Actualités pharmaceutiques. mai 2021;7104(606):1.
126. Jullien F, Truong N, Lemaître P. Pourquoi il ne faut plus dire je t'aime: dialogue avec Nicolas Truong. La Tour d'Aigues [Paris]: Éditions de l'Aube « Le Monde »; 2019. (Le monde des idées).
127. Kaës R. Les alliances inconscientes. In: Un singulier pluriel [Internet]. Paris: Dunod; 2013. p. 211-32. (Psychismes). Disponible sur: <https://www.cairn.info/un-singulier-pluriel--9782100566341-p-211.htm>

128. Kamenov K, Twomey C, Cabello M, Prina AM, Ayuso-Mateos JL. The efficacy of psychotherapy, pharmacotherapy and their combination on functioning and quality of life in depression: a meta-analysis. *Psychol Med.* 2016/10/26 éd. févr 2017;47(3):414-25.
129. Katz-Gilbert M. Note sur la conception narrative de l'identité personnelle chez Paul Ricœur et ses limites dans le champ de la psychanalyse. *Cahiers de psychologie clinique.* 2019;52(1):225-35.
130. Keller P-H. *La dépression.* 2e éd. mise à jour. Paris: Que sais-je ?; 2020. (Que-sais-je?).
131. Kellermann Odile. Comment agit le Prozac ? Les microARNs s'en mêlent... [Internet]. INSERM; 2010. Disponible sur: <https://presse.inserm.fr/comment-agit-le-prozac-les-microarns-sen-melent/15019/>
132. Kranz GS, Spies M, Vranka C, Kaufmann U, Klebermass E-M, Handschuh PA, et al. High-dose testosterone treatment reduces monoamine oxidase A levels in the human brain: A preliminary report. *Psychoneuroendocrinology.* 1 nov 2021;133:105381.
133. Krüger-Kirn H. Corps, genre et pratiques sexuelles dans le couple. *Topique.* 2017;141(4):35-50.
134. *L'Esprit du temps;* 2000. p. 169-75. (Psychologie). Disponible sur: <https://www.cairn.info/depression-et-libido--2913062350-p-169.htm>
135. Lacroix A. Approche psychologique de l'éducation du Patient : obstacles liés aux patients et aux soignants. déc 1996;15(3). Disponible sur: <https://ipcem.org/img/articles/Lacroix.pdf>
136. Lafay D. *Éloge de la fragilité.* La Tour d'Aigues: Éditions de l'Aube; 2021. (Mikros. Essai).
137. Lagache D. *La psychanalyse.* 22e éd. Paris: Que sais-je ?; 2019. (Que sais-je ?).
138. Lagache D. *La psychanalyse.* 22e éd. Paris: Que sais-je ?; 2019. (Que sais-je ?).
139. Landry Balas L, Parratte J. 6. Les techniques de base en approche familiale systémique : questionnement circulaire, recadrage et prescription de tâches. In: *L'approche systémique en santé mentale* [Internet]. Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 2018 [cité 6 févr 2022]. Disponible sur: <http://books.openedition.org/pum/9876>
140. Laplanche J, Pontalis J-B, Lagache D. *Vocabulaire de la psychanalyse.* 5e éd. Paris: Presses universitaires de France; 2007. (Quadrige).

141. Le Breton D. Des visages: essai d'anthropologie. Paris: Métailié; 1992. 327 p. (Collection traversées).
142. Lefève C, Mino J-C, Zaccai-Reyners N. La médecine en dialogue avec la vie : l'approche de l'anthropologie clinique des années 1930. In: Le soin: approches contemporaines. Paris: PUF; 2016. p. 51. (Questions de soin).
143. Lefèvre C. Se projeter en situation de malade. In: Les classiques du soin. Presses Universitaires de France; 2020. (Questions de soin).
144. Lemoine L. A quoi sert une thérapie familiale ? 28 oct 2021; Disponible sur: <https://www.psychologies.com/Famille/Relations-familiales/Parents/Articles-et-Dossiers/Vie-de-famille-contrainte-ou-plaisir/A-quoi-sert-une-therapie-familiale>
145. Lévinas E, Nemo P. Ethique et infini: dialogues avec Philippe Nemo. Éd. 16. Paris: Librairie Général Française; 2011. 120 p. (Livre de Poche).
146. Lhéréte H. Revivre après une épreuve. Auxerre: « Sciences humaines » éditions; 2021. (Collection B).
147. Licitsyna O, Anseau M, Pitchot W. Sexual dysfunction and antidepressants. Revue médicale de Liège. 1 févr 2011;66:69-74.
148. Lin C-C, Huang T-L. SIGIRR and TNFAIP3 Are Differentially Expressed in Both PBMC and TNF- α Secreting Cells of Patients With Major Depressive Disorder. Front Psychiatry. 28 juill 2021;12:698257.
149. Luc Ferry. Sigmund Freud : La pensée philosophique expliquée. 2012.
150. Lucien Mias. Maslow, Henderson, Soins. 2001;14.
151. M. Barchewitz, M. Charels, L. Flora, L. Gueroult-Accolas, S. Honoré, B. Allenet, et al. Connaissances et représentations sur le partenariat patient : enquête auprès des pharmaciens. Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien. déc 2021;7260(4):321.
152. Mac Giollabhui N. Inflammation and depression: Research designs to better understand the mechanistic relationships between depression, inflammation, cognitive dysfunction, and their shared risk factors. Brain, Behavior, & Immunity - Health. 1 août 2021;15:100278.
153. Manaouil Cécile, Anne-Sophie Lemaire-Hurtel, Antoine Sénéchal, Olivier Jardé. Information du patient par le pharmacien en officine. Médecine & droit. juin 2015;4932(138):e3.
154. Manoukian A, Massebeuf A. La relation soignant-soigné. 3e éd. Paris: Lamarre; 2008. (Soigner et accompagner).

155. Marc E, Cailleau X.. Carl R. Rogers (1902-1987) L'inventeur de la non-directivité. janv 2000;(101). Disponible sur: https://www.scienceshumaines.com/l-inventeur-de-la-non-directivite_fr_109.html
156. Marc E. Le travail des résistances : entre psychanalyse et Gestalt. Gestalt. 2002;22(1):49-68.
157. Marcatili M, Sala C, Dakanalis A, Colmegna F, D'Agostino A, Gambini O, et al. Human induced pluripotent stem cells technology in treatment resistant depression: novel strategies and opportunities to unravel ketamine's fast-acting antidepressant mechanisms. Therapeutic Advances in Psychopharmacology. janv 2020;10:204512532096833.
158. Marceau J-C. Penser les troubles de l'existence avec Roland Kuhn. L'information psychiatrique. 2008;84(5):427.
159. Marin C, Worms F. Introduction. S'orienter avec Winnicott : médecine, soin, vie humaine. In: À quel soin se fier ? [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2015. p. 5-18. (Questions de soin). Disponible sur: <https://www.cairn.info/a-quel-soin-se-fier--9782130631453-p-5.htm>
160. Marin C, Zaccai-Reyners N. Souffrance et douleur: autour de Paul Ricoeur. Paris: Presses universitaires de France; 2013. (Questions de soin).
161. Marin C. 4. Le visage d'un autre. In: La maladie, catastrophe intime [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2014. p. 39-48. (Questions de soin). Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-maladie-catastrophe-intime--9782130624950-p-39.htm>
162. Marin C. Etre à sa place. 2022.
163. Marin C. La maladie, catastrophe intime. Paris: Presses universitaires de France; 2014. (Questions de soin).
164. Marin C. Le visage de la souffrance. In: Souffrance et douleur Autour de Paul Ricoeur [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2013. p. 47-64. (Questions de soin). Disponible sur: <https://www.cairn.info/souffrance-et-douleur-autour-de-paul-ricoeur--9782130607229-p-47.htm>
165. Marin C. Quelqu'un sur qui compter. In: À quel soin se fier ? [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2015. p. 49-58. (Questions de soin). Disponible sur: <https://www.cairn.info/a-quel-soin-se-fier--9782130631453-p-49.htm>
166. Marin C. Rupture(s). Paris: Éditions de l'Observatoire; 2019. (La relève).

167. Martin J-P. La curiosité: une raison de vivre. Paris: Autrement; 2019. (Les grands mots).
168. Mayer K. Chlorure d'or : À propos des études chimiques et histo-chimiques de Sigmund Freud. Revue d'Histoire de la Pharmacie. 1996;406-8.
169. Melman C. La dépression. Association freudienne. 1991;249.
170. Merleau-Ponty. Lecture de Montaigne. Signes. 1947.
171. Meyer C, Borch-Jacobsen M, éditeurs. Le livre noir de la psychanalyse: vivre, penser et aller mieux sans Freud. Paris: Ed. des Arènes; 2005. 830 p.
172. Mijolla-Mellor S de. Traité de la sublimation. Paris: PUF; 2012. (Quadrige).
173. Millet B.. Conduite à tenir devant une dépression résistante [Internet]. L'encéphale Cahier 2; 2007. Disponible sur: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewjH7vDT2uv1AhVLJBoKHfYbB3EQFnoECAQQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.encephale.com%2Fcontent%2Fdownload%2F86264%2F1485960%2Fversion%2F1%2Ffile%2Fmain.pdf&usg=AOvVaw2xY3aWHdkwgCk-9izOJKLm>
174. Mino J-C. Cure et care, indissociablement. In: À quel soin se fier ? [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2015. p. 71-9. (Questions de soin). Disponible sur: <https://www.cairn.info/a-quel-soin-se-fier--9782130631453-p-71.htm>
175. Mirabel-Sarron C, Docteur A. Apprendre à soigner les dépressions: avec les thérapies comportementales et cognitives. 2e éd. Malakoff: Dunod; 2021. (Les ateliers du praticien).
176. Mnie-Filali O, El Mansari M, Scarna H, Zimmer L, Sánchez C, Haddjeri N. L'escitalopram : un inhibiteur sélectif et un modulateur allostérique du transporteur de la sérotonine. L'Encéphale. déc 2007;33(6):965-72.
177. Molière F. Aide (relation d'). In: Les concepts en sciences infirmières [Internet]. Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2012. p. 61-4. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-p-61.htm>
178. Molinier Pascale. Alors, la vie quotidienne? In: Le soin: approches contemporaines. Paris: PUF; 2016. (Questions de soin).
179. Monfort Outils pour les entretiens d'aide et de soutien psychologique. 1. Paris: Éd. Heures de France; 2005. 237 p.
180. Moniteur des pharmacies. Arrêt du finastéride. Questions de comptoir. 2022;

181. Montaigne ME de, Naya E. Essais de Michel de Montaigne. Livre 2. Nouv. éd. de l'exemplaire de Bordeaux en 3 volumes. Paris: Gallimard; 2009. 818 p. (Collection Folio Classique).
182. Montaigne ME de, Naya E. Essais de Michel de Montaigne. Livre 2. Nouv. éd. de l'exemplaire de Bordeaux en 3 volumes. Paris: Gallimard; 2009. 818 p. (Collection Folio Classique).
183. Moulinier P, Mino J-C, Zaccà-Reyners N. Oury, Alors, la vie quotidienne ? In: Le soin: approches contemporaines. Paris: PUF; 2016. (Questions de soin).
184. Munier Jacques. Psychiatrie, crise des vocations [Internet]. Le journal des idées. France Culture; 2021. Disponible sur: <https://www.franceculture.fr/emissions/le-journal-des-idees/psychiatrie-la-crise-des-vocations>
185. Nabati M. La dépression: une épreuve pour grandir ? Paris: Librairie générale française; 2009. (Le livre de poche).
186. Nachin C. Travail psychanalytique et transformations psychiques. Le Coq-héron. 2009;198(3):109-17.
187. Niederhoffer N, Etienne-Selloum N, Faure S. Les différentes familles d'antidépresseurs. Actualités Pharmaceutiques. 1 déc 2016;55(561, Supplément):1-10.
188. Nin A, Commengé B, Hinz EJ. Ce que je voulais vous dire. Paris: le Livre de poche; 2021. (Le livre de poche).
189. Numakawa T, Odaka H, Adachi N. Actions of Brain-Derived Neurotrophic Factor and Glucocorticoid Stress in Neurogenesis. IJMS. 2 nov 2017;18(11):2312.
190. Orrico-Sanchez A, Chausset-Boissarie L, Alves de Sousa R, Coutens B, Rezai Amin S, Vialou V, et al. Antidepressant efficacy of a selective organic cation transporter blocker in a mouse model of depression. Mol Psychiatry. juin 2020;25(6):1245-59.
191. Orsoni C. La psychanalyse: un jeu intellectuel futile?
192. Palazzolo J. Les thérapies cognitives et comportementales [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2020. 128 p. (Que sais-je ?; vol. 2e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-therapies-cognitives-et-comportementales--9782715402645.htm>
193. Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Kupelnick B, Munizza C. Combined Pharmacotherapy and Psychological Treatment for Depression: A Systematic Review. Archives of General Psychiatry. 1 juill 2004;61(7):714-9.

194. Pan, R., M., Baumann, P. (2008). 'Dysfonctions sexuelles induites par les antidépresseurs et les antipsychotiques et leurs traitements', *Rev Med Suisse* 2008; volume -6. no. 150, 758 - 7621.
195. Parmentier S. Les objets kleinien. Figures de la psychanalyse. 2009;18(2):13-22.
196. Pascal B, Ferreyrolles G, Sellier P. Pensées. Paris: Libr. Générale Française; 2000. 736 p. (Le livre de poche Classique).
197. Périlleux T. Une cure de Winnicott. In: À quel soin se fier ? [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2015. p. 59-69. (Questions de soin). Disponible sur: <https://www.cairn.info/a-quel-soin-se-fier--9782130631453-p-59.htm>
198. Petitpierre H. Jean Starobinski : « La Mélancolie au miroir ». Figures de la psychanalyse. 2001;4(1):219-22.
199. Pharmaciens GIPHAR. LES SERVICES PROPOSÉS PAR MON PHARMACIEN [Internet]. Disponible sur: <https://www.pharmaciengiphar.com/nos-services/services-propose-par-mon-pharmacien>
200. Pharmacomédicale. Les antidépresseurs. 15 mai 2019; Disponible sur: <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/antidepresseurs-les-points-essentiels>
201. Picard D, Marc E. Chapitre V. Le processus conflictuel. In Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2020. p. 66-80. (Que sais-je ?; vol. 4e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-conflits-relationnels--9782715404434-p-66.htm>
202. Pierre Gojat. Bénéfices secondaires de l'état de victime et accompagnement. Février 2016; Disponible sur: <https://repara.fr/wp-content/uploads/2016/06/Benefices-secondaires-de-l-etat-de-victime-2-colonnesPierreGojat.pdf>
203. Pinna G. Allopregnanolone, the Neuromodulator Turned Therapeutic Agent: Thank You, Next? *Frontiers in Endocrinology* [Internet]. 2020;11. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fendo.2020.00236>
204. Plotinus, Mathias P, Plotinus. Du beau: Ennéades I,6 et V,8. Paris: Presses Pocket; 1991. 238 p. (Agora).
205. Porto R. Dépression et sexualité. *La Presse Médicale*. 1 oct 2014;43(10, Part 1):1111-5.
206. Poulain B, Lonchamp E, Jover E, Popoff MR, Molgó J. Mécanismes d'action des toxines et neurotoxines botuliques. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. 1 mai 2009;136:S73-6.

207. Quinodoz J-M. « Remarques sur un cas de névrose obsessionnelle (L'Homme aux rats) », S. Freud (1909d). In: Lire Freud [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2004. p. 109-14. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/lire-freud--9782130534235-p-109.htm>
208. Quinodoz J-M. Métapsychologie, S. Freud (1915-1917). « Pulsions et destins des pulsions » (1915c). « Le refoulement » (1915d). « L'inconscient » (1915e). « Complément métapsychologique à la théorie du rêve » (1917d). « Deuil et mélancolie » (1917e [1915]). « Vue d'ensemble sur le. In: Lire Freud [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2004. p. 159-79. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/lire-freud--9782130534235-p-159.htm>
209. R. Porto, Habitudes masturbatoires et dysfonctions sexuelles masculines, Volume 717, Issue 1, 7/2016, Pages 1-82, ISSN 1158-1360, <http://dx.doi.org/10.1016/j.sexol.2016.03.004>
210. Raison, Bertrand. Kader Attia : l'anthropologie de l'effraction. mai 2018; Disponible sur: <https://www.revuedesdeuxmondes.fr/kader-attia-lanthropologie-de-leffraction/>
211. République Française. Articles R1110-1 à R6431-76). mai 18, 2021.
212. République Française. Autorisation d'accès précoce, autorisation d'accès compassionnel et cadre de prescription compassionnelle [Internet]. oct 5, 2021. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/professionnels-de-sante/autorisation-de-mise-sur-le-marche/article/autorisation-d-acces-precoce-autorisation-d-acces-compassionnel-et-cadre-de#>
213. République Française. LOI n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 (1) [Internet]. déc 14, 2020. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000042665373
214. Rey A, éditeur. Dictionnaire culturel en langue française: présentant plus de 70 000 mots du français classique, moderne et très contemporain, avec leur origine, leurs sens et leurs emplois clairement définis, illustrés de nombreuses citations littéraires, en exemple de bon usage, de beau style, de pensée et de poésie. Paris: Le Robert; 2005.
215. Ricoeur P, Greisch J. In: Philosophie de la volonté. Nouvelle éd. avec une bibliogr. des oeuvres de l'auteur mise à jour. Paris: Éditions Points; 1987. p. 87. (Points).

216. Ricoeur P. Soi-même comme un autre. Paris: Seuil; 1998. 424 p. (L'ordre philosophique).
217. Ricoeur Paul. La souffrance n'est pas la douleur. In l'Association Française de Psychiatrie; 1992.
218. Robert Marie. Conscience et identité. Paris; 2021. (Cours Marie Robert - philosophie).
219. Robin D. La dépression est la vérité inversée du désir. Cahiers de psychologie clinique. 2005;24(1):63-82.
220. Rogers CR, Zigliara J-P. La relation d'aide et la psychothérapie. 20e éd. 2019. Paris: ESF sciences humaines; 2019. (L'art de la psychothérapie).
221. Rosa H, Renault D. Accélération: une critique sociale du temps. Paris: la Découverte; 2010. (Théorie critique).
222. Rotharmel Maud - Rouen, Dr Pierre Quesada - Rouen. La potentialisation des ECT par la rTMS dans la dépression [Internet]. (Centre hospitalier Laborit). Disponible sur: <https://vimeo.com/347015267>
223. Rothärmel Maud. La résistance pharmacologique dans les pathologies psychiatriques : Exemple de la dépression, la schizophrénie et l'autisme. [Génomique et Médecine Personnalisée du Cancer et des Maladies Neuropsychiatriques]. Rouen; 2019.
224. Ruelens Léo. MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES ET PSYCHANALYSE [Internet]. Disponible sur: http://aejcpp.free.fr/articles/psychotropes_et_psychanalyse.htm
225. Sacks O. L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau: et autres récits cliniques. Paris: Seuil; 1988.
226. Salk RH, Hyde JS, Abramson LY. Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. Psychol Bull. août 2017;143(8):783-822.
227. Sanders B, Brula AQ. Intranasal esketamine: From origins to future implications in treatment-resistant depression. Journal of Psychiatric Research. 1 mai 2021;137:29-35.
228. Santé Publique France. Passages aux urgences du réseau Oscour® et actes médicaux SOS Médecins. 25 oct 2021; Disponible sur: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi32J->

[Br_zzAhUIKBoKHe2oAfUQFnoECAUQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.santepubliquefrance.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F385886%2F3239611&usg=AOvVaw3vveLk41ua8s1e_rP1deyT](https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/385886/3239611/usg=AOvVaw3vveLk41ua8s1e_rP1deyT)

229. Satir V, Fontaine P, Destandau-Denisov A. Thérapie du couple et de la famille: thérapie familiale. Nouvelle éd. revue. Paris: Desclée de Brouwer; 2006.
230. Schmitt L, Sagodi A. Premiers pas en psychothérapie: petit manuel du thérapeute [Internet]. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2010 [cité 5 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/book/9782294710018>
231. Schüle C, Nothdurfter C, Rupprecht R. The role of allopregnanolone in depression and anxiety. Prog Neurobiol. févr 2014;113:79-87.
232. Schwartz-Picard Clémence. Entretien psychanalytique. 2021.
233. Sens D. Les deux objets de la rencontre clinique en psychothérapie médiatisée. Le Carnet PSY. 2013;172(5):35-9.
234. Sial OK, Parise EM, Parise LF, Gnecco T, Bolaños-Guzmán CA. Ketamine: The final frontier or another depressing end? Behavioural Brain Research. 6 avr 2020; 383:112508.
235. Simon E. Écoute active. In: Les concepts en sciences infirmières [Internet]. Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2012. p. 310-1. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-p-310.htm>
236. SNP. Questionnaire concernant une thèse portant sur l'efficacité de la prise en charge pharmaceutique et psychologique d'un patient atteint d'un trouble dépressif caractérisé [Internet]. SNP. Disponible sur: <https://psychologues.org/annonces-single/questionnaire-concernant-une-these-portant-sur-lefficience-de-la-prise-en-charge-pharmaceutique-et-psychologique-dun-patient-atteint-dun-trouble-depressif-caracterise/>
237. Société Francophone des Biomatériaux Dentaires, A RASKIN. Rappels atomistiques, structure des métaux, des alliages et des céramiques. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/odontologie/enseignement/chap1/site/html/2.html>
238. Svandra P. Repenser l'éthique avec Paul Ricœur. Le soin : entre responsabilité, sollicitude et justice. Recherche en soins infirmiers. 2016;124(1):19-27.
239. Svandra Philippe. Douleur et souffrance, sur les pas de Paul Ricoeur. oct 2012; Disponible sur: <https://editions-metailie.com/pdf/psychiatrie1892012.pdf>

240. TLFi. Besoin. In: 2004e éd. 1994. Disponible sur:
<https://www.cnrtl.fr/definition/besoin>
241. TLFi. Confiance. In 1994. Disponible sur:
<https://www.cnrtl.fr/definition/confiance>
242. Tordo F. Le faux-self familial. *Le Divan familial*. 2020;45(2):181-91.
243. Troubé S. Penser l'être-malade. *Canguilhem et la psychopathologie. Cahiers philosophiques*. 2011;125(2):64-79.
244. Tylor Edward. *La civilisation primitive* [Internet]. Vol. 2. C. Reinwald; 1871. Disponible sur:
https://books.googleusercontent.com/books/content?req=AKW5QafMd7fGV0ngkDxobTPrWSaukwB4-5cxaUC32dvn9XnRfY9YiL4f3Me7L1eEVHAK3FCjnKnuPxploVQmpEBiG8-9oOmWxC2vsc3sr4lIJBctlQ-Y-d0KcFUt-eODNiWJgvgWbSLRWPNkP9AEsOaIBRyxLj97JVLZGAVbqmObzQFk8kuWUveLRg2QcFnWrqKzXAHGyC8uZGuiYIXnkXdNR_3OZjvdo4eD77QCJf1_Un7trBliBZRLrLR_HNpiPYbIOF1rZcIvKPe9NlI9h3oLR1iriddOCQ
245. UNPS. Le suicide en France. 2020; Disponible sur:
https://www.unps.fr/unps_images/jmps-2020/infographie-suicide-france-unps.pdf
246. URPS. Pharmaciens vigilants [Internet]. [cité 6 févr 2022]. Disponible sur:
<https://www.urps-pharmaciens-hdf.fr/actions/pharmacien-expert-du-medicament/pharmaciens-vigilants>
247. Van Damme P. Dépression et régression. *Gestalt*. 2002;23(2):109-26.
248. Van Dyk K, Siddarth P, Rossetti M, Ercoli LM, Milillo MM, Lavretsky H. Memantine can protect against inflammation-based cognitive decline in geriatric depression. *Brain, Behavior, & Immunity - Health*. 1 déc 2020;9:100167.
249. Van Reeth A. Les voix de la philosophie : philosophie du handicap Laurent Lanthieri la chirurgie doit-elle réparer des corps ? [Internet]. 2022. Disponible sur:
<https://podcasts.apple.com/fr/podcast/les-chemins-de-la-philosophie/id390165399?i=1000551285550>
250. Vanier A. Une introduction ?? la psychanalyse [Internet]. 2018 [cité 6 févr 2022]. Disponible sur:
<http://www.vlebooks.com/vleweb/product/openreader?id=none&isbn=978220062435>

251. Vanier A. Une introduction à la psychanalyse. Malakoff: Armand Colin; 2018. (128).
252. Vanier A. Une introduction à la psychanalyse. Malakoff: Armand Colin; 2018. (128).
253. Vanier C. Naître prématuré: le bébé, son médecin et son psychanalyste. Montrouge: Bayard; 2013. (La cause des bébés).
254. Vasconcellos-Bernstein D. Instaurer l'alliance thérapeutique. *Le Journal des psychologues*. 2013;310(7):25-8.
255. VERAN Olivier. Communiqué de presse [Internet]. Paris; 2022 févr. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/220217_-_cp_-_le_dispositif_de_remboursement_des_seances_de_psychologues_-_olivier_veran_annonce_l_ouverture_des_candidatures_pour_les_psychologues_volontaires.pdf
256. Verstuyft Céline. Pharmacogénétique des antidépresseurs. *La lettre du psychiatre*. juin 2017;13(3).
257. VIDAL. Dépression. août 2020; Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/depression-1567.html#references>
258. Weizsäcker V von. *Pathosophie*. Grenoble: J. Millon; 1986. (Collection Krisis).
259. Widlöcher D. Dépression et anxiété. *Revue française de psychanalyse*. 2002;66(2):409-22.
260. Widlöcher Daniel. La dépression comme artefact épistémologique - sur Les logiques de la dépression de Daniel Widlöcher -. In Genève;
261. Wirth H-J. La famille en tant que patient. Concepts de thérapie familiale psychanalytique en Allemagne. *Dialogue*. 2006;172(2):113-22.
262. Wittgenstein L, Fauve J, Wittgenstein L. *Remarques philosophiques*. Rhees R, éditeur. Paris: Gallimard; 1996. 330 p. (Collection Tel).
263. Worms F. À quel soin se confier ? In: *À quel soin se fier ?* [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2015. p. 37-48. (Questions de soin). Disponible sur: <https://www.cairn.info/a-quel-soin-se-fier--9782130631453-p-37.htm>
264. Yang Z, Jian L, Qiu H, Zhang C, Cheng S, Ji J, et al. Understanding complex functional wiring patterns in major depressive disorder through brain functional connectome. *Transl Psychiatry*. 13 oct 2021;11(1):526.
265. Yves Michiels. Établir un véritable partenariat pharmacien-patient. *Actualités pharmaceutiques*. janv 2016;5179(562):1.

266. Zhang Q, Wu W, Fan Y, Li Y, Liu J, Xu Y, et al. The safety and efficacy of botulinum toxin A on the treatment of depression. *Brain Behav* [Internet]. sept 2021 [cité 6 févr 2022];11(9). Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/brb3.2333>
267. Zielinski A. La vulnérabilité dans la relation de soin. « Fonds commun d'humanité ». *Cahiers philosophiques*. 2011;125(2):89-106.
268. Zielinski A. Le mourant, un semblable ? Incertitudes de la reconnaissance. In: *La mort et le soin* [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2016. p. 141-60. (Questions de soin). Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-mort-et-le-soin--9782130749455-p-141.htm>
269. Zielinski A. Reconnaissance de la vulnérabilité : vers une éthique de la sollicitude. In: *L'éthique de la dépendance face au corps vulnérable* [Internet]. Toulouse: Érès; 2019. p. 251-73. (Espace éthique - Poche). Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-ethique-de-la-dependance-face-au-corps--9782749263458-p-251.htm>
270. Zielinski Agata. Vulnérabilité partagée : un point de rencontre ? *Médecine palliative*. oct 2018;5975(5):e57.

SERMENT DE GALIEN

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

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

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

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

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

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

Que je sois méprisé de mes Confrères si je manque à mes engagements.



LENFANT Clémence

Efficienc e de la prise en charge pharmacologique et psychologique d'un patient adulte atteint d'un trouble dépressif caractérisé.

Th. D. Pharm., Rouen, 2022, 227 p.

RESUME

Face à l'augmentation de la délivrance d'antidépresseurs, cette thèse interroge et prospecte la place du pharmacien d'officine dans la prise en charge du trouble dépressif caractérisé.

Ainsi, l'étude de la prise en charge mixte de ce trouble psychiatrique s'est posée comme problématique capitale. L'analyse des différentes voies thérapeutiques qu'elles soient de nature médicamenteuse ou psychologique a été initiée. Le passage de la psychanalyse aux thérapies cognitives et comportementales par les thérapies systémiques, nous a menés vers l'étude de la vive participation de l'humain dans ce *totum* thérapeutique.

Le pharmacien, acteur présent dans l'intégralité du parcours de soin semble d'une humaine manière, lié au psychiatre, au médecin généraliste et au psychologue clinicien.

Dans une volonté de globalisation de la prise en charge, nous avons étudié l'impact de la singularité humaine dans la mixité de cette prise en charge, et son indispensable présence sans laquelle ces soins n'existeraient pas. Une large cohorte de patients, de pharmaciens et de cliniciens nous a permis de mettre en œuvre diverses enquêtes cliniques.

Dans cette quête d'unité, nous avons analysé le rôle du pharmacien d'officine : la dimension temporelle qu'il accorde au patient atteint d'un trouble dépressif caractérisé et l'importance de son authentification à un suivi psychothérapeutique.

MOTS CLES : Pharmacologie – Psychologie – Psychiatrie – Philosophie du soin - Antidépresseurs – Thérapies cognitivo-comportementales – Psychanalyse – Thérapies systémiques – Pharmacien d'officine

JURY

Président :

Mr VAUGEOIS Jean-Marie, Docteur et enseignant-chercheur en pharmacologie

Directeur de thèse :

Mme SCHWARTZ-PICARD Clémence : Psychologue clinicienne

Membres :

Mme BANOVIC Ingrid, Docteur et enseignant-chercheur en psychologie clinique

Mr DAOUPHARS Mikaël, Docteur en pharmacie hospitalière

Mme GEORGIN Claire, Docteur en psychiatrie

Mme HOURCADE Annie, Docteur en philosophe

Mr WABLE Thierry, Docteur en sciences du langage et de la communication

DATE DE SOUTENANCE : 30 juin 2022