



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

**UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1
FACULTE DE PHARMACIE - INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET
BIOLOGIQUES**

THESE n°85

T H E S E

Pour le **DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE**
Présentée et soutenue publiquement le 25 septembre 2018 par
ACHEUK Lina (née ACHEUK)

Née le 17 avril 1993
A Lyon 2ème (69)

Analyse des représentations des pharmaciens et préparateurs en officine concernant la prise en soin de la dépression chez la personne âgée

JURY

Présidée par Mme BOULIEU Roselyne, Professeure des Universités – Praticien Hospitalier

Dirigée par M. NOVAIS Teddy, Assistant Hospitalo-Universitaire
Mme. MOUCHOUX Christelle, Maître de Conférences – Praticien Hospitalier
M. LEPETIT Alexis – Praticien hospitalier

REMERCIEMENTS

À mon directeur de thèse, Mr Teddy NOVAIS, je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de diriger ce travail ainsi que pour vos précieux conseils dans l'élaboration de cette thèse. Je tiens à vous présenter ma plus vive reconnaissance. Merci de m'avoir accompagné tout au long de la réalisation de ce travail et d'y avoir accordé autant de temps, de patience et de bons conseils. Je vous remercie également pour l'encadrement que vous avez réalisé lors de mon année hospitalo-universitaire, me permettant de garder un agréable souvenir de mon expérience au sein de l'hôpital des Charpennes.

À Madame BOULIEU Roselyne, merci de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse.

À Madame Christelle CHAUDRAY- MOUCHOUX, je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Je vous remercie également pour les enseignements que vous nous avez donné concernant la personne âgée au sein de notre formation de pharmacien d'officine. En effet, ils ont amplement joué leur rôle dans mon engouement pour traiter le sujet de ce travail.

A Monsieur Alexis LEPETIT,

Aux équipes officinales ayant participé à mon étude, merci d'avoir pris le temps de répondre à mes questions. Sans votre contribution, ce travail n'aurait pas été possible.

À mes parents, à ma sœur, merci de m'avoir encouragé tout au long de mes 6 années d'études de pharmacie. Votre soutien et votre amour furent un carburant infailible.

À Félicien, merci de m'apporter tant de bonheur au quotidien. Ton soutien et ton amour n'ont pas failli et ont été indispensables pour la dernière ligne droite de mes études.

À mes amis qui me supportent depuis presque une dizaine d'année. Votre amitié ne faillit pas et je suis heureuse de pouvoir dire que votre amour m'a permis d'arriver jusqu'ici.

À mes amis de fac et particulièrement Eloi, sans qui ma vie universitaire manquerait un peu d'éclats de rire.

Table des matières

Introduction	9
Partie bibliographique : Prise en soin de la personne âgée atteinte de dépression en pharmacie d'officine	10
1 La dépression chez la personne âgée : définitions, épidémiologie et physiopathologie...	11
1.1 Définitions préalables	11
1.1.1 Définition de la personne âgée	11
1.1.2 Définition du vieillissement	11
1.1.3 Définition de la dépression, le trouble dépressif, l'épisode dépressif caractérisé..	12
1.2 Epidémiologie de la dépression : Focus sur la personne âgée.....	15
1.2.1 La dépression dans le monde et en Europe	15
1.2.2 Epidémiologie de la dépression en France	15
1.3 Physiopathologie de la dépression.....	17
1.3.1 Hypothèses neurobiologiques	17
1.3.2 Hypothèses génétiques de la dépression	19
2 Repérage de la dépression et outils diagnostiques	20
2.1 Aspects cliniques de la dépression de la personne âgée	20
2.1.1 Les différents syndromes dépressifs	21
2.1.2 Quelques présentations cliniques retrouvées chez la personne âgée.....	23
2.1.3 Le risque suicidaire	25
2.2 Les outils diagnostiques.....	25
2.2.1 Les échelles non spécifiques d'hétéro-évaluation	25
2.2.2 Les échelles spécifiques à la population âgée	27
3 Prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse de la dépression chez la personne âgée.....	29

3.1	Présentation de l'arsenal thérapeutique et recommandations de prise en charge de l'EDM dans la population générale	29
3.2	Recommandations de prise en charge de la dépression dans la population générale	31
3.2.1	Prise en charge selon l'intensité de l'épisode dépressif	32
3.2.2	Le choix de l'antidépresseur	33
3.2.3	La conduite du traitement et le suivi de l'efficacité	34
3.2.4	Les recommandations chez la personne âgée	37
3.3	La phytothérapie et l'aromathérapie dans la prise en charge de la dépression légère	39
3.3.1	Le rôle du millepertuis (44).....	39
3.3.2	Les autres plantes de la dépression : le safran et le rhodiola (47)	40
3.4	La place de l'accompagnement psychologique	41
3.4.1	Les thérapies cognitivo- comportementales (51)	42
3.4.2	Les psychothérapies psychodynamiques (53)	42
3.4.3	Les thérapies systémiques	43
3.4.4	La psychothérapie interpersonnelle.....	43
4	Adhésion thérapeutique et représentation du traitement antidépresseurs chez la personne âgée.....	44
4.1	L'adhésion thérapeutique du traitement antidépresseur chez la personne âgée	44
4.1.1	Définitions préalables.....	44
4.1.2	Epidémiologie des phénomènes d'adhésion aux traitements chez la personne âgée	45
4.1.3	Les déterminants de l'adhérence chez les personnes âgées	47
4.2	Croyances et représentations de la dépression de la population âgée	49
4.2.1	Représentations de la médication en générale chez la personne âgée.....	49
4.2.2	Représentation des psychotropes, des antidépresseurs et de la dépression.....	50
5	Le rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge de la dépression.....	52
5.1.1	Le pharmacien : un acteur de proximité.....	52
5.1.2	Le repérage et l'orientation des patients atteints de dépression	52

5.1.3	Dispensation et conseils au patient : importance de la communication patient-pharmacien.....	53
5.1.4	S’assurer de la bonne adhésion thérapeutique du patient.....	53
5.1.5	Améliorer le suivi du patient.....	54
5.1.6	Promouvoir la prise en charge non médicamenteuse.....	54
	Partie expérimentale : Analyse des représentations et croyances des pharmaciens et préparateurs en officine vis-à-vis de la prise en soin de la personne âgée atteinte de dépression	55
1	Introduction.....	56
2	Matériel et méthode	57
2.1	Population et centres de l’étude.....	57
2.2	Recueil des données : l’entretien semi-directif.....	57
2.2.1	Elaboration du guide d’entretien.....	57
2.2.2	Réalisation des entretiens semi-directifs et recueil de données	59
2.2.3	Analyse des données	59
3	Résultats.....	60
3.1	Caractéristiques de la population.....	60
3.2	Thèmes et sous-thèmes abordés lors des entretiens.....	60
3.2.1	La maladie dépression	62
3.2.2	La prise en charge médicamenteuse et non-médicamenteuse de la dépression .	64
3.2.3	Adhésion au traitement antidépresseur chez la personne âgée.....	69
4	Discussion	73
4.1	La dépression de la personne âgée vue par les équipes officinales	73
4.2	Les représentations concernant la prise en charge de la dépression.....	74
4.3	Freins et leviers à l’adhésion thérapeutique du patient âgé vis-à-vis des traitements antidépresseurs.....	75
4.4	Perspectives : le rôle du pharmacien dans la dépression de la PA	76

4.4.1	Repérage.....	76
4.4.2	Explorer les représentations du patient	76
4.4.3	Explorer les freins et les leviers à l'adhésion thérapeutique	77
4.4.4	Réaliser un suivi de l'efficacité et de la tolérance.....	77
4.5	Les limites de l'étude.....	77
4.5.1	Zone géographique	77
4.5.2	Nombre d'entretiens	78
4.5.3	Influence de l'enquêteur	78
5	Discussion générale et perspectives pour le pharmacien d'officine	79
5.1	Sensibilisation des équipes et repérage des patients.....	79
5.2	Instaurer des entretiens de suivi du patient sous antidépresseurs	80
5.3	Mesures possibles à mettre en place à l'officine par les pharmaciens	80
	Conclusion.....	83

TABLEAUX

Tableau 1 Critères diagnostiques du trouble dépressif caractérisé - DSM 5	15
Tableau 2 Prévalence au cours des douze derniers mois de l'épisode dépressif caractérisé en population générale en France à partir des baromètres santé 2005-2010 de l'INPES.....	16
Tableau 3 Critères définissant un épisode dépressif caractérisé léger, modéré ou sévère – Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours – HAS 2017.....	22
Tableau 4 Classification des traitements antidépresseurs disponible en France	30
Tableau 5 Antidépresseurs pouvant être utilisés chez la PA - Guide PAPA.....	38
Tableau 6 Déterminants les plus fréquemment retrouvés de l'adhésion médicamenteuse de la PA (55)	48
Tableau 7 Guide d'entretien semi-directif de l'équipe pharmaceutique officinale	58
Tableau 8 Caractéristiques de la population étudiée	60
Tableau 9 Freins et leviers à l'observance des traitements antidépresseurs chez la personne âgée.....	71

FIGURES

Figure 1 Le vieillissement physiologique versus le vieillissement pathologique d'après Kalache et Kickbush, 1997.....	12
Figure 2 -Prévalence de l'EDM au cours de la vie par classe d'âge et âge au premier épisode de dépression en France - Enquête ANADEP 2005	16
Figure 3 Structure cérébrales impliquées dans la dépression - www.neuroplasticité.com	18
Figure 4 Structure cérébrales impliquées dans la dépression - www.neuroplasticité.com	18
Figure 5 Brain Chemistry and Neurotransmitters - University Health News	19
Figure 6 Prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé de l'adulte – ANSM 2010.....	31
Figure 7 Dépression et traitement (Kupfer,1991)	34
Figure 8 Résultats de l'étude Observance thérapeutique des patients âgés de 70 ans et plus ..	46
Figure 9 Analyse thématique des verbatims des équipes officinales	61

LISTE DES ABREVIATIONS

5HT : sérotonine

ANADEP : Enquête réalisée par l'INPES concernant la dépression dans la population générale

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

ATD: antidépresseurs

BDI: Beck depression Inventory

BDNF: Brain Derived Neurotrophic Factor

BZD : benzodiazépines

CES-D scale : Center for Epidemiologic Studies- Depression scale

CIM-10 : Classification Internationale des Maladie – version n°10

DSM-5 ou DSM-V : Manuel Statistique et diagnostique des troubles Mentaux, volume n°5

EDC : Episode dépressif caractérisé

EDM : Episode dépressif majeur

EHPAD : Etablissement d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes

EI : effets indésirables ou effet indésirable

EURO-Dep : étude européenne multicentrique sur la dépression du sujet âgé

GDS : Geriatric Depression Scale

HAS : Haute Autorité de Santé

IMAO : Inhibiteurs de la monoamine oxydase

INPES : Santé Publique France - Institut National de Prévention et d'éducation pour la santé

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

IRSNA : Inhibiteurs de la recapture de Sérotonine et de Noradrénaline

ISRS : Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine

MADRS: Montgomery Asberg Depression Rating scale

MMSE : Mini Mental State Examination

NA : noradrénaline

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PA : personne âgée

QD2A : Questionnaire de dépression De Pichot

INTRODUCTION

La dépression est un problème de santé publique. Malgré le sous-diagnostic de cette pathologie chez la personne âgée (estimée à 40%), il s'agit de la pathologie psychiatrique la plus fréquente dans cette population. La prise en charge thérapeutique de la dépression de la personne âgée (PA) présente de nombreuses spécificités notamment concernant le choix du traitement et sa durée. Le pharmacien d'officine est un professionnel de santé de proximité et de premier recours. Ses missions consistent en la dispensation des médicaments et autres produits de santé associée à la formulation d'un conseil pharmaceutique ainsi qu'à l'écoute active des patients. Une écoute qui peut s'avérer nécessaire face à des patients atteints de dépression. En effet, les représentations des professionnels de santé concernant les pathologies peuvent avoir un impact sur la prise en charge de ces patients. Le terme « représentation » renvoie à la représentation mentale, c'est-à-dire l'image qu'un individu se fait d'une situation en y associant une perception d'une idée, d'un symbole ou un modèle explicatif. L'objectif de ce travail de thèse est d'analyser les représentations et croyances de l'équipe officinale concernant la prise en soin des personnes âgées atteintes de dépression.

La première partie bibliographique synthétisera les spécificités concernant la dépression et sa prise en charge chez la PA, ainsi que les déterminants de l'adhésion thérapeutique et notamment concernant le traitement antidépresseur. Enfin, une analyse des données de la littérature sera présentée concernant les rôles du pharmacien d'officine dans la prise en soin du patient âgé atteint de dépression.

La deuxième partie expérimentale de ce travail s'intéressera à une analyse des représentations des pharmaciens et préparateurs en officine concernant la dépression et sa prise en charge, obtenus via la réalisation d'entretiens semi-directifs. A partir des verbatims récoltés et de l'analyse thématique réalisée, une discussion se fera sur différents points : les représentations des pharmaciens concernant la maladie et ses traitements, les freins et leviers à l'adhésion thérapeutique des antidépresseurs en gériatrie et les perspectives d'amélioration possibles pour les équipes officinales afin d'accompagner de manière optimale ces patients.

Partie bibliographique :

Prise en soin de la personne
âgée atteinte de dépression en
pharmacie d'officine

1 La dépression chez la personne âgée : définitions, épidémiologie et physiopathologie

1.1 Définitions préalables

1.1.1 Définition de la personne âgée

Il n'existe pas de définition précise de la locution « personne âgée ». La définition englobe plusieurs caractéristiques : de santé, socio-économiques et culturelles. Selon le ministère de la Solidarité et de la Santé, une PA se définit par un âge supérieur à 60 ans (1). La définition sociale de « PA » correspond seulement à une cessation d'activités. Selon l'OMS les PA ont plus de 65 ans et sont polyopathologiques ou ont plus de 75 ans (2). Dans la réglementation française, cet âge a également été retenu pour certaines prestations ou dispositions concernant les PA (3). Selon les définitions médicales, la PA se définit par un âge supérieur à 75 ans.

1.1.2 Définition du vieillissement

D'après le dictionnaire LAROUSSE, le vieillissement se définit comme étant « le fait de devenir vieux, l'ensemble des phénomènes qui marquent l'évolution d'un organisme vivant vers la mort ». Il peut aussi être défini comme « l'affaiblissement naturel des facultés physiques et psychiques dû à l'âge (4). »

Sur le plan biologique, il s'agit d'un « processus par lequel un organisme humain subit une série de transformations entraînant la dégénérescence de certaines cellules, ce qui provoque l'affaiblissement et le ralentissement des fonctions vitales et des modifications d'ordre physique, physiologique et psychique (5) »

L'OMS définit le vieillissement comme étant d'un point de vue biologique « le produit de l'accumulation d'un vaste éventail de dommages moléculaires et cellulaires au fil du temps. Celle-ci entraîne une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et, enfin, le décès (6).»

De manière générale, le vieillissement est l'effet du temps sur l'organisme. Ce processus diminue les réserves fonctionnelles au niveau de la plupart des systèmes physiologiques entraînant ainsi une vulnérabilité à de nombreuses maladies (**Figure 1**). Les processus de la sénescence sont encore largement mal connus et nécessitent un effort de recherche en biologie du vieillissement. Le processus physiologique du vieillissement se déroule en même temps que la prise d'âge mais n'est pas forcément lié à celle-ci (7).

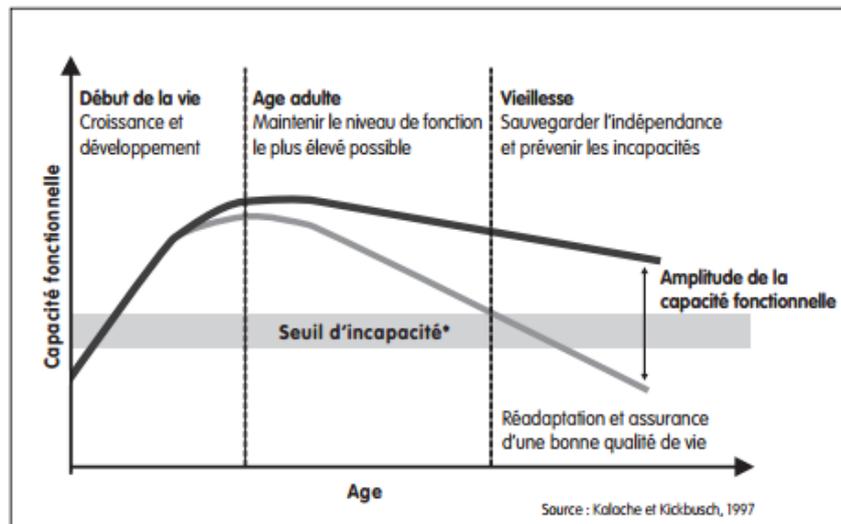


Figure 1 Le vieillissement physiologique versus le vieillissement pathologique d'après Kalache et Kickbusch, 1997

Alors qu'à 70 ans, certaines personnes jouissent encore d'une très bonne santé et de solides capacités fonctionnelles, d'autres, au même âge, sont fragiles et ont besoin de beaucoup d'aides. Il est donc difficile de définir un âge auquel une personne est considérée comme « âgée », c'est-à-dire en plein processus de vieillissement.

Sur le plan social, le vieillissement est associé à des transitions de vie comme le départ en retraite, la réinstallation dans un logement plus adapté et le décès des amis ou du conjoint (6). Des éléments de la vie qui peuvent souvent être à l'origine de l'apparition de symptômes dépressifs.

1.1.3 Définition de la dépression, le trouble dépressif, l'épisode dépressif caractérisé

La dépression est une maladie psychiatrique qui se distingue par une tristesse importante, une baisse de l'humeur, une diminution marquée de l'intérêt pour toute activité et une fatigue

inhabituelle et excessive, des troubles du sommeil, des pensées morbides, etc. Ces troubles se distinguent des modifications normales de l'humeur par leur gravité, leur durée, leurs répercussions et la souffrance morale ressentie. Les conséquences de ces symptômes dépressifs sur la qualité de vie sont considérables. La dépression peut toucher tout le monde, quel que soit son âge, son sexe et son niveau social (8).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) décrit la dépression comme un trouble mental courant, caractérisé par la tristesse, la perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de faible estime de soi, des troubles du sommeil ou de l'appétit, d'une sensation de fatigue et d'un manque de concentration. La dépression relève donc de la psychiatrie. Elle peut être chronique ou récurrente, et porte essentiellement atteinte à la capacité des personnes à fonctionner au travail ou à l'école, ou à gérer les situations de la vie quotidienne. Dans les cas les plus graves, la dépression peut conduire au suicide (9).

Le cinquième ouvrage du Manuel Statistique et diagnostique des troubles Mentaux (DSM-5) publié en mai 2013, classe les troubles dépressifs en 4 catégories : le trouble dépressif majeur, le trouble dépressif persistant, le trouble dysphorique prémenstruel et le trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle. Ce que l'on appelle communément « dépression » correspond au trouble dépressif majeur ou à l'Episode Dépressif Majeur (EDM). Selon le nombre de signes cliniques présents, on peut déterminer s'il s'agit d'une manifestation légère, modérée ou sévère. La seule manifestation de la dépression traitée par les antidépresseurs, selon les recommandations de l'ANSM, correspond à l'état dépressif caractérisé, modéré à sévère. On appelle « caractérisé », le trouble répondant aux critères diagnostiques des différents outils permettant le diagnostic de la dépression. Les états dépressifs caractérisés peuvent être classés en trois types selon qu'ils sont légers, moyens ou sévères, en fonction du nombre de symptômes déclarés et de l'intensité du retentissement (10).

Cliniquement, il est caractérisé par au moins cinq symptômes parmi une liste bien déterminée qui doivent être exprimés pendant une même période, d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur (**Tableau 1**).

A	<p>Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir</p> <p>NB. Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (se sent triste, vide, sans espoir) ou observée par les autres (pleurs). 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 (5%) en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. 4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours. 5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement) 6. Fatigue ou perte d'énergie tous les jours. 7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut-être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade). 8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres). 9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
B	<p>Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.</p>
C	<p>L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.</p> <p>NB : Les critères A à C définissent un épisode dépressif caractérisé (EDC)</p>

D	La survenue de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant ou à d'autres troubles spécifiés ou non spécifiés du spectre de la schizophrénie, ou d'autres troubles psychotiques
E	Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque

Tableau 1 Critères diagnostiques du trouble dépressif caractérisé - DSM 5

1.2 Epidémiologie de la dépression : Focus sur la personne âgée

1.2.1 La dépression dans le monde et en Europe

Selon l'OMS, les troubles mentaux constituent une des morbidités la plus importante dans le monde, affectant environ 450 millions de personnes. Les souffrances engendrées par les problèmes de santé mentale ainsi que les répercussions économiques et sociales sont, de ce fait, considérables. En Europe, la part des dépenses consacrées aux troubles mentaux, dans le coût total des services de santé, se situerait entre 20 et 25 %, en ne tenant compte que des hospitalisations (OMS, 2011). La dépression est un problème majeur de santé publique. Elle toucherait plus de 300 millions de personnes selon des estimations. Il s'agit de la première cause d'incapacité dans le monde. Les femmes sont plus atteintes que les hommes (11).

1.2.2 Epidémiologie de la dépression en France

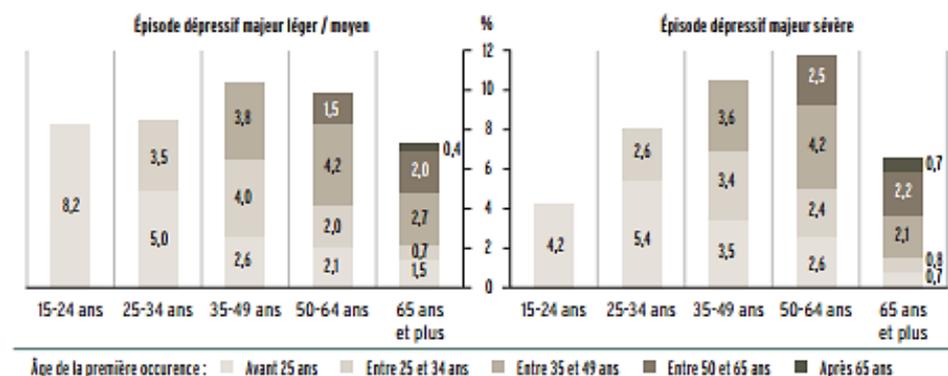
Dans le cadre du baromètre santé de l'INPES de 2010, la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé en France, s'élève à 4.7% entre 55 et 75 ans (**tableau 2**).

	Ensemble		Hommes		Femmes	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
	n = 16 883	n = 8 238	n = 7 078	n = 3 686	n = 9 805	n = 4 552
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total 15-75 ans	7,8	7,8	5,1	5,6	10,4	10,0
15-19 ans	7,0	6,4	4,5	3,7	9,7	9,3
20-34 ans	9,1	10,1	6,4	7,0	11,9	13,2
35-54 ans	8,9	9,0	5,4	7,3	12,3	10,7
55-75 ans	5,3	4,7	3,6	2,6	6,8	6,6

Tableau 2 Prévalence au cours des douze derniers mois de l'épisode dépressif caractérisé en population générale en France à partir des baromètres santé 2005-2010 de l'INPES

En moyenne, le premier épisode dépressif majeur apparaît vers l'âge de 30 ans. Il s'agit d'une pathologie qui, de manière générale, apparaît plutôt au début de l'âge adulte. La **figure 1** nous permet d'observer que la prévalence sur la vie entière de l'EDM, et surtout des épisodes sévères, augmente avec l'âge jusqu'à 50-64 ans, puis diminue (**figure 2**). Après 65 ans, le nombre d'épisodes dépressifs reste stable et ne diffère pas entre l'épisode dépressif majeur sévère et léger à modéré (12).

Prévalence de l'EDM au cours de la vie par classe d'âge et âge au premier épisode de dépression



Lecture : 10,5 % des 35-49 ans ont vécu un EDM sévère au cours de leur vie, le premier ayant eu lieu avant 25 ans pour 3,5 %, entre 25 et 34 ans pour 3,4 %, et entre 35 et 49 ans pour 3,6 %.

Figure 2 -Prévalence de l'EDM au cours de la vie par classe d'âge et âge au premier épisode de dépression en France - Enquête ANADEP 2005

Dans la population âgée

La prévalence de la dépression chez le sujet âgé en population générale est de 2 à 4 %. Quinze à trente pourcents des sujets âgés consultant en médecine générale, 30 à 40 % des sujets hospitalisés et 35 à 45 % des personnes vivant en institution sont atteints d'EDM. On estime que 40 % des dépressions du sujet âgé ne sont pas dépistées. La dépression du sujet âgé est insuffisamment reconnue avec un risque suicidaire non négligeable si elle n'est pas prise en charge (13).

1.3 Physiopathologie de la dépression

Des situations et des événements de la vie notamment un décès, une perte d'emploi, une séparation, sont souvent associés à un risque accru de dépression. Néanmoins, toutes les personnes exposées à ce type d'événements ne développent pas la maladie. De plus, certaines personnes déclarent une dépression sans motif apparent. Il existe donc une susceptibilité individuelle à la dépression. Les origines de la dépression doivent être interprétées comme une rupture d'un équilibre individuel où des facteurs génétiques, psychologiques, familiaux, sociaux, biologiques, externes, médicaux et cognitifs interagissent (14).

1.3.1 Hypothèses neurobiologiques

1.3.1.1 La neuroplasticité cérébrale

La neuroplasticité cérébrale correspond à l'ensemble des mécanismes par lesquels le cerveau s'adapte aux contraintes d'un point de vue fonctionnel et structural (15). La dépression entraîne, au niveau cérébral, des changements morphologiques et fonctionnels et ces modifications s'opèrent au niveau du cortex préfrontal, de l'hippocampe et de l'amygdale (**figure 3**). De plus le vieillissement influe grandement sur la plasticité cérébrale expliquant ainsi la susceptibilité de la PA face à la dépression. On peut donc se douter que le sujet âgé peut être plus facilement sujet à des troubles neuropsychiatrique comme la dépression (16).

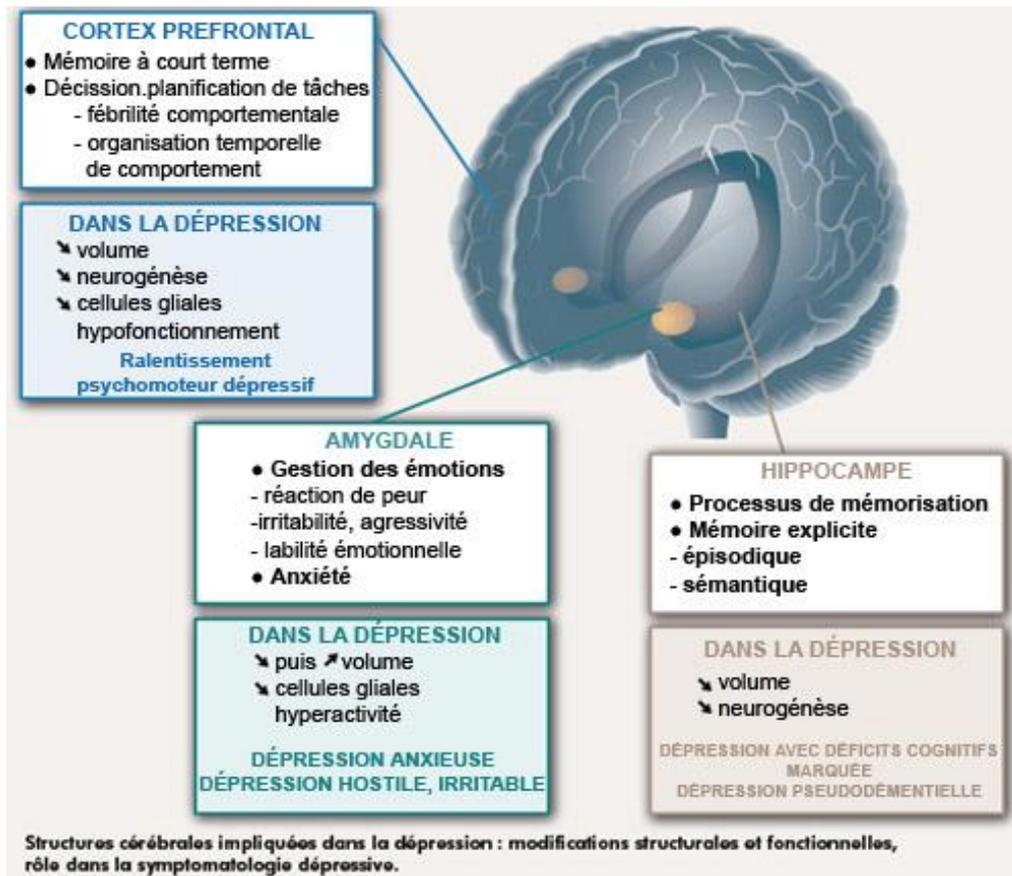


Figure 3 Structure cérébrales impliquées dans la dépression - www.neuroplasticité.com

1.3.1.2 Implication des neurotransmetteurs : hypothèse monoaminergique

L'hypothèse monoaminergique de la dépression postule que la dépression correspond à un déficit des transmissions noradrénergiques (NA) et sérotoninergiques (5HT) (17). Depuis les années 1960, des relations entre la dépression et le fonctionnement de trois neurotransmetteurs ont été identifiés : la sérotonine, la noradrénaline et la dopamine. Ils contrôlent le comportement et notamment les émotions, le stress, le sommeil, l'appétit et la sexualité (**figure 4**). Il est établi qu'un mauvais fonctionnement du circuit de noradrénaline ou de sérotonine est lié, du moins indirectement, à la dépression chez certains individus. Toutefois, cette preuve négative, basée sur les effets de l'absence de ces neurotransmetteurs, ne permet pas d'affirmer quoi que ce soit sur les mécanismes en jeu (18).

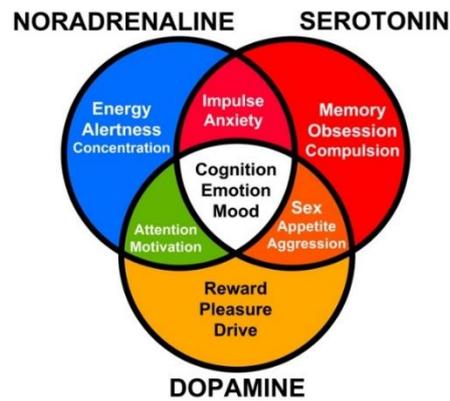


Figure 5 Brain Chemistry and Neurotransmitters - University Health News
What Causes Depression? Brain Chemistry and Neurotransmitters Play Major Roles

1.3.1.3 Implication des récepteurs aux monoamines

Il a été supposé que la dépression pourrait être provoquée par une trop grande densité des récepteurs monoaminergiques, probablement liée au manque de ces neurotransmetteurs. Ceci entrainerait donc une mauvaise transmission du signal. L'effet clinique observé après un traitement chronique par un antidépresseur pourrait être la conséquence d'une diminution de l'expression de ces récepteurs (19).

1.3.2 Hypothèses génétiques de la dépression

Un individu dont l'un des parents a fait une dépression a deux à quatre fois plus de risque d'être lui-même dépressif au cours de sa vie. Certaines variations génétiques associées à cette vulnérabilité ont été identifiées, par exemple au niveau des gènes codant pour le transporteur de la sérotonine ou pour un facteur essentiel à la prolifération, la différenciation et la survie des neurones (le BDNF pour *Brain-Derived Neurotrophic Factor*). Néanmoins, l'impact de ces variations génétiques dépend de l'environnement. On parle d'interaction gène-environnement (14),(20).

2 Repérage de la dépression et outils diagnostiques

D'après le baromètre santé de l'INPES, la dépression de la PA est largement sous-diagnostiquée. La dépression est la pathologie psychiatrique la plus fréquemment retrouvée dans la population âgée avec des conséquences en termes de mortalité et d'institutionnalisation. On estime que 40% des PA atteintes de dépression ne sont pas identifiées. Le sous-diagnostic actuel de la dépression serait dû aux spécificités cliniques de la dépression chez la PA et à l'attitude des professionnels de santé face au vieillissement. En effet, la PA est une personne très souvent polyopathologique, présentant des caractéristiques propres au vieillissement qui peut interférer avec la symptomatologie de la dépression (8).

En 2010, la HAS précisait que « *la dépression est fréquente chez le sujet âgé et fortement liée à la présence d'affections somatiques, à l'isolement social ou géographique (environnement) et aux événements de la vie (deuil, entrée en institution)* ». De plus « la dépression est insuffisamment diagnostiquée notamment chez les PA. La présence de signes anxieux fréquents conduit à une sur-prescription de benzodiazépines, médicaments qui ne sont pas efficaces pour traiter la dépression » et la « priorité pour l'amélioration de la pratique est de ne pas confondre déprime et dépression afin que ce soit bien les malades souffrant de dépression caractérisée qui bénéficient du traitement adapté » (21).

2.1 Aspects cliniques de la dépression de la personne âgée

Dès l'âge avancé, les tableaux cliniques de la dépression sont beaucoup plus hétérogènes que chez les plus jeunes. De nombreux facteurs sont susceptibles de modifier l'expression symptomatique de la dépression. La dépression chez la PA présente certaines particularités cliniques et la plainte provenant de la PA n'est pas forcément la même que chez la population plus jeune. Souvent elles mettent en avant des symptômes aspécifiques plutôt qu'une humeur dépressive (22). Les critères du DSM-V ne permettent pas de mettre en avant toutes les manifestations cliniques dans la population âgée. Souvent la dépression est masquée ou associée avec des troubles cognitifs, rendant le diagnostic plus difficile à établir. Cliniquement, des tableaux de dépressions masquées (réactions caractérielles, alcoolisation, plaintes somatiques, troubles fonctionnels), des mélancolies anxieuses ou agitées qui vont conduire à

des formes confusionnelles et des formes pseudo-déméntielles de dépression sont plus fréquemment rencontrés dans cette population âgée (23).

Le contexte psychosocial d'une PA est souvent favorable au développement d'affects dépressifs : l'isolement social et familial, l'institutionnalisation en EHPAD, les conditions économiques défavorables et les difficultés d'accès aux soins sont des facteurs de risque de dépression (24).

Une étude conduite au sein de 14 pays européens (l'étude EURO-dep) sur la population gériatrique a regroupé les manifestations cliniques de la dépression en deux facteurs majeurs, :

- **Un facteur souffrance affective** : l'humeur dépressive, envie permanente de pleurer, le désir de mort
- **Un facteur motivationnel** : désintérêt, troubles de la concentration et la difficulté à éprouver du plaisir.

Les plaintes somatiques comme les douleurs, la constipation et la frilosité sont aussi souvent rencontrées et associées entre elles chez le patient âgé. Les changements somatiques périphériques sont dus à l'activation inappropriée du système végétatif et à la sécrétion importante de cortisol liée au stress lui-même lié à la dépression. On note donc une augmentation de la graisse abdominale, une baisse de la densité osseuse, une élévation de la tension artérielle et un déséquilibre du diabète (24).

2.1.1 Les différents syndromes dépressifs

2.1.1.1 *L'épisode dépressif majeur dit « caractérisé »*

Rappelons que le terme « majeur », ne signifie pas en lien avec la sévérité mais seulement « caractérisé » par les outils et les critères internationaux. Il existe différentes sévérités d'épisode dépressif (25) majeur classée selon l'intensité : léger, modéré et sévère. L'appréciation de l'intensité des symptômes relève de l'évaluation clinique et éventuellement d'échelles validées. Elle est définie en fonction de l'évaluation du nombre, de l'intensité et du retentissement des symptômes dépressifs (**tableau 3**) :

Intensité de l'épisode dépressif caractérisé	Nombre de symptômes		Retentissement sur le mode de fonctionnement du patient
	CIM-10	DSM-5	
Léger	2 symptômes dépressifs principaux et 2 autres symptômes dépressifs	Peu ou pas de symptômes supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic	Retentissement léger sur le fonctionnement (perturbé par les symptômes) Quelques difficultés à poursuivre les activités ordinaires et les activités sociales, mais celles-ci peuvent être réalisées avec un effort supplémentaire
Modéré	2 symptômes dépressifs principaux et 3 à 4 autres symptômes dépressifs	Le nombre des symptômes est compris entre « léger » et « grave »	Le dysfonctionnement pour les activités se situe entre ceux précisés pour l'épisode léger et l'épisode sévère
Sévère	3 symptômes dépressifs principaux et au moins 4 autres symptômes dépressifs	Le nombre des symptômes est en excès par rapport au nombre nécessaire pour faire le diagnostic	Les symptômes perturbent nettement les activités professionnelles, les activités sociales courantes ou les relations avec les autres : par exemple difficultés considérables voire une incapacité à mener le travail, les activités familiales et sociales

Tableau 3 Critères définissant un épisode dépressif caractérisé léger, modéré ou sévère – Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours – HAS 2017

La définition de la dépression majeure reste la même que pour la population plus jeune, selon le DSM-V (**tableau 2**) : présence de deux symptômes de premier rang et de quatre symptômes de deuxième rang persistant pendant au moins deux semaines.

La qualification en modéré ou sévère est indépendante de l'âge, cependant les présentations mélancoliques et délirantes sont beaucoup plus fréquentes chez le sujet âgé. La différence de l'expression clinique chez la PA porte plus sur les facteurs susceptibles d'interférer avec la présentation clinique comme l'expression moins spontanée de la tristesse, la place des plaintes somatiques, l'importance de l'anxiété associée, l'apathie et la démotivation ainsi que les troubles cognitifs.

2.1.1.2 L'épisode dépressif léger/mineur

Le trouble dépressif mineur/léger est défini par la présence de moins de 5 symptômes de l'EDM. Elle serait la forme de dépression la plus retrouvée dans la population âgée et souvent associée à des pathologies somatiques. Il est important de noter que l'épisode dépressif mineur (ou léger) et l'épisode dépressif sévère ne sont pas deux choses différentes mais sont un continuum logique. En effet si elle n'est pas prise en charge, la dépression mineure risque d'évoluer en dépression sévère. (25)

2.1.1.3 La dysthymie

Les patients dysthymiques présentent une humeur dépressive chronique depuis au moins 2 ans, avec un minimum de 2 symptômes dépressifs de l'épisode dépressif majeure. La dysthymie est souvent associée à des comorbidités somatiques. Il faut insister sur le caractère chronique de ce trouble. La dysthymie constitue un facteur de risque important de dépression majeure et est fréquemment associée aux pathologies somatiques. (25)

2.1.2 Quelques présentations cliniques retrouvées chez la personne âgée

2.1.2.1 La forme mélancolique

La dépression mélancolique se définit comme un état dépressif survenant sans cause apparente en quelques heures ou jours, avec une forte intensité, avec un risque suicidaire élevé (26). Il s'agit donc d'une urgence médicale nécessitant une hospitalisation le plus rapidement possible. Il existe deux formes particulières de dépression mélancolique :

- **La mélancolie anxieuse** : Des manifestations anxieuses de type agitation sont fréquemment retrouvées. Cette forme de mélancolie est associée avec une expression marquée d'idées suicidaires. Elle impose une hospitalisation d'urgence.
- **La mélancolie apathique** : le malade est dans un état de stupeur permanent. Un ralentissement psychomoteur pouvant aboutir dans certains cas au mutisme du patient avec impossibilité de boire ou bien même de s'alimenter est observé.

2.1.2.2 La forme anxieuse

Cette forme est assez caractéristique des âges avancés. Elle se caractérise par une inquiétude permanente avec des accès anxieux inexplicables. De manière générale le patient va verbaliser son anxiété car elle se retrouve souvent au premier plan de sa pathologie dépressive (26).

2.1.2.3 La forme délirante

Cette forme est compliquée à diagnostiquer du fait qu'elle peut être masquée par les manifestations psychotiques qui pourraient être associées à une schizophrénie ou bien à des troubles du comportement. Le risque est de passer à côté de la dépression et de voire prescrire des neuroleptiques. La dépression risque donc d'évoluer en pathologie délirante tardive. En effet l'âge est un facteur de risque du délire. La dépression avec des symptômes démentiels est la première cause du délire chez le sujet âgé. Les idées délirantes que l'on retrouvera le plus souvent sont les idées d'incurabilités (perte d'espoir, idées de ruines) (27).

2.1.2.4 Notion de dépression vasculaire

Dans les années 90 (28), il a été mis en évidence que certaines dépressions majeures survenant chez les personnes ayant déjà eu des épisodes dépressifs au-delà de 50 ans (dépressions à expression tardive) sont souvent associées à des déficits des fonctions exécutives et à des anomalies de l'imagerie cérébrale. Ces anomalies cérébrales présentées sur les IRM ne sont pas spécifiques des dépressions tardives mais sont souvent retrouvées en présence de facteurs de risques vasculaires ou de démence comme celle retrouvée dans la maladie d'Alzheimer. Elles témoignent de la présence de lésions de la micro-vascularisation cérébrale.

Alexopoulos et al (29) ont émis l'hypothèse qu'une pathologie vasculaire pouvait prédisposer certaines dépressions du sujet âgé. Ils ont dès lors proposé le concept de « dépression vasculaire » ainsi que les critères permettant de porter ce diagnostic. Ces critères reposent sur l'association de facteurs de risque vasculaire, d'une manifestation clinique marquée par un ralentissement psychomoteur important, une aboulie (une diminution, voire une disparition de la volonté), une pauvreté idéique, une introspection limitée, une réduction voire une absence d'affects dépressifs

et d'idées de culpabilité, et une perturbation cognitive importante principalement des fonctions exécutives (30).

2.1.3 Le risque suicidaire

Un trouble mental associé au décès n'était indiqué que pour 40 % des personnes se suicidant : les troubles mentaux associés aux suicides étaient en très grande majorité des troubles de l'humeur (32,7 %) et avec une fréquence moindre, les conduites addictives (5,4 %), les troubles anxieux (2,9 %) et les troubles psychotiques (2,4 %) (31).

Le risque suicidaire doit toujours être pris en compte et doit être évalué au cours de la prise en charge de la dépression. Le patient doit être questionné sur les éventuelles idées suicidaires. Le professionnel de santé doit prendre en compte le contexte socio-économique et culturel du patient, une éventuelle situation aiguë et l'isolement du patient.

2.2 Les outils diagnostiques

Plusieurs études ont démontré que la dépression était sous-diagnostiquée et sous – traitée. En effet, on estime que 40 % des personnes âgées atteintes de dépression ne sont pas diagnostiquées (32). Le principal obstacle au diagnostic de cette pathologie dans cette tranche d'âge est surtout dû aux stigmatisations de la société et à l'attitude qu'ont les professionnels de santé d'assimiler tristesse à vieillesse. L'état dépressif peut être évalué à l'aide d'outils et d'échelles standardisés (33). Il en existe beaucoup, certaines sont spécifiques à la PA comme le CES-D à 8 items, *Geriatric Depression Scale* (GDS) à 15 et 30 items, mini-GDS à 4 items et d'autres aspécifiques ne prenant pas en compte l'âge des patients comme l'échelle Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS) à 5 items.

2.2.1 Les échelles non spécifiques

Ces échelles ne sont pas adaptées à la PA, car elles accordent beaucoup d'importance aux informations portant sur les troubles somatiques qui sont naturellement présents dans la population âgée car ils résultent du vieillissement physiologique.

- **L'échelle d'Hamilton** : échelle de la dépression d'Hamilton (34)

Il s'agit d'une suite de symptômes cliniques autour de la dépression et de l'anxiété. La personne réalisant le test devra choisir un degré d'intensité qui paraît le mieux correspondre à l'état du patient pour chaque symptôme présenté. L'entretien est libre et peut se faire dans n'importe quel ordre. La liste des symptômes proposés permet seulement de guider l'entretien. Il y a 17 items. Plus la note est élevée, plus la dépression est grave :

- De 10 à 13 : symptômes dépressifs légers
- De 14 à 17 : symptômes dépressifs légers à modérés
- Plus de 18 : symptômes dépressifs modérés à sévères

- **La Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS)** (35)

Elle est utilisée pour évaluer la gravité des symptômes de la dépression chez les patients. Elle explore des symptômes tels que les troubles de l'humeur, les troubles du sommeil, la fatigue physique et psychique, les idées de persécution. Elle peut être un bon complément à l'échelle d'Hamilton. L'échelle comporte 10 items cotés de 0 à 6 :

- De 0 à 6 points : le patient est considéré comme sain
- De 7 à 19 points : le patient est considéré comme étant en dépression légère.
- De 20 à 34 points : le patient est considéré comme étant en dépression moyenne
- > 34 points : le patient est considéré comme étant en dépression sévère

Elle est majoritairement utilisée lors des essais cliniques.

- **Index de Beck : Inventaire de dépression de Beck (BDI)**

Il s'agit d'un questionnaire d'auto-évaluation de 21 items dans lequel chaque item se compose de quatre déclarations indiquant différents niveaux de gravité d'un symptôme particulier rencontré au cours de la dernière semaine.

Chacune des quatre déclarations est cotée de 0 à 3. Le score varie de 0 à 39 :

- 0 à 3 : pas de dépression
- 4 à 7 : dépression légère
- 8 à 15 : dépression d'intensité moyenne à modérée
- 16 et plus : dépression sévère

2.2.2 Les échelles spécifiques à la population âgée

Comme expliqué précédemment les échelles précédentes accordent un peu trop de valeur aux symptômes, qui peuvent être différents chez la PA. Il existe donc des échelles plus adaptées à cette population.

- **GDS (Geriatric Depressive Scale) et ses dérivés (36)**

Il s'agit d'un outil facile à utiliser, incluant très peu de critères somatiques et demandant peu d'effort de la part de la PA. Il s'agit d'un auto-questionnaire. Elle doit répondre à 30 items dichotomiques. Chaque item explore des versants de la dépression. Chaque réponse dépressive est scorée, et plus le score final sera grand, plus le patient aura de risque d'être dépressif. Pour chaque réponse identifiée par un signe (soit la réponse oui, soit la réponse non) on attribue 1 point. Le score varie entre 0 et 30. Un score de 0 à 9 est considéré comme normal, de 10 à 19 comme une situation de dépression modérée, de 20 à 30 comme une dépression sévère. Ce questionnaire évite d'aborder des critères somatiques et permet donc d'apporter des indications sur l'état affectif et psychologique du patient âgé.

Cette échelle existe sous deux autres formes : une version abrégée qui explore 15 items (GDS-15) et une version plus courte (mini-GDS) qui explore 4 grands items. La mini-GDS ne permet pas de faire un diagnostic de la dépression mais permet de faire du repérage pour pouvoir appliquer une échelle plus précise. La réduction du nombre d'items permet d'éviter la perte de concentration qui peut être induite par des questionnaires trop longs.

- **Echelle de Pichot QD2A (37)**

Certaines échelles peuvent être difficiles à utiliser du fait de la présence de troubles cognitifs chez le patient. En effet, il est plus difficile d'évaluer les symptômes dépressifs chez cette catégorie de patients. L'échelle d'évaluation de la dépression de Pichot QD2A est composée de 13 items qui permettent d'explorer la part occupée par l'affect dépressif dans l'éventualité de troubles cognitifs. Lorsqu'un patient vient consulter pour une plainte mnésique, il est nécessaire de toujours s'assurer qu'il n'y a pas de syndrome dépressif ou même parfois seulement de signes dépressifs, car la dépression a un effet délétère sur les processus cognitifs. Les patients

ayant un score > 7 sont considérés comme dépressifs. Mais on ne doit pas utiliser cette échelle lorsque le MMSE est inférieur à 15. Dans ce cas, on peut utiliser l'échelle de Cornell.

- **Echelle de Cornell (38) : Cornell Scale for depression in dementia**

Il s'agit d'un instrument d'évaluation portant sur des symptômes et des signes cliniques présents la semaine juste avant l'entretien. L'entretien est divisé en 2 parties :

- Un entretien de 10 mn avec le patient lui-même
- Un entretien de 20 minutes avec la famille ou l'aidant où est réalisé une hétéroévaluation du patient. L'équipe soignante qui prend en charge le patient peut elle aussi être sollicitée.

Cette échelle aborde cinq grands thèmes : les symptômes relatifs à l'humeur, les troubles des comportements, les symptômes somatiques, les fonctions cycliques, les troubles idéatoires.

Chaque item est coté de 4 façons différentes :

- a : impossible à évaluer chez le patient
- 0 : absent
- 1 : symptôme présent de manière modéré ou intermittent
- 2 : symptôme présent de manière sévère

Plus le score final est élevé, plus l'état de dépression du patient sera caractérisé.

3 Prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse de la dépression chez la personne âgée

3.1 Présentation de l'arsenal thérapeutique et recommandations de prise en charge de l'EDM dans la population générale

Il existe peu d'études concernant la prise en charge médicamenteuse de la dépression chez le sujet âgé malgré une fréquence de la pathologie en augmentation. En France, les dernières recommandations de la HAS (Haute autorité de Santé) de prise en charge de la dépression chez la PA datent de décembre 2014. Le **tableau 4** présente l'arsenal thérapeutique disponible actuellement dans la prise en charge médicamenteuse de la dépression.

Classes thérapeutiques	Molécules et spécialités	
Imipraminiques tricycliques et apparentés	Imipraminiques d'activités intermédiaires	Imipraminiques sédatifs et anxiolytiques
	ANAFRANIL® clomipramine PROTHIADEN® dosulépine TOFRANIL® imipramine	QUITAXON® doxépine SURMONTYL® trimipramine DEFANYL® amoxapine LAROXYL®, ELAVIL® amitriptyline LUDIOMIL® maprotiline
Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA)	IXEL® milnacipran EFFEXOR® venlafaxine CYMBALTA® duloxétine	
Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)	SEROPRAM® citalopram SEROPLEX® escitalopram PROZAC® fluoxétine	

	<p>FLOXYFRAL® fluvoxamine</p> <p>DEROXAT® paroxétine</p> <p>ZOLOFT® sertraline</p>	
Inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO)	<p>MARSILID® irproniazide</p> <p>MOCLAMINE® moclobemide</p>	
Autres antidépresseurs	Molécules	Mécanismes d'action
	ATHYMIL® miansérine	<i>activité antagoniste alpha-2</i>
	NORSET® mirtazapine	<i>activité antagoniste alpha-2</i>
	STABLON® tianeptine	<i>Augmentation de la vitesse de recapture de la sérotonine par les neurones du cortex et de l'hippocampe.</i>
	BRINTELLIX® vortioxétine	<i>Antagoniste des récepteurs 5 HT-3 et 5 HT-7, agoniste partiel du récepteur 5 HT-1B, agoniste du récepteur 5 HT-1A, et inhibiteur du transporteur de la sérotonine.</i>
	VALDOXAN® agomélatine	<i>Agoniste des récepteurs mélatoninergiques 1 et 2, et en antagoniste des récepteurs de sérotonine 2C</i>

Tableau 4 Classification des traitements antidépresseurs disponible en France

3.2 Recommandations de prise en charge de la dépression dans la population générale

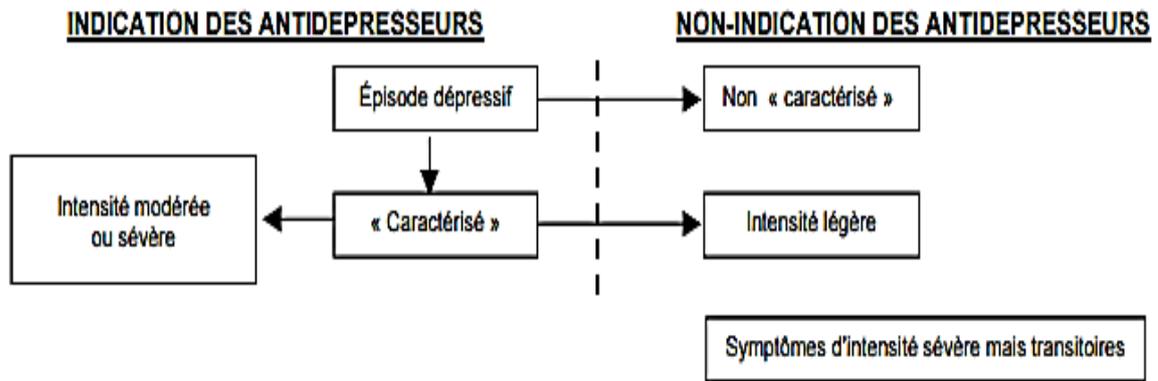


Figure 6 Prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé de l'adulte – ANSM 2010

Les dernières recommandations de bonnes pratiques publiées par l'ANSM rappellent que dans le cadre du bon usage des médicaments antidépresseurs, seul l'épisode dépressif majeur ou caractérisé c'est-à-dire répondant aux critères du DSM-V, indique la prescription d'antidépresseurs (**figure 6**).

Il est recommandé de ne pas prescrire d'antidépresseurs dans le cas de symptômes dépressifs en nombre insuffisant ou pour un syndrome dépressif sévère mais d'une durée inférieure à 2 semaines selon le DSM-V. De même, pour un épisode dépressif d'intensité légère, les antidépresseurs ne sont pas préconisés. Notons que le traitement médicamenteux ne doit pas se substituer à une prise en charge par psychothérapie. En effet la dépression doit être abordée dans sa globalité.

Focus chez la personne âgée

Une revue de la littérature, publiée en 2013, a comparé trente-quatre essais contrôlés-randomisés axés sur l'efficacité des antidépresseurs de toutes les classes chez les sujets âgés dépressifs majeurs (> 60 ans). Le but de la présente étude était de définir le profil socio-démographique et clinique le plus approprié pour l'utilisation de traitements antidépresseurs dans la dépression de la PA.

Il en ressort qu'un taux inférieur de réponse aux antidépresseurs de toutes les classes a été trouvé chez les patients de sexe masculin, d'âge avancé (>60 ans) et avec une durée moyenne plus longue de l'épisode. Au contraire, un taux de réponse plus élevé a été observé chez les patients présentant une sévérité initiale plus élevée et lors de leur premier épisode de maladie. Les sous-échantillons traités avec des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine seuls ont donné des résultats similaires.

Le traitement antidépresseur de maintien a réduit le risque de récurrence après 12 mois. La poursuite des médicaments antidépresseurs pendant 12 mois semble être utile sans augmentation des effets indésirables (39).

3.2.1 Prise en charge selon l'intensité de l'épisode dépressif

3.2.1.1 EDM d'intensité légère

D'après les recommandations de la HAS parues en octobre 2017, la psychothérapie de soutien est indiquée en première intention. Elle doit être abordée avec le patient et il doit donner son accord. La psychothérapie peut être réalisée par un psychologue, un psychiatre ou un psychothérapeute.

3.2.1.2 EDM d'intensité modérée

Comme précisé plus haut, la psychothérapie doit être proposée en priorité. Dans le cas où le médecin considère que cela ne suffit pas, un traitement médicamenteux par antidépresseur peut être envisagé après en avoir parlé avec le patient.

3.2.1.3 EDM d'intensité sévère

Dans le cas d'un EDM sévère, les recommandations préconisent d'instaurer d'emblée un antidépresseur et d'orienter le patient chez un psychiatre.

3.2.2 Le choix de l'antidépresseur

Le choix de l'antidépresseur se fera selon plusieurs critères :

- **L'efficacité et les effets pharmacologiques**
- **Les contre-indications et les effets indésirables** : les contre-indications spécifiques de chaque classe d'antidépresseurs devront être systématiquement identifiées avant d'instaurer le traitement. Les antidépresseurs ayant la meilleure tolérance et la meilleure maniabilité sont les ISRS, les IRS-NA et les antidépresseurs de la classe « autres antidépresseurs » (mirtazapine, miansérine, vortioxétine). Ils devraient être prescrit en première intention en ambulatoire.
- **Le caractère approprié ou inapproprié du médicament chez la personne âgée** : La liste de Laroche (40) est une liste des médicaments potentiellement inappropriés (MPI) chez la PA de plus de 75 ans adaptée à l'usage français. Elle identifie les médicaments en fonction de la valeur du rapport bénéfice/risque. Parmi les antidépresseurs, on peut noter que ceux avec un rapport bénéfice/risque défavorable chez la PA sont les antidépresseurs imipraminiques tricycliques en raison des propriétés anticholinergiques qu'ils possèdent. Les antidépresseurs imipraminiques semblent plus efficaces que les ISRS sur certaines dépressions, toutefois le rapport bénéfice/risque chez les PA est moins favorable. Elle propose comme alternative **les antidépresseurs ISRS ou bien IRSNA**.
- **Les propriétés pharmacologiques annexes** : outre l'action antidépressive, certains antidépresseurs possèdent d'autres effets (41).
 - **Les effets sédatifs** : Chez des patients avec une expression marquée des troubles du sommeil, il est possible de prescrire un antidépresseur avec une action sédatrice comme la miansérine et la mirtazapine.
 - **Les effets anxiolytiques** (42) : Les propriétés anxiolytiques des antidépresseurs semblent corrélées à l'importance des activités antihistaminiques et/ou alpha-adrénolytiques de ces molécules. Nous pouvons citer parmi eux, la paroxétine, l'escitalopram, la duloxétine.

- **Les traitements antérieurs :** Il est nécessaire de rechercher l'existence d'épisodes dépressifs antérieurs, ainsi que l'efficacité et la tolérance des traitements antidépresseurs antérieurement administrés. De plus, il est recommandé, pour un sujet donné, de choisir préférentiellement un antidépresseur qui s'est avéré efficace et bien toléré lors d'un épisode antérieur.
- **Les comorbidités psychiatriques et somatiques :** L'existence d'un trouble psychiatrique associé (Trouble obsessionnel compulsif, Trouble panique, Trouble d'anxiété généralisée, Phobie sociale) à l'épisode dépressif incitera à choisir un antidépresseur efficace dans les deux indications : l'escitalopram peut être cité pour son indication dans la dépression mais aussi dans l'anxiété généralisée et dans les troubles obsessionnels compulsifs. Au niveau somatique par exemple, la venlafaxine est à éviter chez un patient hypertendu. De plus, les antidépresseurs à effet orexigène comme l'amitriptyline sont à éviter chez un patient en surpoids ou les antidépresseurs à effet anorexigène comme la fluoxétine chez un patient dénutri.

3.2.3 La conduite du traitement et le suivi de l'efficacité

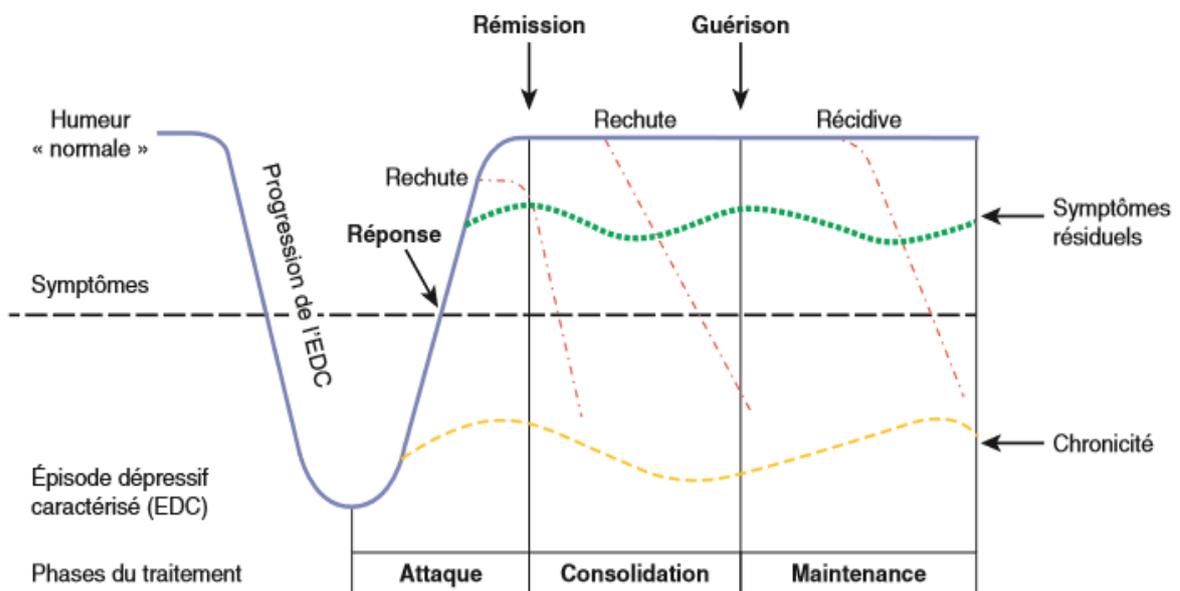


Figure 7 Dépression et traitement (Kupfer,1991)

3.2.3.1 La conduite du traitement par antidépresseur

La prise en charge d'un patient par les antidépresseurs se divise en 3 grandes étapes (**figure 7**) :

- Une phase de traitement de l'accès dépressif aiguë, autrement dit **la phase d'attaque** : l'objectif sera la régression des symptômes et l'obtention d'une rémission complète ou partielle
- Une phase de continuation, dite de **consolidation**, qui vise à éviter les rechutes et atteindre l'état de guérison
- Une phase de maintien, dite **de maintenance**, qui vise à prévenir d'éventuelles récurrences

Le point le plus important de la prise en charge de la dépression est d'éviter le plus possible le nombre de récurrences. La phase de maintenance est donc la phase du traitement qui est la plus importante.

Après la mise en place d'un traitement antidépresseur, il est nécessaire de réévaluer le traitement régulièrement :

- Au cours des deux premières semaines pour évaluer l'évolution clinique, l'adhésion thérapeutique et notamment dépister une aggravation possible de la symptomatologie dépressive
- À 4 semaines pour évaluer l'efficacité. Chez la PA, l'efficacité du traitement peut être atteinte en 8 à 12 semaines.

Focus chez la personne âgée

Chez les PA, la réponse aux antidépresseurs est plus lente que chez la personne plus jeune. Il est donc recommandé d'instaurer le traitement médicamenteux à dose faible et d'augmenter progressivement jusqu'à obtenir la dose efficace le plus petit possible. Il faudra évaluer l'efficacité entre 8-12 semaines après obtention de la bonne dose efficace de l'antidépresseur. La durée de traitement chez la PA sera d'un an après la rémission du fait du risque important de rechute si le patient présente des comorbidités associées (22).

3.2.3.2 Suivi du patient âgé traité par antidépresseur

Au vu de la fragilité de la PA, le patient doit être suivi étroitement après l'instauration d'un traitement par antidépresseur. En effet, de nombreuses molécules possèdent des effets indésirables notables qui sont plus fréquents dans la population âgée du fait de leur susceptibilité aux médicaments agissant sur le système nerveux central (SNC).

Parmi ceux les plus retrouvés, nous pouvons citer :

- Syndrome sérotoninergique pour les ISRS et IMAO
- Effets anticholinergiques pour les antidépresseurs imipraminiques
- Effets extrapyramidaux
- Hypotension orthostatique
- Effets cardiovasculaire et allongement du QT pour les ISRS
- Hyponatrémie fréquente sous ISRS (majorée si prise en charge simultanée par diurétiques)

3.2.3.3 Efficacité des traitements antidépresseurs chez la personne âgée

Quelques études axées sur l'efficacité des antidépresseurs dans la prise en charge de la dépression de la PA ont été publiées, notamment dans le traitement au long court ou dans des sous-groupes de PA institutionnalisées. Les antidépresseurs ont une efficacité plus élevée en comparaison avec le placebo chez les patients âgés, le taux de réponse des patients traités avec des antidépresseurs étant de 48,0% versus 38,6% avec le placebo et le taux de rémission étant de 33,7% contre 27,2%. Des études comparant différentes classes d'antidépresseurs n'ont pas indiqué de différences dans la réponse ou la rémission entre les antidépresseurs tricycliques et les ISRS ou d'autres antidépresseurs (39).

Les patients âgés atteints de dépression répondaient à toutes les classes d'antidépresseurs, mais avec une moins bonne réponse que celle de la population adulte plus jeune atteinte d'EDM. Les études ont montré que des caractéristiques cliniques spécifiques notamment la présence concomitante d'une maladie, d'autres traitements médicamenteux concomitants et un déficit des fonctions exécutives, pouvaient influencer l'administration, la compliance et la réponse au traitement chez les patients âgés.

3.2.4 Les recommandations chez la personne âgée

Beaucoup de PA souffrant de dépression possèdent des comorbidités importantes comme le diabète, l'hypertension artérielle, l'insuffisance cardiaque, les cancers. Ces pathologies chroniques sont des facteurs de risque de développement de dépression. De plus qui dit comorbidités implique polymédication et donc augmentation du risque d'interactions médicamenteuses (14).

Les études concernant la prise en charge médicamenteuse de l'EDM chez les PA sont peu nombreuses malgré la prévalence de cette pathologie. La plupart des recommandations sont obtenues à partir de l'extrapolation des données obtenues chez des patients plus jeunes, ou à partir de considérations théoriques. De ce fait, la dépression des PA est souvent sous-diagnostiquée, non traitée ou mal traitée (doses trop faibles d'antidépresseurs, durée de traitement trop courte) (24).

Concernant les traitements, il est préférable de privilégier les antidépresseurs paraissant les mieux tolérés à cet âge (en termes d'effets secondaires et d'interactions médicamenteuses). Les auteurs de la revue JAMA parue en juillet 2017, préconisent l'utilisation en première intention des inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine :

- La sertraline ZOLOFT®
- L'escitalopram SEROPLEX®

En cas d'intolérance aux ISRS, il est conseillé d'utiliser le bupropion ZYBAN® qui n'a pas l'AMM en France pour la dépression mais seulement pour le sevrage tabagique. Un changement de molécule peut se faire en l'absence de réponse significative, mais seulement après environ 4 semaines à une dose thérapeutique, c'est-à-dire après 6 à 8 semaines de traitement. Chez les PA n'ayant pas répondu à un ISRS en première ligne, il est recommandé de passer à la :

- Duloxétine CYMBALTA®
- Venlafaxine EFFEXOR® ou la mirtazapine NORSET® comme alternatives en cas d'intolérance (22).

De plus, d'après le Guide des Prescriptions Médicamenteuses Adaptés à la Personne Agée (43), édité par la société française de gériatrie et de gérontologie, les antidépresseurs sont classés en deux catégories (**tableau 5**) :

- Les molécules à rapport bénéfice/risque élevée
- Les molécules à rapport bénéfice/risque faible

	Rapport bénéfice risque élevé	Rapport bénéfice risque faible
1^{ère} intention	<ul style="list-style-type: none"> • Inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine à dose progressivement croissante jusqu'à atteindre la dose efficace <p>Attention aux risques de torsades de pointes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prescription associée de benzodiazépines (BZD) non recommandée sauf en cas d'anxiété invalidante (utilisation de benzodiazépine à action courte) • Les tricycliques sont à proscrire à cause des effets anticholinergiques • Associations de deux antidépresseurs (ATD) non recommandées
2^{ème} intention	<ul style="list-style-type: none"> • Inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine ou inhibiteurs de la recapture de sérotonine et de la noradrénaline de type venlafaxine 	

Tableau 5 Antidépresseurs pouvant être utilisés chez la PA - Guide PAPA

3.3 La phytothérapie et l'aromathérapie dans la prise en charge de la dépression légère

3.3.1 Le rôle du millepertuis (44)

Le rôle des plantes dans la prise en charge de la dépression était réduit à peu de chose jusqu'à la découverte de l'effet du millepertuis qui a été comparé dans plusieurs études sérieuses aux antidépresseurs classiques. Le millepertuis ou herbe de St-Jean fait partie des plantes dont l'activité a été validée et dont les connaissances sont établies depuis 1960.

3.3.1.1 Mode d'action

L'effet antidépresseur de cette plante dépend très fortement de la dose ingérée. Les substances actives se trouvent dans les sommités fleuries d'*Hypericum perforatum*. L'activité antidépressive de cette plante serait liée à la présence d'hyperforine, d'hypericine, d'hyperoside et d'amentoflavone présentes dans les sommités fleuries. *In vitro*, le millepertuis inhibe la recapture de la sérotonine, de la dopamine, et de la noradrénaline. Son activité *in vivo* se traduit par une augmentation de l'activité de la sérotonine et une diminution de l'activité bêta-adrénergique.

3.3.1.2 Indications et posologies recommandés

Selon l'EMA, le millepertuis peut être utilisé pour deux indications principales :

- Traitement des épisodes dépressifs légers à modérés.
 - o Posologie de 300-600 mg d'extraits de plante en 1 à 3 fois dans la journée pour un total de 600-1800mg par jour
- Prise en charge à court terme des symptômes dans les troubles dépressifs légers.
 - o Posologie de 250-650 mg en 2 à 3 fois par jour pour un total de 500-1200 mg par jour

3.3.1.3 Précautions d'emploi et contre-indication (45)

Le millepertuis possède des interactions avec de nombreux médicaments de part une action inductrice du CYP450 et inductrice de la Pgp (protéine impliquée dans le transport des médicaments). L'administration concomitante de millepertuis avec ces substances induit une concentration plasmatique réduite due à l'induction enzymatique ou à une sommation des effets, selon le cas. Plusieurs catégories de médicaments sont impliquées dans ces interactions :

- Les médicaments ayant une action sur le système nerveux central : neuroleptiques, antidépresseurs
- Les médicaments à visée cardiovasculaire : anticoagulants oraux (warfarine et fluindione), inhibiteurs calciques, digoxine
- Les bronchodilatateurs : théophylline principalement
- La contraception orale combinée (oestroprogestative)
- Les médicaments agissant sur le tube digestif : inhibiteurs de la pompe à protons et les anti-H2
- Les hypolipémiants : statines
- Les anticancéreux et immunosuppresseurs

Le millepertuis est l'une des meilleures et des plus anciennes herbes médicinales étudiées jusqu'à aujourd'hui. Des preuves substantielles soutiennent son efficacité dans le traitement de diverses formes de dépression et d'anxiété (46), bien qu'il soit difficile de l'utiliser du fait de son action inductrice du cytochrome 3A4 et donc de ses interactions avec de nombreux médicaments.

3.3.2 Les autres plantes de la dépression : le safran et le rhodiola (47)

3.3.2.1 Rhodiola ou l'orpin rose de Sibérie (48),(49)

Le rhodiola ou l'orpin rose de Sibérie est connu pour son action sur la fatigue, correspondant à une activité adaptogène. Ces composants auraient différentes actions :

- Amélioration des capacités mentales chez l'homme avec une amélioration de la mémoire et de l'apprentissage (**Salidroside**)
- Action sur les symptômes d'anxiété généralisée

- Amélioration du métabolisme du 5HT (précurseur de la sérotonine) au niveau de l'hippocampe chez le rat mis en situation de dépression

La dose quotidienne d'extrait sec de Rhodiola se situe entre 100 et 170 mg. Des effets secondaires peuvent apparaître au bout de quelques jours sous forme d'insomnie et/ou d'irritabilité.

3.3.2.2 *Le safran cultivé (50)*

Le safran a attiré l'attention des cliniciens et a été comparé à l'imipramine et à la fluoxétine. Il semble en effet que les stigmates de *Crocus sativa* aient un pouvoir antidépresseur. Les propriétés médicinales du safran sont connues et utilisées depuis longtemps. En effet, il possède des propriétés antalgique, anti-inflammatoire, pour stimuler la digestion, et pour lutter contre la dépression légère à modérée.

Selon les études, la prise en charge par du safran a réduit significativement les symptômes de la dépression en comparaison à un groupe témoin sous placebo. Les études estiment que l'effet de 30 mg de safran serait comparable à l'effet de 20 mg de fluoxétine ou de 100 mg d'imipramine. Ces effets correspondent à l'action du safranal et de la crocine présente dans les stigmates de la plante. Ils ont une activité inhibitrice de la recapture de sérotonine, de la dopamine et de la noradrénaline (50).

3.4 La place de l'accompagnement psychologique

La psychothérapie et l'accompagnement médicosociale fait part entière de la prise en charge de la dépression que ce soit dans la population jeune ou dans les populations plus âgées.

3.4.1 Les thérapies cognitivo- comportementales (51)

Les thérapies cognitivo- comportementales (TCC) font partie des stratégies recommandées dans le traitement de la dépression du sujet âgé. Une méta-analyse datant de 2011 regroupant six études, confirme l'efficacité de la TCC de groupe dans la dépression de la PA (52).

Elles consistent en une prise en charge de la souffrance psychique via une méthode appliquée au cas par cas. Le principe de cette thérapie est de remplacer le comportement inadapté par un comportement plus adapté à ce que souhaite le patient. Sur le plan cognitif, les TCC cherchent à repérer les pensées inadaptées face aux situations et à les remettre en question.

La durée d'une TCC individuelle varie entre 16 et 20 séances réparties sur une période de 3 ou 4 mois. Pour tous les patients ayant un épisode dépressif caractérisé, les sessions de suivi d'une TCC individuelle consistent en trois à quatre séances réparties sur une période de 3 à 6 mois. Un traitement antidépresseur doit être envisagé chez les patients qui ont une réponse insuffisante après 12 à 16 semaines.

3.4.2 Les psychothérapies psychodynamiques (53)

La psychanalyse a pour but de faire revenir au niveau conscient chez le patient, par la parole, les conflits et traumatismes enfouis dans l'inconscient à l'origine de troubles actuels. Au cours des psychothérapies psychodynamiques, l'analyste intervient généralement plus, en aidant la personne à parler et à analyser les situations traumatiques du passé ou de ses difficultés relationnelles, et à diminuer les tensions psychiques et l'angoisse.

La durée d'une psychothérapie psychodynamique de court terme est d'environ 16 à 20 séances réparties sur 4 à 6 mois.

3.4.3 Les thérapies systémiques

La thérapie systémique vise à identifier le contexte personnel, familial, social, professionnel. Trouver un nouvel équilibre par des changements du système aidera le patient à opérer les changements personnels qui l'aideront à s'améliorer.

3.4.4 La psychothérapie interpersonnelle

La psychothérapie interpersonnelle se concentre sur les interactions et les modalités relationnelles du patient qui se trouve dans un contexte social et interpersonnel particulier (conflits interpersonnels, deuils, déficits interpersonnels, changement de statut social), en l'amenant à comprendre le lien de ce contexte avec la dépression.

4 Adhésion thérapeutique et représentation du traitement antidépresseurs chez la personne âgée

4.1 L'adhésion thérapeutique du traitement antidépresseur chez la personne âgée

4.1.1 Définitions préalables

4.1.1.1 Observance

D'après le LAROUSSE médical (54), l'observance est définie comme la « façon dont un patient suit ou ne suit pas les prescriptions médicales et coopère à son traitement. ». Il s'agit de l'ensemble des comportements de santé qui sont observés par le patient. Utiliser ce terme renvoie à une prise de conscience du caractère dynamique de ce comportement, il s'agit d'une démarche personnelle.

En effet le terme d'observance thérapeutique peut être défini comme le degré de concordance entre le comportement d'un patient vis-à-vis de sa prescription médicamenteuse et/ou des recommandations médicales. Souvent le terme observance est traduit par concordance, ou bien compliance (55).

4.1.1.2 Adhésion

Le terme d'« adhésion thérapeutique » est préféré à celui d'« observance thérapeutique » car il reconnaît l'autonomie du patient et l'expression de son accord avec les recommandations médicales. C'est la dimension attitudinale de l'observance thérapeutique. Elle renvoie aux facteurs pouvant intervenir sur le comportement d'observance. En effet l'adhésion thérapeutique se caractérise par un comportement actif et adapté de la part du patient qui agit de manière à atteindre les objectifs thérapeutiques qui ont été établis préalablement entre le professionnel de santé et le patient. Il est sous-entendu que la prise en charge a été discutée et négociée entre les deux partis. (55)

4.1.2 Epidémiologie des phénomènes d'adhésion aux traitements chez la personne âgée

4.1.2.1 Généralités

L'adhésion thérapeutique des traitements est un comportement qu'il est difficile de mesurer et pour lequel il n'existe pas d'outil spécifique (56). Ainsi, contrairement à l'iatrogénie médicamenteuse, l'impact clinique et économique de l'adhésion des traitements par les PA a fait l'objet de peu de travaux et reste très mal évalué.

D'après l'OMS, un certain nombre de revues ont montré que, dans les pays développés, l'adhésion aux thérapies à long terme dans la population est d'environ 50% et est beaucoup plus faible dans les pays en voie de développement (57).

L'adhésion thérapeutique est dépendante du profil du patient et de ses attentes mais aussi d'une prise en charge pluridisciplinaire (médecin, pharmacien, aidants naturels). Chez le patient âgé, la mauvaise adhésion thérapeutique est la cause de pathologies iatrogènes. Elle s'ajoute aux effets physiologiques du vieillissement, ainsi qu'aux interactions médicamenteuses nombreuses chez ces personnes qui sont souvent polymédiquées.

L'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile-de-France a souhaité réaliser une enquête auprès des médecins généralistes d'Ile-de-France afin d'apprécier le degré d'adhésion thérapeutique des patients âgés de plus de 70 ans. Elle est estimée par les patients eux-mêmes, au moyen d'un questionnaire anonyme rempli à leur domicile. Le patient indiquait pour les pathologies qui le concernaient s'il prenait toujours ses médicaments en suivant précisément les indications de l'ordonnance, ou si la prise de médicaments était irrégulière. Les pathologies choisies pour estimer l'adhésion thérapeutique étaient les plus courantes en médecine générale chez les personnes de plus de 70 ans : hypertension artérielle, diabète, maladies cardiaques, rhumatismes, troubles circulatoires, troubles du sommeil, dépression, anxiété, brûlures d'estomac (58).

Focus sur la dépression

Vingt et un pourcent des PA atteintes de dépression traitées par antidépresseurs n'étaient pas observantes contre 60% qui l'étaient (**figure 8**).

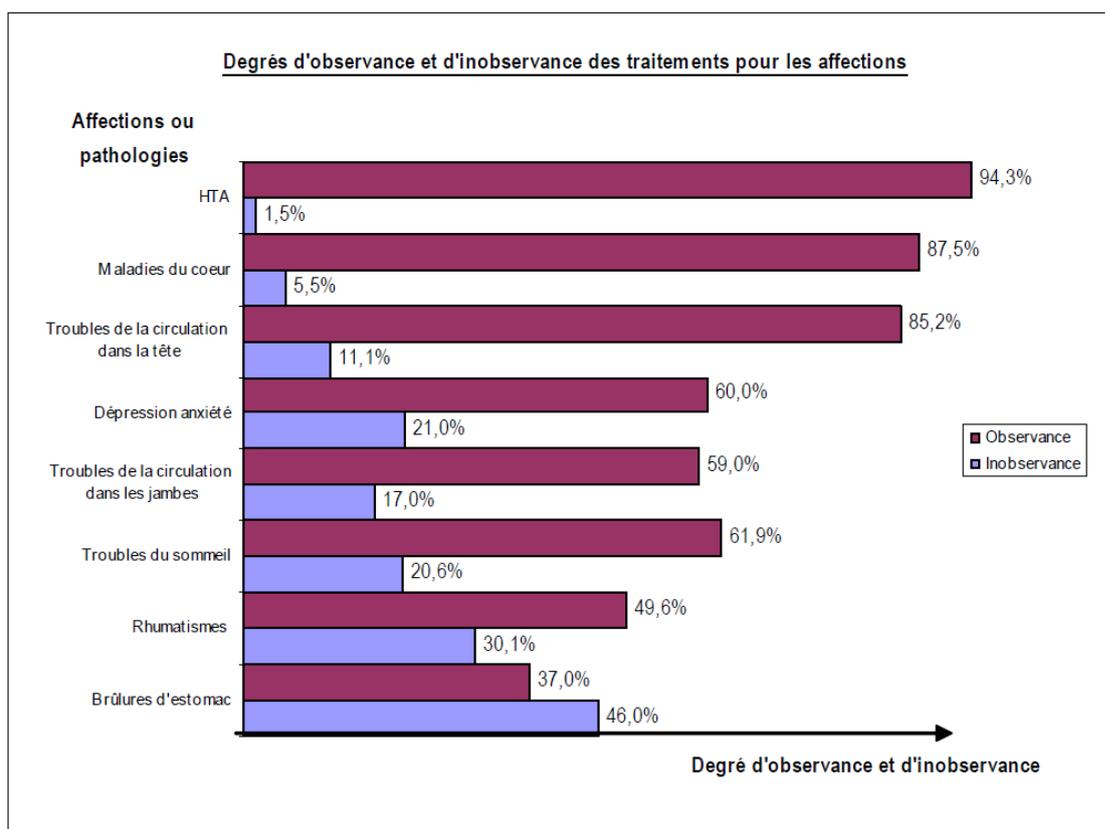


Figure 8 Résultats de l'étude Observance thérapeutique des patients âgés de 70 ans et plus

4.1.2.2 Consommation et adhésion thérapeutique des psychotropes

Une étude conduite dans 6 pays d'Europe entre 2002 et 2003, a démontré que 12% des personnes interrogées avaient déjà consommés au moins un psychotrope dans l'année précédente. Parmi eux, les anxiolytiques apparaissent en première ligne avec 9.8% des patients, les antidépresseurs en deuxième ligne avec 3.7% des patients et enfin les neuroleptiques avec 1.4% des personnes interrogées (59). Cette étude a aussi mis en avant le fait que la France occupait le premier rang concernant la consommation de psychotropes avec 19,2% de consommateurs, devant l'Espagne (15,5%), l'Italie (13,7%), la Belgique (13,2%), les Pays-Bas (7,4 %) et l'Allemagne (5,9 %).

L'efficacité des antidépresseurs est liée à la durée de traitement. En effet une interruption précoce du traitement pourrait entraîner un risque de rechute et de récurrence. Ainsi les guides de bonne pratique internationaux recommandent de poursuivre un traitement antidépresseur au moins six mois après obtention d'une rémission symptomatique chez la population jeune et au

moins 1 an chez la PA. Peu d'études ont évalué la durée des traitements antidépresseurs en France malgré les particularités de son système de soins (couverture universelle, libre accès aux médecins spécialistes et forte consommation médicamenteuse). Une étude réalisée à partir des données de l'Assurance Maladie, révèle que parmi 35 053 patients ayant reçu un antidépresseur entre le 1^{er} janvier 2005 et le 31 décembre 2006, la plupart des traitements antidépresseurs duraient moins de six mois (81,8 %) et plus de la moitié 28 jours ou moins (58,1 %) (60).

4.1.2.3 Impact de la dépression sur l'adhésion thérapeutique de la personne âgée

Les patients atteints de dépression présenteraient un risque de non-adhérence aux autres médicaments. Une étude a été réalisée chez des patients âgés de 20 à 70 ans commençant un traitement antihypertenseur et sans autres maladies chroniques. La sévérité des symptômes de dépression et d'anxiété a été évaluée à l'inclusion et à 3, 6, 9 et 12 mois de suivi, en utilisant l'indice de dépression de Beck II (BDI-II). L'adhésion thérapeutique du traitement a été mesurée par le nombre de comprimés. La non-adhésion a été définie comme la prise de <80% du nombre prescrit de comprimés. Cent soixante-dix-huit patients ont été inclus (58% d'hommes, 50 ans en moyenne). **Le risque de non-adhésion thérapeutique était de 52,6% en 12 mois.** Les personnes ayant au moins une dépression légère (BDI-II \geq 14) étaient plus susceptibles (fois 2,48) de devenir non adhérents dans les 3 mois suivants (61).

4.1.3 Les déterminants de l'adhérence chez les personnes âgées

Il semblerait que les patients âgés soient plus observants vis-à-vis de leur traitement par antidépresseurs que la population plus jeune. Une étude a été réalisée sur 7747 personnes âgées de 65 ans et plus et 27 306 adultes de moins de 65 ans ayant initié un traitement par antidépresseur. L'objectif était d'évaluer si la consommation d'antidépresseurs différait entre les adultes plus jeunes et ceux plus âgés en ce qui concernait la durée du traitement et l'adhésion au traitement. Il en est ressorti que les patients plus âgés avaient une durée de traitement significativement plus longue que les adultes plus jeunes. L'adhésion médicamenteuse était souvent meilleure chez les adultes plus âgés : 23,4% pour les patient plus âgé versus 16,7% pour les patients plus jeunes (62).

L'attitude des patients vis-à-vis de leur traitement comprenait les perceptions de l'efficacité du traitement, leur préférence pour le type de traitement (médicamenteux ou bien via la psychothérapie) et leur connaissance concernant l'étiologie de la dépression (par exemple le fait de ne pas reconnaître la dépression comme une maladie à proprement parler). Le **tableau 6** suivant présente les déterminants les plus fréquemment retrouvés de l'adhésion médicamenteuse de la PA (55).

Facteurs liés au traitement	Facteurs liés au patient	Facteurs liés aux soignants
<ul style="list-style-type: none"> • Polymédication : pouvant être responsable de confusion, d'effets secondaires et interactions souvent indétectées • Posologie non adaptée • Fréquents changements de traitements (notamment durant les hospitalisations) • Forme galénique inadaptée (taille des comprimés, difficulté à s'auto-administrer un collyre, goût d'une spécialité, difficulté à compter des gouttes à boire) • Forme pharmaceutique inadéquate : si deux packagings industriels se ressemblent notamment pour les génériques, si deux noms commerciaux de médicaments ou si des comprimés différents sont quasi identiques • Présence d'effets indésirables ou de contrainte de prise 	<ul style="list-style-type: none"> • Etat cognitif du patient : <ul style="list-style-type: none"> - incompréhension de la nécessité du traitement - mauvaise compréhension des posologies et modes d'administration du traitement - troubles mnésiques, confusion • Etat psychologique <ul style="list-style-type: none"> - dépression, anxiété • Déficits fonctionnels : <ul style="list-style-type: none"> - perte de la dextérité manuelle (par exemple, arthrite, maladie de Parkinson) - problème de vision et d'audition • Isolement social • Problèmes financiers • Représentation de la maladie différente de celle du professionnel • Mauvaise perception de son état de santé • Mauvaise qualité de vie 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque d'empathie, défaut de communication de la part des médecins et des pharmaciens au sujet de la maladie et du traitement médicamenteux • Pas de médecin et/ou de pharmacien régulier • Patient n'osant pas ou de ne voulant pas parler de ses problèmes d'adhésion • Patient qui ne se sent pas acteur de sa prise en charge

Tableau 6 Déterminants les plus fréquemment retrouvés de l'adhésion médicamenteuse de la PA (55)

4.2 Croyances et représentations de la dépression de la population âgée

L'adhésion médicamenteuse dans les maladies psychiatriques est insuffisante. Des études concernant les croyances et les comportements des patients vis-à-vis de la maladie suggèrent que les croyances d'un individu à propos de celle-ci et de son traitement influenceront son adhésion (63).

4.2.1 Représentations de la médication en générale chez la personne âgée

La consommation de médicaments chez la PA est particulièrement représentée par la prise de psychotropes pour lesquels la proportion croît de façon très forte avec l'âge. Après cinquante ans pour les femmes et soixante ans pour les hommes, plus d'une personne sur six y a recours. Plus de 30 % des femmes sexagénaires et au-delà et des hommes octogénaires en consomment. Lorsque l'on observe la consommation médicamenteuse, il s'avère que 28,7 % des PA prennent des somnifères et 12,8 % des antidépresseurs. Il apparaît aussi que la représentation du médicament reste ambiguë : 60,9 % des participants estimaient qu'ils préservent la santé mais le considéraient également comme une drogue qui empoisonne dans presque 50 % des cas (64).

Une étude réalisée en 2005 avait pour objectif de décrire les représentations de la PA concernant les médicaments dans une perspective d'amélioration de l'adhésion médicamenteuse. Pour cela 15 entretiens semi-structurés ont été réalisés auprès de PA gérant elles-mêmes la prise de leurs médicaments au long cours. L'analyse des entretiens a permis de mettre en évidence 3 grands types de champs lexicaux :

- L'environnement global du patient (57 % du discours) dans lequel le médecin est celui qui « juge » le médicament qui est adapté à un malade donné ;
- Le « remède » et ses effets ambivalents sur le corps (24 %), efficacité et effets indésirables
- Le vécu quotidien du traitement par le patient âgé (19 %).

Ces 3 points sont donc primordiaux dans l'analyse des représentations des traitements médicamenteux chez la PA.

4.2.2 Représentation des psychotropes, des antidépresseurs et de la dépression

4.2.2.1 Croyances concernant la dépression

Alors que la population générale et les patients atteints de troubles dépressifs plus légers se réfèrent à des causes ou à des facteurs externes (réactions aux difficultés personnelles et au stress), les patients atteints de dépression plus sévère tendent à faire allusion à une étiologie biologique. Pour leur part, les personnes qui souffrent de dépression tendent à avoir des croyances plus positives au sujet du traitement que les personnes en bonne santé. Les causes de dépression les plus souvent mentionnées sont le stress lié au travail, suivi de la personnalité et de la situation familiale, avec seulement 3,6% des personnes interrogées donnant des raisons biologiques (65).

4.2.2.2 Croyances concernant les antidépresseurs

Les croyances sur les causes de la dépression influencent les préférences de traitement des patients. La préférence pour la psychothérapie est souvent associée à l'idée d'une cause psychologique de la dépression, remontant à des problèmes dans l'enfance, par rapport aux patients qui préfèrent le traitement médicamenteux (66).

Les principales croyances négatives sur les antidépresseurs sont les possibilités de dépendance (en particulier chez les hommes), la sur-médication et la sur-prescription. Plus de 2/3 de la population interrogée en Espagne a démontré que les croyances des patients concernant la dépendance causée par les antidépresseurs, étaient le principal effet indésirable responsable de l'arrêt des médicaments après une courte période (67).

Des résultats similaires ont été obtenus chez des PA de 60 ans atteints de dépression, avec des attitudes négatives envers leur traitement. Les deux principales raisons de la résistance aux antidépresseurs étaient la peur de la dépendance et le fait de ne pas voir la dépression comme une maladie médicale (68).

Il est difficile de différencier les croyances stigmatisantes liées à la dépression de celles liées aux antidépresseurs. Résister ou rejeter l'utilisation d'antidépresseurs pourrait être un moyen

d'éviter l'étiquette de maladie mentale. Dans certains cas, la dépression est perçue comme un signe de faiblesse, et les antidépresseurs comme indicateurs de cette faiblesse (65).

5 Le rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge de la dépression

5.1.1 Le pharmacien : un acteur de proximité

Le pharmacien d'officine détient un rôle majeur dans le système de santé, particulièrement dans la prise en charge des PA. Souvent, il est l'acteur de proximité le plus sollicité du fait d'une large disponibilité qui s'étend sur des plages horaires importantes et sans rendez-vous. Il exerce un rôle d'écoute, de prévention et de conseil auprès des patients.

Depuis la loi HPST de 2009, le pharmacien d'officine n'a plus seulement un rôle de dispensation mais doit dorénavant assurer un suivi personnalisé de chaque patient. Parmi les nombreuses missions du pharmacien d'officine, il doit participer à la coopération entre professionnels de santé, à la mission de service public de la permanence des soins, à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement des patients. Il est donc en première ligne pour suivre la consommation médicamenteuse du patient grâce au dossier pharmaceutique et à l'historique médicamenteux. Cet outil permet d'apprécier indirectement l'adhésion thérapeutique grâce aux informations sur le renouvellement des prescriptions (69).

5.1.2 Le repérage et l'orientation des patients atteints de dépression

Il est très délicat d'aborder un sujet comme la dépression avec le patient, au comptoir, sans s'immiscer dans son intimité. Le choix des mots à utiliser est important pour transmettre les bonnes informations concernant la maladie, les médicaments. Il faut être capable d'apporter l'écoute, l'empathie dont le patient a besoin tout en gardant une posture de professionnel de santé. Le pharmacien d'officine est souvent le professionnel de santé le plus au contact du patient. Il est à même de pouvoir détecter une dépression que ce soit par les plaintes du patient ou bien par une vision fréquente et globale du patient.

Les pharmaciens sont en mesure d'effectuer des services de dépistage et d'évaluation des risques liés à la dépression et d'orienter les patients ainsi dépistés auprès des professionnels de santé appropriés. Des programmes de dépistage de la dépression réalisés au sein des pharmacies de ville ont le potentiel d'augmenter la détection précoce de la dépression, ce qui peut mener à une prise en charge efficace. En effet, d'après une étude australienne réalisée auprès de 20

pharmaciens issus de 12 pharmacies de ville, il en ressort que plus de 70% des patients ont été orientés auprès d'un médecin généraliste ou d'un psychologue pour évaluation après avoir été dépistés par les pharmaciens. Les freins à la mise en œuvre de ce service de dépistage sont le manque de temps, la stigmatisation de la maladie et une méconnaissance du rôle des pharmaciens. Les leviers comprennent l'accessibilité du pharmacien, la présence d'un espace de consultation privé dans la pharmacie et des campagnes de sensibilisation (70).

5.1.3 Dispensation et conseils au patient : importance de la communication patient-pharmacien

Le rôle du pharmacien tend vers un réel accompagnement du patient dans sa maladie, sur le vécu de sa maladie, son adhésion thérapeutique, la présence ou non d'effets indésirables ou bien l'éducation. Cette approche centrée sur le patient est basée sur l'établissement d'une relation de confiance patient-pharmacien qui apparaît comme la clé du rôle actuel du pharmacien d'officine. Ce dernier semble ainsi être l'acteur majoritaire pour aborder des problèmes concernant les traitements antidépresseurs. Une communication efficace entre les pharmaciens et les patients, en particulier avec une approche centrée sur le patient, est importante pour répondre à leurs préoccupations concernant l'utilisation des antidépresseurs. Cependant, peu d'études ont examiné les comportements de communication des pharmaciens dans la prise en charge de la dépression au comptoir. Une étude a été réalisée auprès de pharmaciens d'officine afin de caractériser les interactions pharmacien-patient au cours des consultations impliquant l'utilisation d'antidépresseurs. Il en ressort que les pharmaciens semblent adopter une approche « centrée sur les médicaments » lorsqu'ils prodiguent des conseils sur les problèmes liés aux antidépresseurs. Il est cependant possible d'améliorer les comportements de communication centrés sur le patient, en particulier les discussions sur le mode de vie/psychosocial, de faciliter la participation des patients et d'établir des relations émotionnelles (71).

5.1.4 S'assurer de la bonne adhésion thérapeutique du patient

La dépression est souvent vécue comme une maladie honteuse et le pharmacien doit faire face à des réticences quant à la prise de traitements antidépresseurs. Il est donc important de s'assurer

de la bonne adhésion thérapeutique des médicaments, et notamment du respect des doses prescrites, du nombre de prises et des horaires de prises dans la journée, de la durée du traitement (au moins 6 mois) et des délais d'obtention de l'efficacité du traitement (8-12 semaines chez la PA) (72).

5.1.5 Améliorer le suivi du patient

Pour améliorer son action auprès des PA dépressives, le pharmacien peut aussi renforcer le contrôle de l'automédication et établir une gestion des effets indésirables. La valorisation du traitement antidépresseur contribue à une meilleure adhésion thérapeutique du traitement. L'explication de la durée du traitement antidépresseur reste primordiale pour obtenir une rémission totale.

5.1.6 Promouvoir la prise en charge non médicamenteuse

Le pharmacien détient aussi un rôle de promotion de la prise en charge non médicamenteuse. Il peut valoriser auprès du patient les solutions de naturopathie (homéopathie, aromathérapie, phytothérapie), de psychothérapie et de méthodes de relaxation (sophrologie, acupuncture, méditation).

Partie expérimentale :

Analyse des représentations et croyances des pharmaciens et préparateurs en officine vis-à-vis de la prise en soin de la personne âgée atteinte de dépression

1 Introduction

Selon l'Organisation mondiale de la santé, les troubles mentaux constituent une des plus lourdes charges en termes de morbidité dans le monde. La dépression toucherait plus de 300 millions de personnes selon des estimations. Il s'agit de la première cause d'incapacité dans le monde (11). Quinze à trente pourcent des Personnes Âgées (PA) consultant en médecine générale, 30 à 40 % des PA hospitalisées et 35 à 45 % des PA vivant en institution sont atteints de dépression (73). Par ailleurs, selon les estimations, 40 % des dépressions de la PA ne sont pas dépistées (13). Le tableau clinique de la dépression est hétérogène chez les PA et le contexte socio-environnemental est souvent favorable au développement d'affects dépressifs. La prise en charge thérapeutique de l'épisode dépressif majeur modéré à sévère chez la PA repose notamment sur l'utilisation de médicaments antidépresseurs.

Les pharmaciens et préparateurs en officine sont des acteurs de santé de premier recours réalisant un accompagnement des patients à l'initiation et tout au long du traitement afin d'évaluer et d'assurer l'adhésion au traitement.

Il est difficile de différencier les croyances stigmatisantes liées à la dépression de celles liées aux traitements antidépresseurs. Résister ou rejeter l'utilisation d'antidépresseurs pourrait être un moyen d'éviter l'étiquette de maladie mentale (65). Des études concernant les croyances et les comportements des patients vis-à-vis de la maladie suggèrent que les croyances d'un individu à propos de celle-ci et de son traitement influenceront son adhésion (63).

De plus, les croyances et représentations des professionnels à propos d'une maladie ou d'un traitement auront un impact sur le suivi et le discours au patient. En effet, les informations transmises dans cette relation circulent dans les deux sens : du professionnel de la santé au patient, mais aussi du patient au professionnel. Chacun aura ses représentations qui influenceront leurs discours. (74), (75).

Ainsi, l'objectif de cette étude était d'analyser les représentations et croyances des pharmaciens et préparateurs en officine vis-à-vis de la dépression de la PA et de sa prise en soin.

2 Matériel et méthode

Une analyse qualitative explorant les représentations et croyances des pharmaciens et préparateurs en officine a été menée par le biais d'entretiens semi-directifs.

2.1 Population et centres de l'étude

La population de l'étude était constituée de professionnels de santé exerçant en pharmacie d'officine de la région lyonnaise (69). Les critères d'inclusion étaient les suivants : pharmaciens (titulaire ou adjoint) ou préparateurs en pharmacie, francophones, acceptant de participer à l'étude.

2.2 Recueil des données : l'entretien semi-directif

2.2.1 Elaboration du guide d'entretien

Afin de standardiser le déroulement et le contenu des entretiens semi-directifs, un guide d'entretien a été élaboré par un groupe de travail composé de deux pharmaciens, un étudiant en pharmacie et un géronto-psychiatre (**tableau 7**). Ce guide d'entretien était composé de 11 questions ouvertes (et de questions de relance) pouvant être regroupées en 3 thématiques :

- La dépression de la PA et le repérage en officine
- La prise en soin médicamenteuse et non médicamenteuse de la dépression à l'officine
- Les freins et leviers à l'adhésion thérapeutique de la PA dans les traitements antidépresseurs

Questions préliminaires	
Quel âge avez-vous ? Depuis combien de temps exercez-vous votre profession ?	
Thème 1 : La dépression de la personne âgée et le repérage en officine	
Question 1	Quels sont les termes/les mots que vous utilisez pour définir la maladie « dépression » auprès des personnes âgées ? Relance : <ul style="list-style-type: none"> - <i>Adaptez-vous votre vocabulaire (mots/termes utilisés) en fonction de l'âge de la personne en face de vous ? Si oui, dans quel contexte adaptez-vous le vocabulaire (environnemental ou patient)</i>
Question 2	Selon votre expérience au comptoir, comment se manifeste la dépression chez la personne âgée ? Relance : <ul style="list-style-type: none"> - <i>Quels sont les symptômes/signes que vous pouvez observer le plus fréquemment chez cette population ?</i> - <i>Repérez-vous en officine des personnes âgées atteintes de dépression et non-traitées par des antidépresseurs ? Si oui, comment ? (Plaintes, demande spontanée de médicament hors ordonnance)</i>
Thème 2 : La prise en soin en officine médicamenteuse et non-médicamenteuse	
Question 3	Quels termes/mots/expression utilisez-vous pour aborder le traitement antidépresseur avec un patient âgé ? Relance : <ul style="list-style-type: none"> - <i>Adaptez-vous votre vocabulaire en fonction de la personne devant vous ? Si oui, comment adaptez-vous votre vocabulaire (caractéristiques du patient, environnement...)</i> ? - <i>Si vous n'utilisez pas le mot « antidépresseur », quelles en sont les raisons ?</i> -
Question 4	Dans le cas où il s'agit d'un aidant ou bien d'un membre de la famille qui vient chercher le traitement, adapter vous votre vocabulaire ? Quels sont les mots utilisés ?
Question 5	Quels conseils à l'officine avez-vous l'habitude de dispenser aux patients âgés atteints de dépression ? Relance : <ul style="list-style-type: none"> - <i>Chez les patients traités ? Chez les patients non traités ? Conseils médicamenteux et non médicamenteux ? Comment adaptez-vous votre conseil ?</i>
Question 6	Quelles sont les informations/conseils que vous dispensez aux patients concernant l'efficacité de leur traitement antidépresseur ? Relance : <ul style="list-style-type: none"> - <i>Comment adaptez-vous votre conseil ?</i> - <i>Arrivez-vous à réaliser un suivi de l'efficacité du traitement au cours des dispensations ultérieures ? Si oui, comment ?</i>
Question 7	Quelles sont les informations que vous dispensez aux patients concernant la tolérance du traitement ? Relance : <ul style="list-style-type: none"> - <i>Mentionnez-vous les effets indésirables ? Si oui, lesquels ?</i>
Question 8	De façon générale, que pensez-vous des posologies des traitements antidépresseurs chez la personne âgée ? Vous arrive-t-il d'intervenir auprès des prescripteurs ? Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?
Thème 3 : Influence des représentations de la personne âgée	
Question 9	Pour vous, quels sont les facteurs favorisant (= leviers) la bonne observance des traitements antidépresseurs chez la personne âgée ?
Question 10	Pour vous, quels sont les freins à l'observance des traitements antidépresseurs chez la personne âgée ?
Question 11	Quelles questions pourrait-on poser au patient au comptoir afin de savoir comment il perçoit son traitement et sa maladie avant une dispensation et un conseil associé ?

Tableau 7 Guide d'entretien semi-directif de l'équipe pharmaceutique officinale

2.2.2 Réalisation des entretiens semi-directifs et recueil de données

Après présentation des objectifs de l'étude et obtention de leur accord oral, des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès des participants. Les entretiens ont été réalisés dans un espace de confidentialité et ont été entièrement enregistrés (après accord du participant) afin d'extraire le plus fidèlement les données qualitatives recueillies au cours des entretiens. Le nombre d'entretiens réalisés a été fonction de la saturation des données. La saturation des données est atteinte lorsqu'aucune information supplémentaire n'est mise en évidence au cours des dernières unités d'observations analysées. Selon les données de la littérature, la saturation des données est généralement observée à partir de 12 entretiens semi-directifs (76).

2.2.3 Analyse des données

Les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, profession, nombre d'années d'expérience) des pharmaciens et des préparateurs en pharmacie d'officine ont été recueillies.

La totalité des entretiens ont été retranscrits à l'aide des enregistrements réalisés par dictaphone. La durée moyenne de retranscription pour un entretien était de 2 heures et comprenait plusieurs étapes : retranscription, correction par réécoute et relecture par un second auteur.

À partir des retranscriptions, une analyse thématique des verbatims recueillis a été réalisée. L'analyse consiste en l'identification des thèmes et éventuellement des sous-thèmes et en la classification des verbatims au sein de ces thèmes. Ces 2 étapes ont été réalisées par 2 auteurs différents.

3 Résultats

3.1 Caractéristiques de la population

Afin d'obtenir la saturation des données, treize pharmaciens et préparateurs en officine ont été inclus pour la réalisation des entretiens semi-directifs. La population était composée de huit pharmaciens et de cinq préparateurs en pharmacie (**tableau 8**). La durée moyenne des entretiens était de $14,8 \pm 4,6$ minutes (7 à 21 minutes).

		Pharmacien n=8	Préparateur n=5	Total n=13
Sexe	Femme	6	3	9
	Homme	2	2	4
Age (m±SD), en année		43,0±13,3	38,0 ± 11,0	41,1±12,2
Nombre d'année d'exercice (m±SD)		15,2±12,8	12,2±9,5	14,0±11,3

Tableau 8 Caractéristiques de la population étudiée

3.2 Thèmes et sous-thèmes abordés lors des entretiens

Les principaux thèmes et sous-thèmes identifiés par l'analyse thématique des données qualitatives obtenues des entretiens avec les pharmaciens et les préparateurs en officine sont présentés et illustrés par des exemples de *verbatim*s (Ph pour Pharmacien et Pr pour préparateur) ci-dessous.

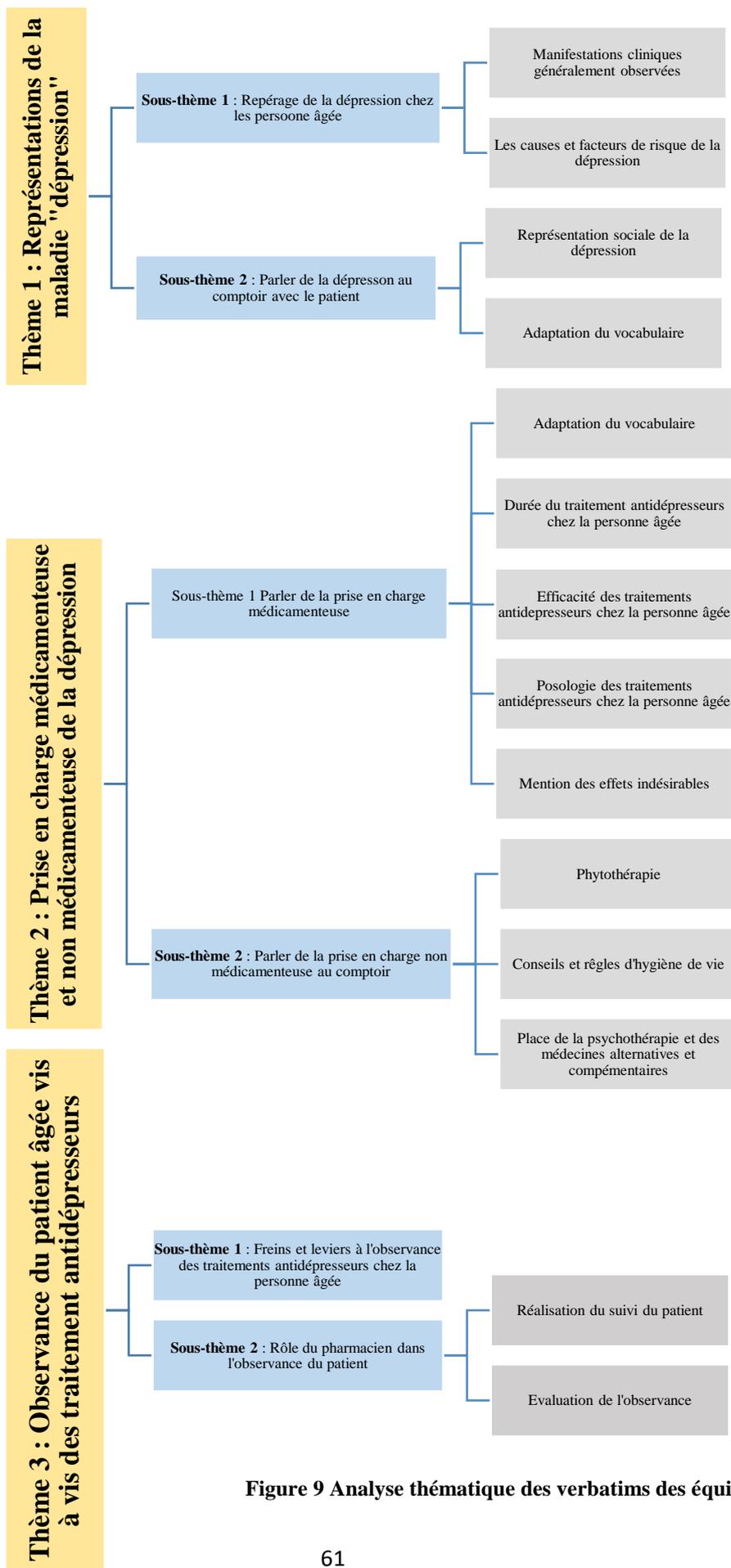


Figure 9 Analyse thématique des verbatims des équipes officielles

3.2.1 La maladie dépression

3.2.1.1 Représentations de la dépression chez la personne âgée et des facteurs de risques

Les représentations des pharmaciens et préparateurs interrogés concernant la dépression de la PA correspondaient aux manifestations cliniques décrites, c'est à dire une baisse de moral, un état de tristesse, de l'anxiété et de la nervosité, des troubles de l'humeur, des troubles du sommeil et une notion de perte de motivation à effectuer les activités de la vie quotidienne (**encadré 1**). Un des pharmaciens décrivait la PA comme une personne lassée d'être toujours malade et de ne jamais réellement guérir, comme si l'incurabilité et la chronicité des pathologies pouvaient être une étiologie de la dépression. Certains des participants mentionnaient également l'absence de plainte chez la PA, nécessitant ainsi une attention particulière aux éléments non verbaux pour le repérage d'éventuels signes de dépression à l'officine.

Encadré 1

« On aura en face de nous une personne qui est triste, fatiguée et qui manque d'énergie. Et puis surtout ça sera une personne très négative : elle n'aura plus envie, plus la motivation de faire quoi que ce soit. » Pr

« Alors je vais plutôt dire « pas le moral », pas envie de se lever, pas envie de sortir, pas envie de faire d'effort pour se préparer à manger. Au comptoir, on va la voir maigrir, ne plus faire attention aux vêtements qu'elle met alors qu'elle prenait soin d'elle. » Ph

« Ces gens-là, peuvent être joviaux quand ils viennent au comptoir. On pourrait ne pas s'en douter si on ne discute pas et qu'on ne creuse pas. [...] Ils ne vont pas se plaindre. » Ph

La majorité des participants s'accordent à dire que la PA déprimée est une personne seule et isolée (**encadré 2**). En effet, la plainte est souvent orientée vers l'absence de la famille, une impression d'être seule et abandonnée. De plus, les pharmaciens et préparateurs interrogés soulevaient également le lien entre la dépression et le deuil.

Encadré 2

« Non, après je pense que chez la personne âgée c'est presque normal. [...] C'est parce qu'elles sont extrêmement seules » Pr

« Je pense qu'il y a beaucoup de dépression chez la personne âgée mais qui sont des dépressions liées au changement du style de vie ou à la solitude. Ce sont souvent des personnes âgées très seules qui n'ont pas leur famille. [...] Chez la personne âgée on va souvent donner un antidépresseur rapidement à la suite d'un deuil » Ph

3.2.1.2 Parler de la dépression au comptoir

Dans la majorité des cas, les pharmaciens et préparateurs n'utilisent pas le mot « dépression » pour parler de la maladie avec les patients du fait de la connotation négative en lien avec la stigmatisation de cette pathologie psychiatrique (**encadré 3**). Les termes utilisés ont principalement pour objectif de minimiser les troubles afin de ne pas brusquer la PA. L'une des principales raisons évoquées par les participants était la méconnaissance des termes utilisés par le prescripteur pour parler de la maladie avec le patient et notamment à l'initiation d'un traitement. Certains évoquent également le problème de confidentialité au comptoir pour parler de la maladie avec le patient.

Encadré 3

« On ne dit jamais le mot dépression car c'est un mot à forte connotation. » Ph

« Principalement parce que c'est une personne âgée et que la dépression c'est mal vécu dans la société et chez les personnes âgées la plupart du temps. » Ph

« Non, je pense qu'il ne faut pas dire ce mot. Parce que justement ça peut faire peur. La dépression c'est un grand mot [...]. » Pr

« Mais pour moi c'est plus aussi une histoire de confidentialité. Même si on respecte les écarts entre les comptoirs, on entend quand même d'un comptoir à l'autre. » Ph

« [...] Parce que si la personne va vous dire « je suis en pleine dépression », et bien ok, on pourra dire ce traitement est un « antidépresseur ». Mais si elle ne le dit pas, on ne sait pas comment elle ressent sa maladie. » Pr

« C'est très rare les cas où je vais dire « un antidépresseur » ou « dépression ». On a toujours peur que le patient le prenne mal, si le médecin leur en a parlé ou pas. » **Pr**

« Chez la personne âgée [...] On va plutôt dire « pour vous remonter le moral », pour « vous aidez », « pour que vous voyez la vie un peu mieux » **Ph**

« [...] Je vais jouer sur les mots pour contourner le mot dépression mais quand même lui faire comprendre que c'est une petite déprime, des moments difficiles à passer. » **Pr**

3.2.2 La prise en charge médicamenteuse et non-médicamenteuse de la dépression

3.2.2.1 Parler de la prise en charge médicamenteuse au comptoir

3.2.2.1.1 Adaptation du vocabulaire

La majorité des participants ont déclaré qu'aborder le traitement médicamenteux au comptoir était aussi délicat qu'aborder la maladie dépression. Ils sont aussi confrontés à une adaptation du vocabulaire pour aborder le traitement antidépresseur avec la PA (**encadré 4**). Afin d'adapter le vocabulaire utilisé auprès de la PA au comptoir, deux stratégies ont pu être décrites : soit utiliser des termes reprenant les manifestations cliniques pour désigner le médicament, soit demander au préalable au patient l'explication fournie par le prescripteur à l'initiation du traitement.

Encadré 4

« Je vais dire voilà votre médicament sans dire « antidépresseurs ». Je dirais que c'est un traitement pour vous remonter le moral, pour vous aider à remonter la pente » **Pr**

« J'évite d'utiliser directement le mot « antidépresseur » [...] Une fois qu'on a parlé de la situation, qu'on a cerné la personne, j'utilise le mot antidépresseur pour expliquer le médicament » **Pr**

« Le mot antidépresseur je n'aime pas l'employer. Je préfère employer « des stabilisateurs d'humeur », « des médicaments pour améliorer votre bien être », « des médicaments pour stabiliser votre existence, pour la rendre moins difficile » **Ph**

« En générale je commence toujours par demander au patient ce que le médecin lui a demandé. Je vais utiliser les mêmes mots que ce que le médecin aura dit » Pr

3.2.2.1.2 Durée et efficacité du traitement antidépresseur chez la personne âgée

Concernant la durée du traitement par antidépresseurs chez la PA, aucun des participants n'avait d'idée précise concernant la durée de traitement par antidépresseurs (**encadré 5**). Les pharmaciens et préparateurs ont déclaré qu'il s'agissait d'un « traitement long », « de l'ordre de quelques mois » et qu'il fallait « le prendre régulièrement ». Ils ont également mentionné qu'ils précisaient aux patients qu'il ne fallait pas arrêter le traitement brusquement sans avis du prescripteur et qu'en cas d'arrêt cela nécessiterait une diminution progressive des doses jusqu'à l'arrêt.

Concernant le délai d'action des antidépresseurs, les pharmaciens et préparateurs mentionnent aux patients que le traitement n'agira pas immédiatement et que ça pourra mettre de quelques jours à 1 mois. Certains participants déclaraient qu'ils préféraient ne pas donner de limite de temps ou mentionner un délai d'action relativement rapide afin de favoriser l'adhésion au traitement. D'autres ont déclaré qu'ils ne disposaient pas des connaissances et des compétences pour juger de l'efficacité du traitement.

Encadré 5

« C'est un traitement qu'il faut prendre régulièrement à ne surtout pas arrêter du jour au lendemain sans avis du médecin et que c'est un traitement généralement qui dure au moins 6 mois. » Ph

« Après, je précise aussi que c'est un traitement de longue durée, qu'il va falloir attendre 15 jours pour qu'il y ait de l'effet. Il ne faut pas arrêter, il faut continuer, il faudra un peu de courage pour se soigner » Ph

« A l'initiation, moi je leur explique bien que ça va mettre beaucoup de temps et que ça peut aller jusqu'à trois semaines avant qu'il sente un mieux [...] » Ph

« Je vais rappeler qu'il faut 15 jours de délais voire un mois pour observer une réelle efficacité et voir un bon résultat. Il ne faut pas arrêter le traitement d'un coup sans avis du médecin. » Ph

« Je vais leur dire que ça va agir en quelques jours, je ne leur dirais pas forcément le temps imparti parce que sinon... L'objectif c'est qu'ils adhèrent au traitement donc il faut essayer de leur donner une image relative de rapidité d'action même si ça va être moins rapide que ça. »

Ph

3.2.2.1.3 Posologies des antidépresseurs utilisés chez la personne âgée

Deux types de discours ont été identifiés (**encadré 6**) : certains participants déclarent que les prescripteurs savent ce qu'ils font et que l'équipe officinale n'a pas les connaissances nécessaires pour juger de la pertinence de la posologie d'antidépresseur utilisée chez la PA ; d'autres déclarent que la prescription d'antidépresseur chez la PA est souvent trop « facile » et que l'étiologie de la dépression n'est pas toujours investiguée par les prescripteurs. Pour ces pharmaciens et préparateurs, les posologies prescrites sont trop élevées et insuffisamment réévaluées au cours du temps.

Encadré 6

« Mais chez la personne âgée, ce sont des doses classiques, rien d'extraordinaire » Ph

« Je n'ai pas vraiment d'avis. Le médecin sait ce qu'il fait. Il peut évaluer si le foie fonctionne correctement, si les reins marchent bien pour son âge » Pr

« Chez la personne âgée c'est souvent vite fort, les dosages sont rapidement forts. Peut-être que parfois on pourrait diminuer les posologies, mettre un dosage plus petit » Ph

« [...] Souvent elle est un peu importante et on devrait plus diminuer les doses. Souvent les médecins ne tiennent pas en compte l'état de leurs reins et de l'élimination du médicament »

Ph

3.2.2.1.4 Mention des effets indésirables des antidépresseurs au comptoir

Concernant les effets indésirables (EI) des antidépresseurs, la majorité des participants ne voyaient pas l'intérêt de les mentionner aux patients lors de la dispensation (**encadré 7**). La principale raison évoquée était l'adhésion médicamenteuse. Selon les pharmaciens et préparateurs, la mention des EI pourrait faire peur et influencer son adhésion au traitement. La PA serait une personne anxieuse et difficile à convaincre, il serait donc préférable de ne pas mentionner les EI. Cependant, en cas de demande spontanée des patients, les principaux EI mentionnés étaient la somnolence pour certaines molécules et les nausées et vomissements pour d'autres

Encadré n°7

« Je ne mentionne pas les effets indésirables pour des raisons d'observance. Si on leur dit les effets indésirables [...] ça va leur faire peur. » Pr

« [...] tous les effets secondaires liés aux psychotropes je les bannis. Parce qu'ils vont de soi, et ils ont normalement déjà été abordés chez le thérapeute donc je n'en rajoute pas. » Ph

« De manière générale on ne prend pas forcément beaucoup le temps [...] Le but n'est pas de leur faire peur. Des personnes sont retissant à démarrer ce genre de traitement donc on va éviter de leur dresser tout de suite la liste de tous les effets indésirables » Ph

« Je vais être basique, je vais dire que dans tous les médicaments il y a des effets indésirables et je mentionnerais que les principaux : la somnolence, les nausées [...]. Parce qu'une personne âgée, elle va se faire peur, se faire des films. Les personnes âgées sont beaucoup plus anxieuses » Pr

3.2.2.2 Parler des thérapeutiques alternatives au comptoir

3.2.2.2.1 Phytothérapie

Au cours des entretiens, l'utilisation de la phytothérapie a également été abordée. Ainsi, l'utilisation du millepertuis a été citée (**encadré 8**). Cependant, les pharmaciens et préparateurs

évoquaient leur réticence à proposer cette plante étant donné les nombreuses interactions médicamenteuses. D'autant plus auprès des PA qui sont souvent polymédiquées.

D'autres plantes utilisées dans la prise en charge des manifestations associées à la dépression comme les manifestations anxieuses ou les troubles du sommeil sont plus facilement proposées aux patients car plus aisées à manier.

Encadré 8

« Le millepertuis. Mais je ne le conseillerai pas comme ça. Je le fais plus dans un traitement de sevrage aux antidépresseurs. » Pr

« Par exemple le millepertuis qui a de bonnes vertus dans la prise en charge de la dépression. Après c'est difficile à manier à cause de toutes les interactions médicamenteuses. Surtout chez la personne âgée qui prends déjà pleins d'autres médicaments » Pr

« [...] On peut aussi agir sur les troubles du sommeil associés avec des plantes comme valériane, escholtzia. » Pr

« Déjà par exemple si elle va avoir des troubles du sommeil, oui on va lui donner des choses qui seront plus déstressantes de types infusions ou des plantes comme la passiflore, la valériane, tout ça. » Pr

3.2.2.2 Conseils et règles d'hygiène de vie

Selon les pharmaciens et préparateurs, la cause principale de la dépression chez la PA est l'isolement. Pour cela, les membres de l'équipe officinale conseillent aux patients âgés de sortir, de prendre l'air, de se changer les idées et éventuellement, si c'est possible, d'aller voir leur famille (**encadré 9**).

Encadré 9

« Déjà dans le cadre de vie : ne pas rester chez soi enfermé, sortir, prendre contact avec des gens, faire du sport, faire de la relaxation, des choses adaptés. Des choses pour améliorer la qualité de vie. » Pr

« [...] on pourrait très bien leur conseiller de faire du sport, de faire des activités, de sortir.
Mais oui ce n'est peut-être pas quelque chose à laquelle on pense. » **Ph**

3.2.2.2.3 Place de la psychothérapie et des médecines alternatives et complémentaires

Seulement deux participants (un pharmacien et une pharmacienne) ont mentionné au comptoir la possibilité d'avoir recours à un soutien psychologique (**encadré 10**). Ils mentionnaient que le traitement médicamenteux permettait de soulager le patient mais pas de traiter la cause de la dépression. En fonction du profil du patient, l'acupuncture et la médecine chinoise pouvaient également être évoquées avec le patient.

Encadré 10

« En générale on fait parler les gens, parce qu'ils ont besoin d'être écoutés et ils ont envie de parler. Moi je leur dis que de prendre un médicament ça ne résout pas le problème. Il y a quelquefois un besoin de voire quelqu'un notamment orienter sur de la psychothérapie » **Ph**

« Je pense qu'il faut trouver la cause au problème. Le médecin ne va pas passer autant de temps avec le patient, donc l'antidépresseur c'est une solution de facilité. » **Ph**

« Je lui dirais d'aller reconsulter son médecin si ça ne va pas mieux et éventuellement d'essayer d'utiliser des alternatives aux médicaments comme l'acupuncture ou bien la médecine chinoise » **Ph**

3.2.3 Adhésion au traitement antidépresseur chez la personne âgée

3.2.3.1 Les freins et leviers à l'observance

Les freins et leviers à l'adhésion au traitement antidépresseur identifiés par les pharmaciens et préparateurs sont exposés dans le **tableau 9**.

		Verbatims	Occurrences
Freins	Mémoire	« La mémoire principalement. Ils oublient de prendre leur traitement et ils ne le font peut-être pas exprès. Les gens ne disent pas qu'ils ne veulent pas prendre leur traitement. » Ph	1/13
	Stigmatisation du traitement	« Le fait que ce soit un antidépresseur peut les inciter à ne pas le prendre. Il y a des personnes, juste le fait de savoir que c'est un antidépresseur ils ne vont pas le prendre [...] le mot est un peu stigmatisant » Ph	1/13
	Effets indésirables	« Bien, un effet secondaire qui va se déclarer ou bien un effet qu'elles vont imputer au traitement antidépresseur [...] qu'elles ne le prennent pas parce qu'elles ne veulent pas s'y habituer » Ph	4/13
	Non compréhension du traitement	« Souvent c'est qu'ils en ont marre de prendre pleins de médicaments. Mais principalement parce qu'ils ne comprennent pas à quoi ça sert. » Ph « Alors pour moi la bonne compréhension du traitement est super importante. Ma grand-mère était sous antidépresseurs mais pendant des années elle n'a jamais su à quoi correspondait son cachet » Pr « Par exemple qu'on leur explique mieux leur traitement au comptoir. S'ils comprennent l'intérêt du traitement, ils le prendront correctement » Ph	6/13
Leviers	Efficacité ressentie	« Ce qui motiverait le plus c'est qu'ils se sentent mieux. Que le médecin arrive à trouver le médicament qui va faire qu'elles auront un meilleur moral » Ph « Le plus important c'est qu'ils ressentent une réelle amélioration de leur état. S'ils sentent que le traitement leur font du bien, ils le prendront. Il faut leur donner envie de prendre leur médicament. » Pr	7/13

		« Si la personne se sent mieux et bien elle prendra correctement son traitement. » Ph	
	Présence d'un aidant/infirmier	« Le fait qu'il y ait quelqu'un qui prépare les médicaments. Souvent ils ont des infirmiers qui passent à la maison préparer les piluliers et là on n'est pas inquiets. De même quand il y a la famille qui s'en occupe » Ph « L'infirmière aussi car en plus ça leur fait une petite visite, ils sont tous contents parce qu'ils ont vu leur infirmière [...] quelqu'un qui les aide, qui les entoure » Ph	6/13
	L'utilisation d'un pilulier	« L'aide à l'observance ça peut être le pilulier, elles prennent tout ce qu'il y a dedans au moment où elles le prennent [...] » Ph « Eventuellement nous, pharmacien d'officine c'est dans nos capacités et nos attributions de faire la préparation des PAD (préparation à administrer) » Ph	2/13

Tableau 9 Freins et leviers à l'observance des traitements antidépresseurs chez la personne âgée

3.2.3.2 *Rôle du pharmacien et du préparateur dans le suivi de la tolérance et de l'adhésion médicamenteuse*

Les préparateurs et pharmaciens ont déclaré qu'il était aisé d'ouvrir la discussion au comptoir sur la tolérance des traitements et l'apparition éventuelle d'EI (**encadré 11**).

Les participants déclaraient également qu'il s'agissait de leur rôle premier de suivre l'adhésion médicamenteuse des patients et notamment les PA. Plusieurs méthodes de l'évaluation de l'adhésion au traitement étaient évoquées : questions aux patients ou via les données du logiciel de dispensation/dossier pharmaceutique du patient.

Encadré 11

*« Notre rôle sera principalement de se rendre compte de l'observance du patient et de la détection des effets indésirables en expliquant qu'il faut être à l'écoute de son corps » **Ph***

*« Moi je leur demande toujours si ça va, et si tout se passe bien avec leur traitement. Je leur demande s'ils le prennent bien tous les jours. Après ça ouvre à la discussion. Ce ne sont pas des questions ouvertes mais ça me permet d'avoir les infirmations que je veux concernant ses prises de traitements » **Ph***

*« En fait nous dans un premier temps on peut faire en sorte qu'ils prennent bien leur traitement, c'est notre rôle. On peut aussi vérifier dans l'ordinateur qu'ils prennent bien leur boîte tous les mois. S'ils le prennent tous les jours forcément ils reviendront tous les mois prendre leur traitement. Et si on voit qu'ils viennent une fois tous les deux mois, là il y a un souci » **Ph***

4 Discussion

L'objectif de l'étude était d'analyser les représentations et croyances des membres de l'équipe officinale concernant la dépression et les traitements antidépresseurs chez la PA. Pour cela une analyse qualitative a été réalisée auprès de pharmaciens et de préparateurs en officine. Les représentations et croyances ont été recueillies par le biais d'entretiens individuels semi-directifs permettant d'obtenir une richesse et une diversité de données qualitatives. À notre connaissance, aucune étude explorant les représentations sur la prise en soin de la dépression chez la PA n'a été menée au sein des équipes officinales et notamment auprès des préparateurs, professionnels de santé en contact avec les patients et souvent oubliés de la recherche.

4.1 La dépression de la personne âgée vue par les équipes officinales

Les personnes interrogées assimilaient vieillesse et dépression comme étant étroitement liées. Pour la majorité, être âgé signifiait devenir dépressif. En effet souvent, les causes principales nommées sont la solitude et le deuil. Par ailleurs, tous s'accordent à dire que les manifestations cliniques chez la PA sont différentes de celles rencontrées dans la population plus jeune : perte d'appétit, troubles du comportement, apathie, notion d'incurabilité chez les PA par rapport à : tristesse, troubles du sommeil, baisse de moral, perte de motivation. Enfin, les PA se plaignent plus difficilement et ont tendance à masquer les signes cliniques.

Il reste difficile d'aborder la dépression au comptoir du fait de la connotation négative de cette maladie dans la société et des problèmes de confidentialité liés à l'agencement de certaines officines. Pour cela, les pharmaciens et préparateurs préfèrent utiliser des mots plus positifs, moins agressifs ou bien ceux déjà mentionnés par le médecin ou le patient. Une étude a mesuré l'impact d'une journée de formation sur la dépression pour les pharmaciens comprenant une séance de 75 minutes avec des spécialistes de la communication en santé. La journée de formation comprenait des conférences interactives sur la dépression, les effets secondaires et les indications pour l'utilisation des antidépresseurs, les problèmes d'adhésion, les différentes options de traitement non médicamenteuses ; et des compétences de base en communication. L'étude a utilisé un modèle comparatif randomisé pour mesurer la stigmatisation, les attitudes et la pratique actuelle des pharmaciens. Les scores moyens après la séance d'entraînement étaient significativement plus élevés dans le groupe d'intervention que dans le groupe témoin.

Au final ,une journée de formation sur la dépression pour les pharmaciens peut améliorer les conseils prodigués aux personnes souffrant de dépression (77).

Une étude portant sur les attitudes des professionnels de la santé mentale (psychiatres et psychologue) sur la dépression et la schizophrénie et sur leur réaction spécifique envers une personne avec et sans symptômes psychiatriques, a été menée. Les psychiatres et psychologues avaient plus de stéréotypes négatifs que la population générale. L'étude conclut que la meilleure connaissance des pathologies mentales par les professionnels de la santé mentale n'entraînaient pas moins de stéréotypes concernant ces pathologies (78).

4.2 Les représentations concernant la prise en charge de la dépression

La majorité des pharmaciens ou des préparateurs interrogés considéraient ne pas posséder les connaissances et compétences nécessaires permettant de juger du caractère approprié de l'antidépresseur prescrit, de sa posologie et de sa durée de prescription. Une étude menée auprès d'étudiants en pharmacie, a montré que la formation initiale dans le domaine des pathologies psychiatriques n'était pas suffisante (79).

Tous s'accordent à dire que l'efficacité du traitement médicamenteux chez la PA est obtenue au bout de 2 à 4 semaines et qu'il nécessite d'être pris au long cours (environ 6 mois). De plus aucune différence de prise en charge entre le patient jeune et le patient âgé n'a été mentionnée. Toutefois, beaucoup considèrent que la prescription d'antidépresseurs est trop « facile » chez la PA et souvent à des posologies trop élevées.

Seulement 2 personnes sur 13 ont abordé la nécessité d'engager une psychothérapie pour traiter le problème de dépression. Toutefois, la notion de faire parler le patient au comptoir a de nombreuses fois été abordée. Des règles de vie sont également évoquées au comptoir comme sortir, voire du monde ou ne pas rester seul. Cela peut également offrir des possibilités de prévention potentielle de la dépression. Un article publié en 2014, présente et discute les principales composantes du style de vie : activité physique ou de l'exercice, des modifications diététiques, de la relaxation. Il existe diverses modifications du mode de vie qui ont un impact potentiel aux côtés des pharmacothérapies et des techniques psychologiques pour mieux gérer la dépression (80)

4.3 Freins et leviers à l'adhésion thérapeutique du patient âgé vis-à-vis des traitements antidépresseurs

Contrairement à certaines études réalisées menées sur cette thématique (81), la crainte de la dépendance pharmacologique n'a pas été mentionnée par les pharmaciens et les préparateurs comme pouvant être un facteur de mauvaise observance. Plusieurs freins et leviers ont été mentionnés par les équipes officinales. Afin de favoriser l'adhésion thérapeutique du patient atteint de dépression, ces différents freins et leviers devront être explorés.

Les freins et les leviers de l'adhésion médicamenteuse identifiés chez les patients traités par antidépresseur, à partir des résultats de l'étude et de la littérature, sont les suivants :

- **Des facteurs liés au traitement** comme la polymédication, la posologie non adaptée, de fréquents changements de traitements, des formes galéniques inadaptées, des formes pharmaceutiques inadéquates, la présence d'effets indésirables
- **Des facteurs liés au patient** comme l'état cognitif du patient, l'état psychologique, les déficits fonctionnels, l'isolement social, des éventuels problèmes financiers, les représentations de la maladie différentes de celle du professionnel, une mauvaise perception de son état de santé ou une mauvaise qualité de vie
- **Des facteurs liés aux soignants** comme le manque d'empathie, un défaut de communication de la part des médecins et des pharmaciens au sujet de la maladie et du traitement médicamenteux, absence de médecin et/ou de pharmacien régulier, patient n'osant pas ou de ne voulant pas parler de ses problèmes d'adhésion, patient qui ne se sent pas acteur de sa prise en charge (55).

Déterminer les facteurs prédictifs de l'adhésion médicamenteuse pourrait contribuer à l'élaboration d'une prise en soin individualisée et mener à de meilleurs résultats thérapeutiques dans le traitement de la dépression. Une étude réalisée en 2004 avait pour principal objectif d'explorer la relation entre les caractéristiques de la personnalité des patients et l'observance des antidépresseurs. L'observance a été évaluée sur une période de 14 semaines par un système de surveillance des activités de médication électronique (SSAM). Les caractéristiques de la personnalité ont été évaluées au moyen du NEO (Five-Factor Inventory–Révisé). La gravité de la dépression ou des effets secondaires ne prédisait pas l'observance. Ces résultats indiquent que les corrélations de la personnalité sont des prédictifs importants, bien que souvent ignorés, de l'observance des antidépresseurs (82).

4.4 Perspectives : le rôle du pharmacien dans la dépression de la PA

4.4.1 Repérage

Des programmes de dépistage de la dépression réalisés au sein des pharmacies de ville ont le potentiel d'augmenter la détection précoce de la dépression, ce qui peut mener à une prise en charge efficace. En effet, d'après une étude australienne réalisée auprès de 20 pharmaciens, il en ressort que plus de 70% des patients ont été orientés auprès d'un médecin généraliste ou d'un psychologue pour évaluation après avoir été dépistés par les pharmaciens. Les freins à la mise en œuvre de ce service de dépistage sont le manque de temps, la stigmatisation de la maladie et une méconnaissance du rôle des pharmaciens. Les leviers comprennent l'accessibilité du pharmacien, la présence d'un espace de consultation privé dans la pharmacie et des campagnes de sensibilisation (70).

4.4.2 Explorer les représentations du patient

L'adhésion médicamenteuse dans les maladies psychiatriques est insuffisante. Des études concernant les croyances et les comportements des patients vis-à-vis de la maladie suggèrent que les croyances d'un individu à propos de celle-ci et de son traitement influenceront son adhésion (63).

Les principales croyances négatives sur les antidépresseurs sont les possibilités de dépendance (en particulier chez les hommes), la sur-médication et la sur-prescription. Une étude menée auprès de la population espagnole a montré que la dépendance était, selon eux, le principal effet indésirable responsable de l'arrêt du médicament après une courte période (67). Des résultats similaires ont été obtenus chez des PA de 60 ans atteints de dépression, avec des attitudes négatives envers leur traitement. Les deux principales raisons de la résistance aux antidépresseurs étaient la peur de la dépendance et le fait de ne pas voir la dépression comme une maladie médicale (68).

4.4.3 Explorer les freins et les leviers à l'adhésion thérapeutique

Pour surmonter ces problèmes d'adhésion thérapeutique, il paraît donc indiqué pour les professionnels de prendre le temps d'aborder les préoccupations des patients face aux traitements antidépresseurs, de fournir de l'information et de présenter d'autres alternatives avec lesquelles les patients se sentiraient plus à l'aise et motivés. L'équipe officinale est la plus à même de juger leur observance du fait de l'accès à l'historique médicamenteux et au dossier pharmaceutique, mais également du fait des contacts réguliers avec les patients.

L'étude a montré que l'équipe officinale avait tendance à utiliser un vocabulaire minimisant la pathologie et le traitement afin de ne pas « bousculer » le patient au comptoir. La minimisation de la pathologie et du traitement pourrait avoir un impact sur l'adhésion médicamenteuse. De plus, elle pourrait également renforcer la stigmatisation de la pathologie et des traitements.

4.4.4 Réaliser un suivi de l'efficacité et de la tolérance

Afin d'optimiser la prise en charge médicamenteuse de la dépression, l'équipe officinale pourrait réaliser un suivi de l'efficacité et de la tolérance du traitement par antidépresseur. La valorisation du traitement antidépresseur et l'information associée contribuent à une meilleure adhésion médicamenteuse. Une information au patient concernant la durée de traitement et le délai d'efficacité pourrait être réalisée à l'introduction du traitement, permettant ainsi d'initier une démarche de suivi de l'efficacité du traitement. Le suivi de la tolérance pourrait permettre de détecter précocement de potentiels effets indésirables et de les prendre en charge.

4.5 Les limites de l'étude

4.5.1 Zone géographique

L'analyse qualitative a été réalisée auprès de pharmaciens et préparateurs dans la zone urbaine de la région Lyonnaise. Ce biais de sélection remet en question l'extrapolation au niveau national des éléments mis en évidence

4.5.2 Nombre d'entretiens

Les entretiens se sont arrêtés à saturation des données. Dans la littérature il est mentionné que la saturation des données est atteinte à partir de 12 entretiens (76).

Parmi les 13 personnes interrogées, huit étaient pharmaciens et cinq étaient préparateurs en officine. L'analyse progressive des entretiens a permis de mettre en évidence la saturation des données. Cependant, le faible nombre de préparateurs interrogés remet en question la saturation des données dans ce sous-groupe spécifique.

4.5.3 Influence de l'enquêteur

Le regard de l'enquêteur peut avoir influencé les réponses des pharmaciens et préparateurs en pharmacie interrogés. En effet, même si le dialogue a pu en être facilité, l'enquêté peut avoir craint un jugement sur la qualité de sa prise en charge en rapport avec des référentiels connus des deux parties. Cet effet a été limité en mettant l'interviewé le plus à l'aise possible, afin qu'il nous livre la vision la plus représentative de sa pratique, en insistant sur le fait que l'objectif de l'étude n'était pas d'évaluer leurs connaissances.

5 Discussion générale et perspectives pour le pharmacien d'officine

Ce travail était une première expérience dans l'expérimentation qualitative. La technique de conduite des entretiens, si elle s'est améliorée au fil des entretiens, a pu être influencée par des maladresses de l'enquêteur ou par des représentations personnelles concernant le sujet de l'étude. Cela a pu influencer la qualité de la collecte d'informations.

Ce travail a permis de mettre en avant d'éventuelles perspectives d'amélioration de la prise en charge de la PA en officine.

5.1 Sensibilisation des équipes et repérage des patients

Les entretiens réalisés ont mis en évidence que les connaissances des équipes officinales vis-à-vis de la dépression de la PA et de sa prise en charge semblaient incomplètes. A partir des entretiens réalisés, quelques lacunes ont pu être identifiées concernant les connaissances sur la durée de traitement (6 mois au lieu d'un an) et le délai d'efficacité du traitement (2 à 4 semaines au lieu de 8 à 12 semaines), les posologies, le choix de l'antidépresseur approprié et de la maladie en tant que telle dans la population âgée.

Afin d'optimiser la prise en charge des patients atteints de dépression en officine, une sensibilisation et une formation des équipes officinales à la dépression de la PA pourraient être envisagées. En effet, il semblerait que les étudiants en pharmacie aient des conceptions erronées des maladies psychiatriques (79). Pour cela, il serait possible, dans le cadre du DPC (développement professionnel continu) d'effectuer des formations sur la dépression telles que celles proposées par Form'UTIP par exemple.

Des études réalisées auprès des pharmaciens d'officine ont permis de mettre en évidence l'efficacité d'une telle formation. En effet, la formation des pharmaciens à la prise en soin de la dépression peut avoir une incidence positive sur la qualité des informations et des conseils dispensés aux patients (83)(77).

5.2 Instauration des entretiens de suivi du patient sous antidépresseurs

Ces dernières années, le métier de pharmacien d'officine est en pleine évolution. De nouvelles missions de santé publique visant à réaliser des entretiens avec les patients se développent (entretien AVK, entretien asthme, bilan partagé de médication). Il serait donc possible, dans la même optique, de développer des entretiens « Dépression et antidépresseurs » auprès des patients âgés. Dans un espace dédié, le pharmacien pourra transmettre les informations essentielles au bon déroulement de la prise en charge par antidépresseurs et répondre à leurs questions. Par la même occasion, le pharmacien pourra, par un échange avec le patient, avoir accès à ses représentations vis-à-vis de sa pathologie et de ses traitements. Il pourra donc adapter et personnaliser son discours, favorisant l'adhésion thérapeutique. Dans le cadre de la mise en place des bilans de médication depuis mars 2018, l'initiation d'un traitement antidépresseur pourrait être un facteur déclenchant de la réalisation d'un BPM (bilan partagé de médication). En effet, lors de l'entretien d'information du BPM le pharmacien pourrait réaliser un focus sur l'information, le suivi de l'efficacité et de la tolérance du traitement antidépresseur.

5.3 Mesures possibles à mettre en place à l'officine par les pharmaciens

- **Réaliser un suivi de l'efficacité du traitement**

Une étude réalisée en Ecosse auprès de pharmaciens d'officine et de patients traités par antidépresseurs a mis en évidence plusieurs points concernant les conseils que dispensaient les pharmaciens. Au début du traitement, les deux tiers des patients traités par des antidépresseurs ont déclaré que les pharmaciens abordaient généralement l'utilisation antérieure d'autre(s) antidépresseur(s), les informations fournies par le médecin, le délai d'apparition des effets ressentis et les effets secondaires potentiels.

Cependant, selon les patients, certains éléments étaient peu abordés au comptoir : l'indication de l'antidépresseur, les symptômes présents chez le patient, la durée habituelle du traitement et le risque de rechute avec arrêt prématuré. Le suivi de l'adhésion médicamenteuse n'était pas réalisé couramment. Les patients traités par antidépresseur ont estimé que la communication initiale avec le pharmacien durait généralement moins de cinq minutes et souvent moins de

deux minutes. Finalement, les pharmaciens ont une marge de manœuvre pour améliorer la prise en charge de ces patients grâce à une communication adaptée et à la réalisation d'un suivi efficace (84).

- **Améliorer l'adhésion thérapeutique du patient**

Le pharmacien d'officine pourrait proposer, au médecin traitant du patient, la mise en place d'aide à domicile ou bien le passage d'une IDE (infirmière diplômée d'état) pour la préparation des médicaments et l'aide à la prise médicamenteuse. Dans le même contexte, il fait partie des missions du pharmacien de pouvoir délivrer un pilulier et éventuellement de le remplir si le temps le permet.

Si le patient présente des troubles de la mémoire, le pharmacien serait à même d'élaborer avec le patient des stratégies compensatrices permettant de lui venir en aide (alarme, agenda...).

- **Dispensation des règles hygiéno-diététiques**

Les règles hygiéno-diététiques sont un point important dans la prise en charge du patient atteint de dépression. Le pharmacien peut ainsi transmettre des règles de vie au quotidien qui pourraient entraîner une diminution des symptômes dépressifs. Une amélioration de l'hygiène de vie peut avoir un impact et être synergique avec le recours à des thérapies médicamenteuses et non médicamenteuses.

Ainsi, le pharmacien pourrait ponctuer son conseil chez un patient atteint de dépression :

- **Améliorer son alimentation** car le choix de certains aliments va permettre d'accroître la production des messagers chimiques, notamment la noradrénaline, la sérotonine et la dopamine.
- **Souligner** l'importance pour le patient d'éviter les excitants comme la caféine qui augmente l'anxiété.
- **Mettre en garde le patient** en ce qui concerne la consommation de toxiques comme le tabac, le cannabis et l'alcool qui ont un effet néfaste sur le moral et la motivation.
- **Avoir un sommeil équilibré**
- **Maintenir les liens sociaux.** Le manque de soutien social (famille, amis, collègues) a des effets négatifs sur la dépression. Ainsi, préserver un réseau relationnel et ne pas

hésiter à solliciter l'entourage proche en cas de besoin de réconfort et de soutien est essentiel.

- **Suggérer de pratiquer une activité de relaxation ou de méditation (yoga, sophrologie)** en y consacrant quelques minutes par jour afin d'optimiser l'efficacité du traitement médicamenteux.

CONCLUSION

THESE SOUTENUE PAR : **Mme ACHEUK Lina**

La dépression est un problème de santé publique. Elle est la pathologie psychiatrique la plus fréquente chez la personne âgée. Elle est caractérisée par une hétérogénéité clinique et des manifestations somatiques rendant son diagnostic très difficile. Quarante pourcents des dépressions de la personne âgée ne sont pas diagnostiquées, le principal risque étant le suicide.

Le pharmacien d'officine est souvent le professionnel de santé le plus au contact de la population âgée du fait de sa grande disponibilité et de sa proximité. Une bonne communication entre l'équipe officinale et le patient est un enjeu majeur dans ce type de pathologie souvent considérée comme difficile à aborder au comptoir. C'est pourquoi il est important de connaître les représentations qu'ont les pharmaciens et les préparateurs en pharmacie de la maladie et de sa prise en charge, celles-ci influençant directement leurs connaissances et leur discours.

Ce travail consistait, d'une part à déterminer et analyser les représentations des équipes officinales concernant la dépression de la personne âgée via une étude qualitative dirigée par un guide d'entretien, et d'autre part, à déterminer la place importante qu'a le pharmacien d'officine dans le suivi d'un patient âgé traité par antidépresseur. Souvent, il était difficile d'aborder correctement la prise en charge du fait de la stigmatisation de la maladie dans la société. Le manque de confidentialité et de techniques de communication rendait l'approche avec le patient difficile. De plus, l'analyse des verbatims des équipes officinales a démontré quelques faiblesses dans leurs connaissances de la pathologie et de sa prise en charge particulière dans la population plus âgée.

Ce constat démontre la nécessité d'une sensibilisation des équipes officinales aux particularités de la dépression de la personne âgée, ainsi qu'à la spécification de sa prise en charge (efficacité, durée de traitement, molécules adaptées, doses). La mise en place de formation spécifique des équipes pourrait pallier ce manquement ainsi que l'apprentissage de techniques de communication. Dans ce contexte, le pharmacien d'officine, acteur de proximité, doit renforcer l'accompagnement et l'information du patient âgé dépressif afin de s'assurer de son adhérence au traitement.

Le Président de la thèse,

Vu et permis d'imprimer, Lyon, le **16 JUIL. 2018**

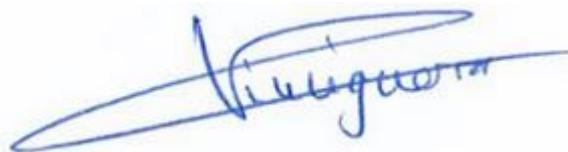
Nom : **BOULIEU Roselyne**

Vu, la Directrice de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques, Faculté de Pharmacie

Signature :



Pour le Président de l'Université Claude Bernard Lyon 1,



Professeure C. VINCIGUERRA

BIBLIOGRAPHIE

1. Les chiffres clés [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2014 [cité 30 nov 2017]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillissement/article/les-chiffres-cles>
2. mondiale de la Santé O. Rapport mondial sur le vieillissement et la santé. 2016 [cité 20 sept 2017]; Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206556/1/9789240694842_fre.pdf
3. Prévention de la iatrogénie médicamenteuse [Internet]. AMELI. 2017 [cité 30 oct 2017]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/memos/depistage-prevention/prevention-iatrogenie-medicamenteuse>
4. Larousse É. Définitions : vieillissement - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 30 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vieillissement/81927>
5. VIEILLISSEMENT : Définition de VIEILLISSEMENT [Internet]. [cité 30 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/definition/vieillissement>
6. OMS | Vieillissement et santé [Internet]. WHO. [cité 30 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/fr/>
7. Active Ageing: A Policy Framework. Aging Male. janv 2002;5(1):1-37.
8. Inpes - La dépression chez l'adulte : en savoir plus pour en sortir [Internet]. [cité 30 nov 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/cp/07/cp071009.asp>
9. Définition de la dépression [Internet]. 2017 [cité 30 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-definition>
10. American Psychiatric Association, Crocq M-A, Guelfi J-D, Boyer P, Pull C-B, Pull-Erpelding M-C, éditeurs. DSM-5®: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015. 1 p.

11. OMS | La dépression [Internet]. WHO. [cité 30 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/fr/>
12. Chan Chee C, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), éditeurs. La dépression en France: enquête Anadep 2005. Saint-Denis: INPES; 2009. 203 p. (Études santé).
13. CLEMENT j-p. Questionnements sur la dépression chez le sujet âgé. L'encéphale. sept 2009;Volume 35(4S1):H31-3.
14. Dépression | Inserm [Internet]. INSERM. 2014 [cité 30 nov 2017]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/depression>
15. Fossati P. La neuroplasticité sous-corticale: impact thérapeutique potentiel dans la dépression? L'Encéphale. 2006;32(2):40–43.
16. Mécanismes de la neuroplasticité : la dépression [Internet]. Neuroplasticité. [cité 30 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.neuroplasticite.com/mecanismes-neuroplasticite/depression/>
17. J. Schildkraut J. The catecholamine hypothesis of affective disorders: A review of supporting evidence. Vol. 122. 1965. 509 p.
18. Irwin MR, Miller AH. Depressive disorders and immunity: 20 years of progress and discovery. Brain Behav Immun. mai 2007;21(4):374-83.
19. Duman RS, Heninger GR, Nestler EJ. A molecular and cellular theory of depression. Arch Gen Psychiatry. 1997;54(7):597–606.
20. Hyde CL, Nagle MW, Tian C, Chen X, Paciga SA, Wendland JR, et al. Identification of 15 genetic loci associated with risk of major depression in individuals of European descent. Nat Genet. 1 août 2016;48(9):1031-6.
21. HAS. Haute Autorité de Santé - Dépression [Internet]. 2010 [cité 4 juill 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_937773/fr/depression
22. Kok RM, Reynolds CF. Management of Depression in Older Adults: A Review. JAMA. 23 mai 2017;317(20):2114.

23. Collège national des Universitaires de Psychiatrie (France), Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (France), Collège universitaire national des enseignants en addictologie (France), éditeurs. Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 2e édition révisée. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2016. 1 p. (L'Officiel ECN).
24. Alexopoulos GS, Schultz SK, Lebowitz BD. Late-Life Depression: A Model for Medical Classification. *Biol Psychiatry*. août 2005;58(4):283-9.
25. Frémont P. Aspects cliniques de la dépression du sujet âgé. *Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 sept 2004;2(1):19-27.
26. Ferreri F, Agbokou C, Nuss P, Peretti C-S. Clinique des états dépressifs. [Httpwwwem-Premiumcomdocelecuniv-Lyon1frdatatraitps37-44522](http://www.em-premium.com.docelec.univ-lyon1.fr/datatraitps37-44522) [Internet]. [cité 15 janv 2018]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.docelec.univ-lyon1.fr/article/46842/resultatrecherche/1>
27. Dépressions sévères, difficiles et résistantes : aspects cliniques et thérapeutiques - EM Premium [Internet]. [cité 15 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.em-premium.com.docelec.univ-lyon1.fr/article/12891/resultatrecherche/6>
28. Goudemand M, Cyrulnik B, éditeurs. Les états dépressifs. Paris: Médecine sciences publications-[Lavoisier]; 2010. 1 p. (Collection Psychiatrie).
29. Thuile J, Even C, Guelfi J-D. Validité du concept de dépression vasculaire: une revue de la littérature. *L'Encéphale*. 2007;33(1):39-48.
30. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Kakuma T. Clinically defined vascular depression. *Am J Psychiatry*. 1997;154(4):562.
31. SUICIDE Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives. Observatoire National du Suicide; 2016 févr p. 481. Report No.: 2ème rapport.
32. Drunat O, Waksman N, Koskas P, Peyneau C. Dépression du sujet âgé : l'affaire du gériatre. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. oct 2014;14(83):255-8.
33. Roblin J. Les dépressions du sujet âgé : du diagnostic à la prise en charge. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. août 2015;15(88):206-18.

34. HAMILTON M. A RATING SCALE FOR DEPRESSION. :7.
35. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry*. 1 avr 1979;134(4):382-9.
36. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *J Psychiatr Res*. janv 1982;17(1):37-49.
37. Pichot P, et al. Un questionnaire d'auto-évaluation de la symptomatologie dépressive, le Questionnaire QD2: I. Construction, structure factorielle et propriétés métrologiques. [A questionnaire for self-evaluation of depressive symptomatology, the QD2 Questionnaire: I. Construction, factorial structure and metrological properties.]. *Rev Psychol Appliquée*. 1984;34(3):229-50.
38. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol Psychiatry*. 1 févr 1988;23(3):271-84.
39. Calati R, Salvina Signorelli M, Balestri M, Marsano A, De Ronchi D, Aguglia E, et al. Antidepressants in elderly: Metaregression of double-blind, randomized clinical trials. *J Affect Disord*. mai 2013;147(1-3):1-8.
40. Laroche M-L, Bouthier F, Merle L, Charmes J-P. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées: intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. *Rev Médecine Interne*. 2009;30(7):592–601.
41. Lôo H, Olié J-P. Effets thérapeutiques et indications des antidépresseurs. *EMC - Psychiatr*. oct 2004;1(4):273-83.
42. Delini-Stula A, Bondolfi G. Possibilités thérapeutiques actuelles des troubles anxieux généralisés. *Rev Med Suisse*. 2010;6:1370–4.
43. Hanon O, Jeandel,C. Guide des Prescriptions Médicamenteuses Adaptées à la Personne Agée. Editions Frison-Roche. Vol. 1. 2015. 152 (73-76).
44. MOREL J-M, PELT J-M. Traité pratique de phytothérapie. GRANCHER. 2008. 417-449 p. (Le corps et l'esprit).

45. Russo E, Scicchitano F, Whalley BJ, Mazzitello C, Ciriaco M, Esposito S, et al. Hypericum perforatum : Pharmacokinetic, Mechanism of Action, Tolerability, and Clinical Drug-Drug Interactions: HYPERICUM PERFORATUM : PK, MOA, SAFETY, AND DDI. *Phytother Res.* mai 2014;28(5):643-55.
46. Farahani MS, Bahramsoltani R, Farzaei MH, Abdollahi M, Rahimi R. Plant-derived natural medicines for the management of depression: an overview of mechanisms of action. *Rev Neurosci.* 2015;26(3):305–321.
47. Goetz P. Phytothérapie de la dépression. *Phytothérapie.* août 2010;8(4):245-8.
48. Panossian A, Wikman G, Sarris J. Rosenroot (*Rhodiola rosea*): Traditional use, chemical composition, pharmacology and clinical efficacy. *Phytomedicine.* juin 2010;17(7):481-93.
49. Bystritsky A, Kerwin L, Feusner JD. A Pilot Study of *Rhodiola rosea* (Rhodax[®]) for Generalized Anxiety Disorder (GAD). *J Altern Complement Med.* mars 2008;14(2):175-80.
50. Hausenblas HA, Saha D, Dubyak PJ, Anton SD. Saffron (*Crocus sativus* L.) and major depressive disorder: a meta-analysis of randomized clinical trials. *J Integr Med.* nov 2013;11(6):377-83.
51. Kindynis S, Burlacu S, Louville P, Limosin F. Thérapie des schémas du sujet âgé : impact sur la dépression, l'anxiété et les schémas cognitifs typiques. *L'Encéphale.* déc 2013;39(6):393-400.
52. Krishna M, Jauhari A, Lepping P, Turner J, Crossley D, Krishnamoorthy A. Is group psychotherapy effective in older adults with depression? A systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry.* avr 2011;26(4):331-40.
53. Ribeiro Â, Ribeiro JP, von Doellinger O. Depression and psychodynamic psychotherapy. *Rev Bras Psiquiatr [Internet].* 2017 [cité 6 déc 2017];(0). Disponible sur: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462017005011103&lng=en&tlng=en
54. Morin Y, éditeur. Larousse médical. Nouvelle édition. Paris: Larousse; 2006. 1 p.

55. Petermans J, Samalea Suarez A, Van Hees T. Observance thérapeutique en gériatrie. *Rev Médicale Liège*. 2010;65(5-6):261–266.
56. Hughes CM. Medication non-adherence in the elderly: how big is the problem? *Drugs Aging*. 2004;21(12):793-811.
57. Sabaté E, World Health Organization, éditeurs. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003. 198 p.
58. Bollaert B, Meyrignac L. L'Observance thérapeutique des personnes de 70 ans et plus. *Com Exerc En Cabient Libéral Union Régionale Médecins Libéraux D'Ile Fr*. 2005;
59. The ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators*, Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, et al. Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand*. juin 2004;109(s420):55-64.
60. Tournier M, Cougnard A, Boutouaba-Combe S, Verdoux H. Étude sur la durée des traitements antidépresseurs en France et ses déterminants à partir des bases de données de l'Assurance maladie. *L'Encéphale*. mai 2011;37:S36-41.
61. Bautista LE, Vera-Cala LM, Colombo C, Smith P. Symptoms of depression and anxiety and adherence to antihypertensive medication. *Am J Hypertens*. 1 avr 2012;25(4):505-11.
62. Etchepare F, Sanglier T, André M, Verdoux H, Tournier M. Antidepressant treatment patterns in younger and older adults from the general population in a real-life setting: Antidepressant treatment pattern according to age. *Int J Geriatr Psychiatry*. sept 2014;29(9):928-35.
63. Brown C, Battista DR, Bruehlman R, Sereika SS, Thase ME, Dunbar-Jacob J. Beliefs about antidepressant medications in primary care patients: relationship to self-reported adherence. *Med Care*. déc 2005;43(12):1203-7.
64. HAUCHARD D, COSTALAT- A-M. Représentation de la médication et déterminants de la consommation médicamenteuse chez la personne âgée. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil*. 2017;4:13.

65. Acosta F, Rodríguez L, Cabrera B. Beliefs about depression and its treatments: Associated variables and the influence of beliefs on adherence to treatment. *Rev Psiquiatr Salud Ment Engl Ed.* 2013;6(2):86–92.
66. Khalsa S-R, McCarthy KS, Sharpless BA, Barrett MS, Barber JP. Beliefs about the causes of depression and treatment preferences. *J Clin Psychol.* juin 2011;67(6):539-49.
67. Comas A, Alvarez E. [Knowledge and perception about depression in the Spanish population]. *Actas Esp Psiquiatr.* déc 2004;32(6):371-6.
68. Givens JL, Datto CJ, Ruckdeschel K, Knott K, Zubritsky C, Oslin DW, et al. Older Patients' Aversion to Antidepressants. A Qualitative Study. *J Gen Intern Med.* févr 2006;21(2):146-51.
69. Manaouil C, Lemaire-Hurtel A-S, Sénéchal A, Jardé O. Information du patient par le pharmacien en officine. *Médecine Droit.* 1 juin 2016;2016(138):70-81.
70. O'Reilly CL, Wong E, Chen TF. A feasibility study of community pharmacists performing depression screening services. *Res Soc Adm Pharm.* mai 2015;11(3):364-81.
71. Chong WW, Aslani P, Chen TF. Pharmacist–patient communication on use of antidepressants: A simulated patient study in community pharmacy. *Res Soc Adm Pharm.* mars 2014;10(2):419-37.
72. Berthélémy S. L'accompagnement du patient dépressif à l'officine. *Actual Pharm.* nov 2013;52(530):42-5.
73. Lleshi V, Bizzozzero T. La dépression du sujet âgé. *Rev Médicale Suisse.* 2009;5.
74. Jeoffrion C. Santé et Représentations sociales : une étude « multi-objets » auprès de Professionnels de Santé et Non-Professionnels de Santé. *Cah Int Psychol Soc.* 2009;Numéro 82(2):73.
75. Cedraschi C, Allaz AF, Piguet V. Le rôle des représentations de la maladie et de la douleur dans la relation patient-thérapeute. *Douleur Analgésie.* juin 1998;11(2):91-5.
76. Guest G, Bunce A, Johnson L. How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods.* févr 2006;18(1):59-82.

77. Liekens S, Smits T, Laekeman G, Foulon V. A Depression Training Session With Consumer Educators to Reduce Stigmatizing Views and Improve Pharmacists' Depression Care Attitudes and Practices. *Am J Pharm Educ.* août 2013;77(6):120.
78. Nordt C, Rossler W, Lauber C. Attitudes of Mental Health Professionals Toward People With Schizophrenia and Major Depression. *Schizophr Bull.* 12 oct 2005;32:709-14.
79. Foppe van Mil JW. Le pharmacien d'officine et la pathologie psychiatrique, une revue. *Pharm Hosp.* juin 2010;45(2):79-84.
80. Sarris J, O'Neil A, Coulson CE, Schweitzer I, Berk M. Lifestyle medicine for depression. *BMC Psychiatry.* 10 avr 2014;14(1):107.
81. Tremblay P, Garnier C. Une étude des représentations sociales de la dépression chez les patients, les professionnels et les étudiants à travers les enjeux entourant son traitement. *Cah Int Psychol Soc.* 2013;Numéro 97(1):39.
82. Cohen NL, Ross EC, Bagby RM, Farvolden P, Kennedy SH. The 5-Factor Model of Personality and Antidepressant Medication Compliance. *Can J Psychiatry.* févr 2004;49(2):106-13.
83. Liekens S, Vandael E, Roter D, Larson S, Smits T, Laekeman G, et al. Impact of training on pharmacists' counseling of patients starting antidepressant therapy. *Patient Educ Couns.* janv 2014;94:110-5.
84. Gardner DM, Murphy AL, Woodman AK, Connelly S. Community pharmacy services for antidepressant users. *Int J Pharm Pract.* déc 2001;9(4):217-24.

Retranscription des entretiens

Retranscription entretien n°1

Réalisé le : 13/04/2017, Croix-Rousse, Lyon 69

Durée : 10 min

Age : 35 ans

Années d'expérience en officine : 5 ans

L'entretien s'est déroulé dans une zone de confidentialité de la pharmacie. Il s'agit d'une pharmacie très axée thérapeutique naturelle (conseils autour de la phytothérapie et de l'homéopathie). Je me suis entretenue avec la pharmacienne adjointe qui exercé auparavant dans l'industrie pharmaceutique. Elle travaille en officine depuis 5 ans. L'équipe officinale est composée de 2 pharmaciennes (dont la titulaire) et d'une préparatrice. Avant de commencer la pharmacienne m'a mentionné le fait qu'ici, elles n'étaient « pas trop médicaments » et qu'elle faisait beaucoup de conseils et peu de délivrance d'ordonnance.

Moi	Je vais aborder deux grands thèmes : tout d'abord la dépression en tant que maladie et ensuite les traitements et les mots utilisés. Dans un premier temps, quels sont les termes que vous utilisez pour définir la maladie de la dépression auprès des personnes âgées ?
Pharmacien	On parle rarement de dépression. Moi je dis plutôt, pour un traitement qui va vous remonter le moral. Chez la personne âgée, nous on va beaucoup plus parler de « moral ». Chez la personne plus jeune on aura plutôt tendance à utiliser le mot dépression. On ne dit jamais le mot dépression car c'est un mot à forte connotation. On va plutôt dire « pour vous remonter le moral », pour « vous aidez », « pour que vous voyez la vie un peu mieux ». On n'adapte en fonction de la personne en face.
Moi	D'accord Par rapport à votre expérience au comptoir, comment se manifeste la dépression chez la personne âgée ? Est-ce que vous arrivez à le voir ?
Pharmacie	Non, non, ils masquent vachement. Après chez la personne âgée, les antidépresseurs sont souvent donnés chez un patient avec la maladie d'Alzheimer. Chez la personne âgée, on ne dirait pas au comptoir, ils viennent se plaindre que ça ne va pas et en discutant on se rend compte que c'est parce qu'ils sont seuls. Ces gens-là, peuvent être joviaux quand ils viennent au comptoir. On pourrait ne pas s'en douter si on ne discute pas et qu'on ne creuse pas.
Moi	Est-ce que vous avez déjà eu des patients qui sont venu se plaindre, comme quoi ils se sentaient déprimé ?
Pharmacien	Oui mais il ne se plaint pas de dépression. Ils expriment une détresse. Ils ne vont pas se plaindre. Les personnes âgées, il en a beaucoup avec qui on discute et qu'on voit au fil des jours avec des baisses de moral. « Vous avez l'air d'être un peu triste ». Alors nous, on n'est pas trop axé médicament ici, on va souvent proposer des plantes d'abord.
Moi	Seulement de la phytothérapie ou d'autre chose ?

Pharmacien	Essentiellement de la phytothérapie.
Moi	Quels mots ou termes ou expressions utilisez-vous pour parler du traitement antidépresseur, toujours chez la personne âgée ?
Pharmacien	On parle surtout de traitement « qui va remonter le moral ». On précise que c'est pour le moral et qu'il faut bien le prendre tous les jours, à ne surtout pas arrêter sans l'avis du médecin
Moi	Pourquoi vous n'utilisez pas le mot antidépresseur ?
Pharmacien	Comme j'ai dit tout à l'heure, c'est un mot avec une connotation forte. Il y a des gens chez qui on remarque que le médecin ne leur parle pas suffisamment en consultation. Je n'ai pas l'impression qu'il leur explique. Donc ils sont stressés si on leur parle d'antidépresseurs : « Mon dieu, je fais une déprime ? » Et ça peut être pire, ça peut aggraver la situation du patient.
Moi	Dans le cas où il s'agit d'un aidant ou de quelqu'un de la famille qui vient chercher le traitement, est ce que vous adaptez le vocabulaire ?
Pharmacien	On n'adapte pas du tout le vocabulaire quand il s'agit de l'aidant, de la famille ou bien d'une infirmière. On leur dit que c'est le traitement pour la dépression. Souvent ce sont les enfants qui viennent chercher le traitement ou les infirmières, mais non on n'adapte pas le discours.
Moi	Quels conseils à l'officine avez-vous l'habitude de dispenser aux patients âgés atteints de dépression ?
Pharmacien	On conseille d'aller voir leurs enfants, de sortir, d'aller marcher, d'aller prendre l'air et de ne pas rester enfermé
Moi	Donnez-vous des conseils médicamenteux ?
Pharmacien	On ne propose pas d'alternative médicamenteuse chez le patient qui a déjà un traitement médicamenteux.
Moi	Proposez-vous d'autre thérapeutique qui ne sont pas médicamenteuses ?
Pharmacien	Pas trop, pas forcément mais ça viendra peut-être.
Moi	Quels sont les informations que dispensez au patient concernant l'efficacité du traitement à l'initiation surtout ?
Pharmacien	A l'initiation, moi je leur explique bien que ça va mettre beaucoup de temps et que ça peut aller jusqu'à trois semaines avant qu'il sente un mieux et que quelque fois ça peut être pire pendant ces trois semaines. On sait qu'il y a une augmentation pendant cette période du risque suicidaire. Mais après, il y a une bonne amélioration au bout de trois semaines. S'il n'y a pas d'amélioration au bout de ces trois semaines il faut aller reconsulter le médecin et voire si la dose est adaptée, le médicament adapté.
Moi	Arrivez-vous à réaliser un suivi de l'efficacité du traitement au cours des dispensations ultérieures ?
Pharmacien	Moi je demande s'il se sente mieux.
Moi	Quels sont les informations que vous dispensez au patient concernant la tolérance du traitement ? Vis-à-vis des effets – indésirables ?
Pharmacien	Je n'en parle pas trop... (<i>Silence</i>) Effectivement je ne mentionne pas les effets indésirables. (<i>Rie nerveusement</i>) Après il faudrait que je regarde, parce que je ne me souviens pas de tous, il y a beaucoup d'antidépresseurs. Après

	je demande si ça va mieux mais effectivement je ne demande pas si le traitement est bien toléré. Ici, on ne fait pas trop de suivi de la tolérance.
Moi	De façon générale, qu'est-ce que vous pensez des posologies des traitements antidépresseurs chez la personne âgée ? <i>A ce moment-là, la Pharmacienne semble prise au dépourvu.</i>
Pharmacien	Franchement, je n'ai pas d'avis. Je n'arrive pas à vraiment savoir si elles sont fortes ou pas. J'ai vu tellement pire. Elles me paraissent normales.
Moi	Vous est-il arrivé d'appeler le médecin par rapport à la posologie ?
Pharmacien	Pas pour un sujet âgé mais par contre pour un sujet jeune, oui. Une fois, j'ai vu 4 comprimés d'EFFEXOR par jour à la fois, mais en fait en regardant, je me suis rendu compte que c'était une dose possible, très élevé mais possible. Mais chez la personne âgée, ce sont des doses classiques, rien d'extraordinaire. En tout cas rien qui ne me choque sous SEROPLEX ou bien sous ZOLOFT.
Moi	Pour vous quels sont les facteurs qui pourraient favoriser la bonne observance des traitements antidépresseurs chez la personne âgée ?
Pharmacien	Pour moi, le pilulier est primordial, et l'infirmière aussi car en plus ça leur fait une petite visite, ils sont tous contente parce qu'ils ont vu leur infirmière. Ou au moins une auxiliaire de vie. En tout cas quelqu'un qui les aide, qui les entoure. Pour moi c'est ça le problème, ce ne sont pas des personnes déprimées mais juste des gens qui se sentent seuls.
Moi	Pour vous quels sont les freins à l'observance des traitements antidépresseurs chez la personne âgée ?
Pharmacien	La mémoire principalement. Ils oublient de prendre leur traitement et ils ne le font peut-être pas exprès. Les gens ne disent pas qu'ils ne veulent pas prendre leur traitement.
Moi	Est-ce que vous pensez que connaître les représentations et les croyances des patients vis-à-vis de leur traitement permettrait d'améliorer la prise en charge au comptoir ?
Pharmacien	Ici, nous ne sommes pas trop confrontés à différentes cultures. Oui, en effet je sais qu'il y a différentes croyances en fonction des cultures mais ici comme nous ne sommes pas confrontés à ce genre de problème, non. Dans certains endroits je pense que oui mais ici, non.
Moi	Faite vous des conseils associés au prescription d'antidépresseurs chez la personne âgée ?
Pharmacien	Associé à l'ordonnance pas forcément. Après, depuis peu nous faisons des entretiens personnalisés sur la micronutrition. Et on est confronté quelque fois à organiser un rendez-vous à parler et cela peut être assez intéressant. Ça ne sera pas centré forcément sur un antidépresseur mais chez la personne âgée c'est possible. Qu'est-ce que tu n'appelles personne âgée ?
Moi	Alors normalement, c'est les plus de 65 ans.
Pharmacien	Au-delà de 75 ans, ça devient difficile de les aider. On fera à la personne âgée des conseils associés mais pas sur l'antidépresseur.
Moi	Merci beaucoup d'avoir répondu à mes questions.

Retranscription entretien n°2

Réalisé le : 13/06/17, à Villeurbanne 69

Durée : 16 min 55

Age du pharmacien : 46 ans

Années d'expérience : 11 ans

Entretien réalisé dans une pharmacie de quartier avec une équipe officinale assez grande (3 pharmaciens, 3 préparateurs, pas d'étudiants). L'entretien a été réalisé au comptoir avec le pharmacien titulaire.

Moi	Comme convenue, je vais vous poser des questions ouvertes afin d'identifier les mots que vous utilisez pour expliquer les traitements antidépresseurs aux patients et aussi pour expliquer la maladie. Tout d'abord j'aimerais savoir quels sont les mots que vous utilisez pour décrire la maladie ?
Pharmacien	La maladie dépressive ?
Moi	C'est ça.
Pharmacien	Je désacralise au maximum. J'utilise des termes positifs afin de ne pas enfoncer plus que ça le patient. Il y a des mots que je proscriis. Déjà, le mot dépression je n'aime pas l'employer. Le mot antidépresseur je n'aime pas l'employer. Je préfère employer « des stabilisateurs d'humeur », « des médicaments pour améliorer votre bien être », « des médicaments pour stabiliser votre existence, pour la rendre moins difficile ». Je ne sais pas si je fais les choses correctement mais je fais les choses comme ça.
Moi	Vous adapter votre discours, peu importe s'il s'agit d'une personne âgée ou non ?
Pharmacien	Oui bien sûr. Il y a toujours une douleur supplémentaire à renvoyer, son mal être. Si la personne voit que voyez sa douleur, sa souffrance, sa tristesse, ça va la rendre encore plus mal. Il faut donc garder une forme de neutralité, je préfère renvoyer une image d'espoir de guérison plutôt que d'être sur une empathie. Moi je ne suis pas empathique avec le dépressif. Je le suis avec beaucoup d'autre personne mais je me refuse à être empathique avec ces personnes-là parce que c'est impossible d'aller sur leur profondeur. Surtout au comptoir qui n'est pas un espace de confidentialité.
Moi	Selon votre expérience au comptoir justement, comment arrivez-vous à repérer ces personnes qui sont malades ? Est-ce vis-à-vis de l'ordonnance ?
Pharmacien	Souvent grâce aux ordonnances qui sont orientés anxiolytiques. Après on pourrait y penser face à des personnes qui vont avoir du mal à dormir, des personnes dont on sait qu'ils ont perdu un proche ou qui sont en souffrance dans leur existence, une souffrance sociale, un mauvais train de vie qui n'est pas adapté à leur revenu. Toutes sortes de choses qui font que l'on peut se rendre compte que ça ne tourne pas comme il faudrait. Je m'appuie là-dessus pour les reconnaître. On peut se dire, moi je n'aimerais pas être à sa place, je n'y suis pas et je suis bien content de ne pas y être. Ces personnes, il faut leur dire simplement qu'il y a toujours un espoir de guérison. Pour moi c'est le plus important. Ce n'est pas les enfoncer encore plus. Je ne vais pas forcément aller

	parler de l'efficacité du traitement mais par contre l'observance qui est très importante. Le patient doit être très observant à partir du moment que le diagnostic a été posé. Nous à l'officine on ne peut pas le remettre en cause, on n'a pas l'espace de confidentialité nécessaire pour ça, ce n'est pas notre travail. Notre rôle sera principalement de se rendre compte de l'observance du patient et de la détection des effets indésirables en expliquant qu'il faut être à l'écoute de son corps.
Moi	Avez-vous déjà eu le cas de personnes qui venaient pour une demande spontanée vis-à-vis d'une déprime, ou d'une dépression ?
Pharmacien	Alors oui, des personnes qui seraient par exemple hyper tabagique ou qui auraient une forme d'addiction à quelque chose. Quand il y a addiction, il y a recherche de bonheur artificielle, c'est que quelque part le bonheur du quotidien ne suffit pas. Donc il faut suppléer à ça. Des personnes chez qui on peut conseiller régulièrement du millepertuis, toute sortes de médicaments qui ont une indication pour la maladie dépressive et qui finalement en première intention peuvent fonctionner. Mais cela demande une prise en charge qui serait global : cerner l'addiction, rajouter des plantes par-dessus et si ça marche on a gagné. Si par exemple pour le tabagisme ça arrive chez une personne âgée, qui fume depuis 50 ans, on va réussir à lui faire arrêter la cigarette.
Moi	Maintenant je vais vous posez des questions qui concerne principalement le traitement en soi. Quels sont les termes, les mots ou mêmes les expressions que vous allez utiliser pour présenter le traitement au patient âgé ?
Pharmacien	Je vais vous dire les mots que je n'emploierais pas : dépression, antidépresseur, médicaments truffés d'effets secondaires, somnolence, tous les effets secondaires liés aux psychotropes je les bannis. Parce qu'ils vont de soi, ils ont normalement déjà été abordés chez le thérapeute donc je n'en rajoute pas. Je ne vais pas vous dire « madame, le traitement que vous avez parce que vous étiez un légume va vous rendre encore plus un légume ». On n'ira pas plus loin là-dedans. Parce que d'un point de vue médicale, le traitement utilisé détruit plus qu'il ne construit. Je ne vends pas les louanges des psychotropes, je ne suis absolument pas là-dedans.
Moi	Avez-vous déjà eu affaire avec un aidant ou un membre de la famille qui venait chercher le traitement pour un patient âgé ? Dans ce cas-là est ce que vous adaptez le vocabulaire ?
Pharmacien	Oui oui j'ai déjà eu affaire à la famille. Dans ce cas-là j'appelle un chat un chat bien sûr. Là il faut parler de dépression. Mais c'est des cas rares. Surtout les personnes âgées elles sont souvent un peu toute seule avec leur traitement et elles aiment bien venir à la pharmacie.
Moi	Avez-vous déjà fait des conseils au comptoir pour traiter la dépression, que ce soit thérapeutiques médicamenteuses ou non ?
Pharmacien	Oui, surtout donner des consignes d'hygiène de vie. De marcher, d'aller au soleil, d'avoir une vie sociale, d'avoir des loisirs, de faire du bénévolat. Tout ça je l'encourage bien sûr. De s'ouvrir aux autres, tout ça c'est important. Et ce n'est pas forcément sur un conseil médicamenteux. Le conseil médicamenteux c'est ce petit plus à un traitement déjà envisagé par un thérapeute mais qui ne pourra jamais se substituer complètement à la prise en charge chronique de la maladie.
Moi	Vous arrive-t-il de donner des informations vis-à-vis de l'efficacité du traitement ? Si oui lesquels ? Par rapport aux délais ?

Pharmacien	Là il faudrait que je connaisse très très bien ma pharmacocinétique des médicaments qui sont prescrit, l'état générale du patient, est ce qu'il a un bon transit, est ce que tout va bien, est-ce qu'il n'y a pas de problème d'insuffisance rénale, est-ce qu'il n'a pas de problème d'insuffisance hépatique, toute sortes de choses que moi je ne maîtrise pas. Quand on me demande au bout de combien de temps ça va marcher, je donne simplement une fourchette.
Moi	Quels sont les choses que vous mentionnez concernant la tolérance du traitement ? Les effets indésirables ?
Pharmacien	Alors là il faudrait que je suive mes patients. Je ne suis pas là tout le temps, je ne suis là que 35h par semaine alors que la pharmacie est ouverte 70h. Le patient que je vois pour une première délivrance, il y a à peu près une chance sur deux pour que je le revois une seconde fois. Et si je le revois plus tard (3 mois – 4 mois), je ne me souviendrais pas de son cas. Si je lui dis rendez-vous dans 15 jours et on fait le point, là ça peut être intéressant. Mais il faudrait que je sois en capacité de trancher l'efficacité d'un traitement. Or ça je ne suis pas capable de le faire. Seul le thérapeute, le psychiatre ou le médecin traitant pourra le faire. Moi cependant je donne rendez-vous à J15 lorsque je fais un conseil associé : « Je vous ai donné un peu de RHODIOLA, est ce que ça va mieux ? »
Moi	Vous n'adaptez pas forcément que ce soit une personne âgée ou non que vous avez devant vous ?
Pharmacien	Non pas du tout, pour tous les conseils associés je fais comme ceci.
Moi	Une question plus générale, que pensez-vous des posologies des antidépresseurs chez le sujet âgé ? Je vous rassure ce n'est pas pour évaluer vos connaissances.
Pharmacien	Prise quotidienne, prise systématique, ne pas arrêter de son propre chef le traitement sans avis médical, être observant.
Moi	Chez la personne âgée en particulier, avez-vous des notions des doses ?
Pharmacien	Ça dépend des molécules, je ne les ai pas en tête mais j'imagine qu'il y en a certaines qui doivent nécessiter une adaptation posologique chez la personne âgée ou chez les personnes qui auraient une insuffisance à l'élimination des métabolites de certaines molécule.
Moi	Avez-vous déjà contacté un médecin suite à des doses que vous jugiez infra ou supra thérapeutique ?
Pharmacien	Oui bien sûr. En première intention une posologie de SEROPLEX à 20mg chez une personne âgée, je trouverais ça aberrant. Je mettrais un premier palier à 10 mg grand maximum.
Moi	Pour vous, quels sont les facteurs favorisant la bonne observance chez la personne âgée de ces traitements antidépresseurs ?
Pharmacien	Il faut déjà essayer de comprendre pourquoi ces personnes sont non-observantes. Si ce sont des personnes bordéliques ça risque d'être compliqué. Si ce sont des personnes qui ont besoin d'être accompagné au quotidien, demandez à ce qu'une personne face le pilulier. Eventuellement nous, pharmacien d'officine c'est dans nos capacités et nos attributions de faire la préparation des PAD (préparation à administrer). On peut envisager une aide pharmaceutique toutes les semaines pour une patiente donnée. Ceci peut être une solution même si c'est très chronophage pour nous, ça ne responsabilise pas le patient, ça l'infantilise un peu plus. La meilleure solution à mon avis

	c'est de faire comprendre la vraie nécessité d'être observant, être pédagogique. « Une molécule est prescrite pour vous Monsieur, Madame, vous en ressentirez les effets »
Moi	En miroir, quels seraient pour vous les freins à l'observance ?
Pharmacien	<p>Le coté bordélique</p> <p>Le générique : Changer de générique tous les 4 matins. Le fait de changer de générique génère du trouble chez la personne âgée, il faut essayer d'habituer la personne âgée toujours à la même molécule. Ce n'est pas à elle de faire la mécanique, même si intellectuellement parlant ce n'est pas bien compliqué de comprendre qu'un SEROPLEX générique de chez MYLAN est la même chose qu'un générique de chez TEVA. Ça peut être source de troubles chez le patient âgé.</p> <p>Les ruptures de fabrications : c'est incontrôlable. Si ça manque chez un laboratoire de générique, on se reporte sur un autre laboratoire, ça créé du trouble et ça ne résout rien.</p>
Moi	Pour clôturer notre entretien, quelles questions pourrait-on poser aux patients au comptoir pour cerner la maladie, son état d'esprit, les conseils associés ?
Pharmacien	<p>Ne pas hésiter à interroger le patient sur sa vie. Si ça ne va pas, demander pourquoi. Plus un patient pourra répondre aux « pourquoi » plus on pourra envisager des thérapeutiques, des conseils d'hygiène qui permettront d'ajouter une plus-value aux traitements antidépresseurs.</p> <p>Pour moi le bien manger, le bien bouger, toutes ces choses qui apporte plus de sérotonine interne, plus de dopamine interne, ces neuromédiateurs de la satisfaction et du plaisir sont très importants. Si on peut en augmenter un tout petit peu moi j'aurais réussi.</p>
Moi	Merci de m'avoir accordé de votre temps.

Retranscription entretien n°3

Réalisé le 15/06/17, à Vaulx-en-Velin 69

Durée : 7 min

Age du pharmacien : 30 ans

Années d'expérience : 5 ans

Pharmacie de quartier avec une forte concentration de personnes âgées, souvent étrangères, ne parlant pas beaucoup la langue française. L'entretien a été réalisé au comptoir avec la pharmacienne adjointe exerçant en officine depuis 5 ans (âge 30 ans). Elle était plutôt pressée, car beaucoup de patients rentraient dans la pharmacie et l'Equipe n'était pas au complet ce jour-là.

Moi	<p>Pour résumer, je vais voir avec vous les mots que vous utilisez pour parler de la maladie dépression et les termes utilisés pour aborder les antidépresseurs avec les patients âgés.</p> <p>Ce n'est pas une évaluation de votre pratique, c'est vraiment pour voir sur le plan de la communication, comment vous abordez le sujet.</p> <p>Dans un premier temps, quels sont les termes que vous utilisez pour définir la maladie « dépression » aux personnes âgées de préférence ?</p>
Pharmacien	<p>Majoritairement j'utilise le mot « moral ». Je demande surtout si le moral va bien, s'il y a eu une baisse du moral. Si ils sont en forme et si non, je leur demande pourquoi.</p>
Moi	<p>Et ça peu importe l'âge de la personne ? Est-ce que vous adaptez en fonction de la personne que vous avez en face de vous ?</p>
Pharmacien	<p>Oui, je n'adapte pas forcément en fonction de l'âge de la personne, parce que pour tout le monde, le mot dépression, fait un peu peur.</p>
Moi	<p>D'après votre expérience au comptoir, quels sont les signes que vous arrivez à déceler chez les personnes qui sont « déprimés » ? Les signes cliniques.</p>
Pharmacien	<p>Parfois quand ils sortent de chez le médecin, ils ont encore les yeux rouges. Après c'est souvent dans le contenu de leurs propos ou dans le ton qu'ils utilisent quand ils parlent. C'est plus en parlant que l'on va s'en rendre compte, parce qu'après ce n'est pas à nous de le diagnostiquer. Parfois on va poser des questions et on va s'en rendre compte, mais si on n'en pose pas c'est difficile de s'en rendre compte.</p> <p>Après on a aussi l'ordonnance qui nous permet de s'en rendre compte.</p>
Moi	<p>Quels sont les termes que vous utilisez pour mentionner les traitements antidépresseurs ? Comment le décrivez-vous à la personne âgée ?</p>
Pharmacien	<p>Hum, pour le traitement antidépresseur ?</p>
Moi	<p>Oui, est ce que vous utilisez le mot « antidépresseur » ou utilisez-vous d'autres termes pour en parler ?</p>

Pharmacien	Ah non effectivement je n'utilise pas le mot antidépresseur. Je vais parler du traitement en fonction de son mode d'action. C'est un médicament qui va agir sur le moral, un médicament pour l'humeur pour se sentir un peu mieux.
Moi	Et cela, peu importe l'âge de la personne ?
Pharmacien	Franchement oui. Après ça arrive qu'ils le disent eux même qu'ils sont déprimés ou dépressifs. On attend qu'ils le disent eux même avant de le dire.
Moi	Dans le cas où il s'agit d'un aidant ou d'un membre de la famille qui vient chercher le traitement est-ce que vous adaptez le vocabulaire ?
Pharmacien	Tout dépendra de si on les connaît ou non. Si on les connaît bien, on dira « antidépresseurs », sinon on ne dira rien. Mais après les personnes âgées souvent elles ont toutes tendances à avoir un antidépresseur sans forcément faire une grosse dépression. Ça va un peu avec le « package » personne âgée.
Moi	Quels conseils à l'officine avez-vous l'habitude de dispenser aux personnes âgées atteintes de dépression ? Faites-vous du conseil spontané ? Que ce soit médicamenteux ou non médicamenteux
Pharmacien	Oui, surtout non médicamenteux : essayer de sortir, aller voire du monde, ne pas rester isolé quoi.
Moi	Quelles informations donnez-vous au patient par rapport à l'efficacité du traitement ?
Pharmacien	Pour qu'il y ait une efficacité, il faut prendre le traitement au moins 15 jours d'affilés, l'effet est ressenti au bout d'une quinzaine de jour. C'est un traitement qu'il faut prendre régulièrement à ne surtout pas arrêter du jour au lendemain sans avis du médecin et que c'est un traitement généralement qui dure au moins 6 mois.
Moi	Quelles sont les informations que vous donnez vis-à-vis de la tolérance du traitement antidépresseur ? Parlez-vous des effets indésirables ?
Pharmacien	Alors je parlerais un peu moins des effets indésirables car parfois ça leur fait peur si on leur met trop d'effets indésirables. Pour que les patients commencent et prennent leur traitement mieux ne vaut pas trop les citer et voire un peu au fur et à mesure comment ça se passe. De toute façon s'ils ont des effets indésirables ils reviendront à la pharmacie pour en faire part. S'ils ne supportent pas le traitement ils reviennent.
Moi	De manière générale, que pensez-vous des posologies des traitements antidépresseurs chez la personne âgée ? Notez-vous des différences par rapport à un adulte normal ?
Pharmacien	Chez la personne âgée c'est souvent vite fort, les dosages sont rapidement forts. Peut-être que parfois on pourrait diminuer les posologies, mettre un dosage plus petit.
Moi	Vous est-il déjà arrivé d'appeler un médecin pour faire une remarque vis-à-vis d'une posologie que vous jugiez trop élevée ou trop faible ?
Pharmacien	Non, pas d'emblée, on n'ose pas trop. On se dit que le médecin sait ce qu'il fait. Il faudrait le faire dans les maisons de retraite et avoir plus de recul. <i>La pharmacie JARRET où elle travaille s'occupe de la réalisation de piluliers et de la délivrance des traitements d'une maison de retraite.</i>

Moi	Pour vous, quels sont les facteurs favorisant à la bonne observance des traitements antidépresseurs chez la personne âgée ?
Pharmacien	Le pilulier est pour moi un outil indispensable et le passage d'infirmières pour s'assurer que les traitements sont pris. Il est important de bien marquer sur les boîtes : si le patient a un médicament générique bien marqué le nom sur la boîte. Au comptoir être bien sûr que la personne a bien compris le traitement
Moi	Quels sont les freins à l'observance de ces traitements antidépresseurs chez la personne âgée ?
Pharmacien	Surtout la peur des effets indésirables ou le déni. C'est souvent ça.
Moi	Pour vous quelles seraient les questions que l'on pourrait poser au patient qui est déprimé, au comptoir, pour savoir comment il perçoit son traitement, comment il le supporte ?
Pharmacien	Lui demander s'il ressent des effets bénéfiques : si c'est positif ou pas, s'il se sent mieux qu'avant ou pas. Voir depuis combien de temps il prend son traitement et voir s'il consulte son médecin toujours aussi souvent et si ça se passe bien ou s'il y a encore des choses qui ne vont pas.
Moi	Rien d'autre à ajouter sur le sujet ?
Pharmacien	Là comme ça non.

Retranscription entretien n°4

Réalisé le 15/06/2017, à Vaulx-en-Velin 69

Durée : 09 min 30

Age de la préparatrice en pharmacie : 42 ans

Années d'expérience : 10 ans

Pharmacie de quartier avec une forte concentration de personnes âgées, souvent étrangères, ne parlant pas beaucoup la langue française. L'entretien a été réalisé dans un espace de confidentialité avec la préparatrice en pharmacie qui exerce son métier depuis 10 ans. Elle n'est présente dans cette pharmacie que depuis quelques mois et a travaillé dans une enseigne plus grande auparavant.

Moi	Mon objectif sera d'identifier les mots que vous allez utiliser pour expliquer les traitements antidépresseurs et la maladie « dépression » au patient. On va vraiment se concentrer sur les termes utilisés. Dans un premier temps, quels sont les termes que vous utilisez pour décrire la maladie à un patient ?
Préparatrice	Surtout le mot moral que je vais utiliser. C'est très rare où je vais dire « un antidépresseur » ou « dépression ». On a toujours peur que le patient le prenne mal, si le médecin leur en a parlé ou pas. Alors très souvent la personne nous demande « C'est pour quoi ? ». Nous on va dire « c'est pour votre moral, pour que vous vous sentiez bien »
Moi	Et ça peu importe l'âge de la personne ?
Préparatrice	Peu importe l'âge de la personne
Moi	Selon votre expérience au comptoir, comment se manifeste la dépression chez la personne âgée ? Comment arrivez-vous à cerner, repérer la personne ?
Préparatrice	Alors tout dépend. Soyez-vous la connaissez et vous voyez au niveau de son visage que ça ne va pas : les yeux qui sont rouges, elle a pleuré, elle n'est vraiment pas bien. Des fois elle craque devant vous parce qu'elle vous connaît très bien.
Moi	Et sera pareil avec une personne âgée ?
Préparatrice	Alors moi personne âgée je n'en ai pas eu beaucoup. C'est plus des personnes plus jeunes.
Moi	Quels termes ou mots utilisez-vous pour aborder le traitement antidépresseur ?
Préparatrice	Je vais dire par exemple tel médicament va agir sur votre moral. Je vais toujours parler de la durée, pour les antidépresseurs c'est au bout de 3 semaines que ça commencera à aller mieux. Normalement ils doivent aller voir le médecin un mois après.
Moi	Et là vous adaptez le vocabulaire que ce soit une personne âgée ou une personne jeune ?
Préparatrice	Non, je ne fais pas de distinction.
Moi	Est-ce que vous mentionnez le mot antidépresseur ?

Préparatrice	Tout dépend, si la personne est au courant de sa pathologie je vais lui dire « c'est un antidépresseur ». Mais si je vois qu'elle ne sait pas trop j'évite.
Moi	Pourquoi ?
Préparatrice	Parce que je me demande si le médecin lui en a parlé, lui a bien expliqué avec ces mots-là. Très souvent il y a des gens qui ne veulent pas entendre parler du mot « dépression » et des « antidépresseurs » donc du coup on ne sait pas très bien comment adapter. C'est pour ça que moi je préfère dire « pour le moral ». Parce que si la personne va vous dire « je suis en pleine dépression », et bien ok, on pourra dire ce traitement est un « antidépresseur ». Mais si elle ne le dit pas, on ne sait pas comment elle ressent sa maladie.
Moi	Dans le cas où il s'agit d'un aidant ou d'un membre de la famille qui vient chercher le traitement, est-ce que vous adaptez votre vocabulaire ? Si oui, pourquoi ?
Préparatrice	C'est un peu plus compliqué dans ce cas-là. Il y a quand même le secret médical. Et on ne sait pas s'ils sont au courant ou pas. Généralement la personne va vous le dire : « ça ne va pas bien » ou « je viens chercher l'antidépresseur de Mme ». Si elle vous pose la question « c'est pour quoi ? » c'est un peu plus difficile.
Moi	Vous est-il déjà arrivé de faire du conseil à l'officine pour des personnes atteintes de dépression chez des personnes âgées ? Que ce soit des conseils médicamenteux ou non médicamenteux.
Préparatrice	Moi, généralement je fais plus de conseil pour le stress. Je vais plutôt conseiller de la phytothérapie, comme l'EUPHYTOSE par exemple, de la micro nutrition. Tout dépend du cas. Je vais rarement sur le millepertuis en raison du nombre de contre-indication et du coup je ne me lance pas là-dessus.
Moi	Quelles sont les informations que vous dispensez aux patients concernant l'efficacité du traitement antidépresseur ? En termes de délais ?
Préparatrice	Alors 3 semaines de délai avant qu'ils ne commencent à voir une amélioration et après généralement ils ont un rendez-vous un mois plus tard avec le médecin pour faire le point. Et j'insiste aussi sur le fait qu'il faut qu'ils prennent bien leur traitement régulièrement.
Moi	Quelles sont les informations que vous dispensez concernant la tolérance du traitement ? Vis-à-vis des effets indésirables ? Est-ce que vous en mentionnez ?
Préparatrice	Je ne mentionne pas les effets indésirables pour des raisons d'observance. Si on leur dit les effets indésirables de ce genre de médicaments ils ne le prendront pas très souvent. Ils vont lire les notices et ça va leur faire peur.
Moi	Arrivez-vous à réaliser un suivi des patients âgés traités par antidépresseurs ?
Préparatrice	Dans cette pharmacie effectivement on ne le fait pas. Mais dans l'ancienne pharmacie où je travaillais ; oui. Très souvent c'était des gens que l'on connaissait. On leur demandait comment ça allait. Très souvent ça allait bien, le traitement fonctionnait très bien ou bien ça n'allait pas du tout et le médecin changeait complètement de traitement.
Moi	Que pensez-vous des posologies des traitements antidépresseurs chez la personne âgée ? Avez-vous des notions ? Des choses qui vous interpellent ?

Préparatrice	Alors moi ce qui m'interpelle, c'est que l'on a trop tendance à donner des antidépresseurs pour un rien. Maintenant, pour tout on va donner des antidépresseurs et peut être que la personne, elle n'en a pas besoin. Après je ne sais pas comment le médecin prescrit, mais ce n'est que mon point de vue.
Moi	Et au niveau des posologies ?
Préparatrice	En générale elles sont dans la norme.
Moi	Vous est-il déjà arrivé de joindre un médecin pour des posologies qui vous paraissaient inappropriées ?
Préparatrice	Non, on appelle le médecin principalement pour des problèmes d'interactions médicamenteuses.
Moi	Pour vous quels sont les facteurs favorisant à la bonne observance d'un traitement antidépresseur chez la personne âgée ? Qu'est ce qui pourrait être motivant pour prendre ces traitements-là ?
Préparatrice	Comme ça je dirais, que la personne retrouve le sourire, quelle se sente mieux, que le moral revienne .Tout dépend de pourquoi elle a fait cette dépression , si elle s'est retrouvée seule du jour au lendemain ...
Moi	D'autres choses qui vous viennent ?
Préparatrice	Non
Moi	Quels seraient les freins à l'observance des traitements antidépresseurs chez la personne âgée ? Qu'est ce qui pourrait bloquer cette prise de médicaments ?
Préparatrice	Que la personne en ait ras le bol de la vie et qu'elle ne veut pas prendre son traitement. Après là aussi, tout dépend de la raison pour laquelle elle prend son traitement.
Moi	D'autres choses ? Des facteurs plutôt environnementaux ? Un manque de compréhension ?
Préparatrice	Moi je pars du principe que si le patient quitte la pharmacie c'est qu'on lui a bien expliqué son traitement avec des mots simples à quoi ça servait et qu'elle va faire une bonne observance de son traitement. Après tout dépend de si la personne a envie de suivre son traitement ou pas
Moi	Une dernière chose, quels types de question pourrait-on poser à un patient au comptoir afin de savoir comment il perçoit son traitement ? Pour pouvoir cerner le patient vis-à-vis de son traitement ? Quel genre de questions pourrait-on poser au patient ?
Préparatrice	Moi je n'ai jamais eu de cas âgé. Dans le cas d'un renouvellement, bien lui demander s'il prend bien son traitement et s'il ressent une amélioration. Est-ce que lui se sent mieux depuis qu'il prend son traitement.
Moi	Rien d'autre qui vous vient sur le sujet ?
Préparatrice	Non, rien d'autre.
Moi	Merci de m'avoir accordé un peu de votre temps.

Retranscription entretien n°5

Réalisé le 15/06/17, à Vaulx-en-Velin 69

Durée : 21 min

Age du pharmacien : 32 ans

Années d'expérience : 6 ans

Petite pharmacie de ville, une équipe de 2 pharmaciens et 2 préparateurs, pas d'étudiant. Je me suis entretenue avec la pharmacienne adjointe âgée de 32 ans qui exerce son métier depuis 6 ans. L'entretien s'est déroulé à l'arrière de la pharmacie, dans un espace de confidentialité.

Moi	<p>L'objectif de cet entretien sera d'identifier les mots et les expressions que vous utilisez pour décrire la maladie et les traitements antidépresseurs à la personne âgée en particulier. Mes questions vont se diviser en trois grands thèmes : la maladie « dépression », les traitements et enfin l'observance de ces traitements.</p> <p>Dans un premier temps, quels sont les termes que vous utilisez pour décrire la maladie « dépression » à une personne âgée ?</p>
Pharmacienne	<p>C'est toujours un peu délicat. Parce que soit c'est une primo-prescription et là les gens, surtout les jeunes, comprennent facilement que c'est pour la dépression. Soit quand c'est des personnes âgées qui prennent ce type de traitement depuis très longtemps, ils ne savent même pas pourquoi. Je pense qu'il y a beaucoup de personne qui ne savent pas ce qu'est la dépression et ne savent pas à quoi sert ces traitements. Souvent ils diront que c'est « pour la tête »</p>
Moi	<p>Adaptez-vous votre vocabulaire s'il s'agit d'une personne âgée ?</p>
Pharmacienne	<p>Oui on l'adapte mais moi j'ai plutôt l'impression que beaucoup de personnes âgées sont sous antidépresseurs sans vraiment savoir ce que c'est. Il y a beaucoup de patients âgés qui sont polymédicamentés et qui ont du mal à comprendre tous leurs traitements. C'est rare que l'on utilise le terme dépression, parce que je ne sais même pas si eux comprennent. Souvent, on dit c'est pour la tête.</p> <p>Ici, on a beaucoup de patient qui ne parle pas beaucoup français donc c'est très difficile de leur faire comprendre le rôle de chaque médicament.</p> <p>On leur dit c'est pour l'humeur. On essaie de trouver des mots simples pour l'expliquer. Alors oui pour les nouvelles ordonnances il est plus facile de dire que c'est pour la dépression mais ce n'est pas forcément facile chez la personne âgée en vue de la quantité d'autres médicaments qu'ils ont. Ce n'est pas sûr qu'ils enregistrent vraiment.</p>
Moi	<p>Selon votre expérience au comptoir, comment se manifeste la dépression chez la personne âgée ? Comment vous la repérer ?</p>

Pharmacienne	C'est souvent une lassitude des traitements, ils sont un peu abattus, des gens qui voient tout en noir. Des personnes seules qui n'ont pas de famille, des personnes qui vont nous faire part qu'ils se sentent un peu seuls.
Moi	Vous est-il déjà arrivé de repérer une personne « dépressive » suite à une demande de sa part d'un traitement pour les troubles de l'humeur ?
Pharmacienne	Pas chez la personne âgée, mais avec une femme plus jeune que je suspectais de faire une dépression post-partum. Elle arrivait souvent à la pharmacie en pleurs. On lui a conseillé la prise de phytothérapie pour soulager tout de suite mais on la vite orientée vers son médecin qui en effet l'a mise sous antidépresseur. Mais c'est rare que ça soit dans ce sens-là, c'est plutôt des patients qui arrivent avec leur ordonnance d'antidépresseur. On a de temps en temps des demandes pour le stress mais c'est plutôt pour les étudiants. En demande spontanée c'est rare que l'on nous sollicite pour ça.
Moi	Quels sont les termes ou les expressions que vous utilisez pour aborder le traitement antidépresseur ? Comment vous le présentez ?
Pharmacienne	On dit c'est le médicament antidépresseur.
Moi	Vous utilisez le mot antidépresseur ? Ou si vous ne le faites pas tout le temps, pour quelles raisons ?
Pharmacienne	Oui. Après je ne le fais pas dans le cas d'un renouvellement parce que le patient dira qu'il connaît et qu'il a l'habitude. On ne prend pas forcément le temps de le réexpliquer. Ou pour les personnes âgées qui ne saisissent pas vraiment. Eux même nous dirons qu'il s'agit de leur traitement pour la tête ou du traitement pour aller mieux. Moi personnellement j'utilise quand même souvent le terme antidépresseur. Après je pense que c'est un mot qui peut faire peur donc on n'est un peu bloqué. Après faut savoir l'aborder selon le patient, selon si c'est le début ou pas on ne va pas l'aborder de la même façon. On prendra un peu plus de temps pour l'expliquer quand c'est nouveau, que le traitement mettra quelques semaines à agir, que se sera réévalué avec le médecin et que c'est un traitement qu'on prend généralement pour longtemps et ça ils n'en ont pas toujours la notion.
Moi	Vous est-il déjà arrivé d'être confronté à un aidant ou à la famille et dans ce cas-là, adaptez-vous votre vocabulaire ?
Pharmacienne	Alors oui, je suis souvent confronté à la famille. Dans ces cas-là c'est plus facile. Tout dépend si c'est les enfants, ils comprennent très bien et on peut dire que c'est « un antidépresseur ». Si c'est un aidant qui ne comprend pas très bien non plus, ça sera pareil qu'avec la personne âgée qui ne comprend pas. C'est vrai que l'on voit plus souvent les enfants ou bien l'infirmière qui passe récupérer les traitements que des aidants.
Moi	Quels conseils à l'officine avez-vous l'habitude de dispenser aux personnes qui sont atteintes de dépression, les personnes âgées ? Que ce soit des conseils médicamenteux ou non médicamenteux.
Pharmacienne	On n'en fait pas beaucoup, on aura tendance à orienter vers le médecin traitant. Parce que de toute façon sans ordonnance on est vite limité. On n'aura pas de conseils médicamenteux sans trop de contre-indications : le millepertuis est un conseil délicat par exemple. Car les

	personnes âgées ont souvent déjà beaucoup de médicaments donc c'est compliqué de conseiller le millepertuis. Honnêtement c'est rare que j'aie une demande spontanée d'un traitement antidépresseur. Ça reste très rare. Je ne sais pas si on est vraiment équipé pour ce genre de conseils. Ce n'est pas à nous de poser le diagnostic, même repérer c'est difficile.
Moi	Faites-vous des conseils de règles/hygiène de vie pour ces personnes déprimées ? Si oui, lesquels, quels types de conseil ?
Pharmacienne	Je ne sais pas si on en fait beaucoup. On devrait probablement en faire mais moi personnellement j'en fais très peu. Autant pour les troubles du sommeil oui mais pas le reste.
Moi	Si vous n'en fait pas, quelles en sont les raisons ?
Pharmacienne	En fait, je pense que l'on n'y pense pas alors que l'on pourrait très bien leur conseiller de faire du sport, de faire des activités, de sortir. Mais oui ce n'est peut-être pas quelque chose à laquelle on pense.
Moi	Quels sont les informations ou les conseils que vous dispensez concernant l'efficacité du traitement antidépresseur ?
Pharmacienne	Comme je le disais, pour une primo-prescription on précise bien que le traitement de fonctionne pas du jour au lendemain. Il y a un délai de 2-3 semaines et que c'est un traitement qui se fait dans la durée. L'arrêt du traitement, également ne se fera pas tout seul sans l'avis du médecin.
Moi	Adaptez-vous selon l'âge du patient ?
Pharmacienne	Non, je dis la même chose selon l'âge de la personne. Après si il s'agit d'un renouvellement, je ne pense pas que l'on dise grand-chose... On intervient plus quand les patients désirent arrêter leur traitement. Une fois que le traitement est là et que les patients sont stables on ne va pas forcément en rajouter.
Moi	Dans le cas où le patient désire arrêter son traitement, quelle sera votre démarche ?
Pharmacienne	On va les réorienter vers leur médecin et puis voire avec eux quoi faire. Ma collègue fait plus de conseils phyto que moi-même. <i>Intervention de la collègue qui est pharmacienne, qui elle conseillera une association de plante aubépine/passiflore pour aider l'arrêt des antidépresseurs</i> On va voire depuis combien de temps ils prennent leur traitement et voire si ils peuvent faire cet arrêt sur une période plus calme, pendant les congés par exemple ou sur une période où ils n'ont pas de stress supplémentaire dans leur vie pour faire ça tranquillement.
Moi	Quels sont les informations que vous dispensez concernant la tolérance du traitement antidépresseur ? Mentionnez-vous des effets indésirables ? Si non pourquoi ?
Pharmacienne	On mentionne la somnolence qui peut arriver avec pas mal de traitement, mais très peu d'autres. De manière générale on ne prend pas forcément beaucoup le temps. A part pour les effets secondaires que l'on connaît qui sont très dangereux, ceux pour lesquels nous sommes bien formés, on y pensera plus facilement. C'est principalement un manque de temps parce que nous en officine on a beaucoup de passage.
Moi	C'est une raison pour laquelle vous ne mentionnez pas les effets indésirables ?

Pharmacienne	Oui, ça pourrait mais ça ne devrait pas l'être normalement ...Et puis on ne les a pas forcément tous en tête. On pense aux effets les plus fréquents mais on ne va pas dresser la liste de tous les effets indésirables. Le but n'est pas de leur faire peur. Des personnes sont retissant à démarrer ce genre de traitement donc on va éviter de leur dresser tout de suite la liste de tous les effets indésirables. On sait très bien que si on le fait il y en a qui ne prendront pas leur traitement et ce ne sera pas bénéfique pour eux. Tout dépend du ressenti des patients et de si on les connaît ou pas.
Moi	Justement, concernant les patients que vous voyez souvent, arrivez-vous à réaliser un suivi de la tolérance ? Par rapport aux dispensations qui ont été faites ultérieurement ?
Pharmacienne	S'ils nous font part de quelque chose, nous on le notera dans le dossier du patient. Mais on ne va pas forcément rechercher d'information. On leur demandera si tous se passe bien mais pas plus. Je ne suis pas sûre que l'on prenne le temps de demander et d'être réellement attentif à ce qu'ils nous disent et pas demander machinalement « est-ce que tout va bien ». Encore là ça sera par manque de temps.
Moi	De manière générale, que pensez-vous des posologies des traitements antidépresseurs chez la personne âgée ?
Pharmacienne	Je pense que c'est trop élevé. Il y a trop peu de réadaptation des posologies chez la personne âgée qui sont faites en ville.
Moi	Il vous est déjà arrivé d'intervenir auprès d'un médecin pour ce genre de problème ?
Pharmacienne	Des fois on aborde le sujet avec les aidants qui viennent parce que c'est souvent les aidants pour les personnes âgées qui viennent chercher les traitements. Moi je le vois souvent, chez des patients polymédicamentés qui ne sont plus forcément très mobiles, des patients Alzheimer, du coup ces patients-là, nous on ne les voit pas. Donc c'est dur d'évaluer la tolérance, d'évaluer s'ils en ont la nécessité. Après ce n'est pas forcément à nous d'évaluer ce genre de traitement. C'est plutôt le rôle du médecin de faire le suivi, la nécessité du traitement. Mais je pense que c'est aussi à nous d'alerter les aidants sur le fait que normalement il faudrait revoir la posologie : est-ce que la fonction rénale a été évaluée, est-ce qu'il n'est pas trop somnolent, est-ce que l'on ne pourrait pas enlever un anxiolytique qui ne sert à rien. Alors on n'appellera pas le médecin pour ça mais on en parle un peu avec la famille pour qu'ils en discutent avec le médecin.
Moi	Pour vous quels sont les facteurs qui pourraient favoriser la bonne observance des traitements antidépresseurs chez la personne âgée ?
Pharmacienne	Le fait qu'il y ait quelqu'un qui prépare les médicaments. Souvent ils ont des infirmiers qui passent à la maison préparer les piluliers et là on n'est pas inquiets. De même quand il y a la famille qui s'en occupe. Après je pense que le fait de ré insister tous les mois sur l'importance de prendre le traitement ça joue. Le fait de réexpliquer le fonctionnement du traitement, je pense que ça joue. S'ils comprennent que ce n'est pas un traitement que l'on prend par ci par là quand ça ne va pas mais que l'efficacité se fait vraiment sur la durée, je pense que ça joue aussi sur l'observance.

Moi	Rien d'autre qui vous vient ?
Pharmacienne	<p>Pour la personne âgée c'est difficile. Mais c'est important de bien les sensibiliser à ce genre de traitement</p> <p><i>La pharmacienne que j'interroge, demande son avis à sa collègue qui est aussi pharmacienne concernant l'observance des antidépresseurs chez la personne âgée et comment on pourrait l'améliorer : « Déjà avec un suivi avec une infirmière qui passerait régulièrement, éventuellement se servir des nouvelles technologies, il y a des personnes âgées qui ont des IPHONE, ils pourraient se mettre une alarme. Puis le semainier est quelque chose de tout bête mais qui marche très bien. Les petites mémés dont je m'occupe ont un pilulier.</i></p>
Moi	En miroir, quels seront les freins à l'observance de ces traitements antidépresseurs chez la personne âgée ?
Pharmacienne	Souvent c'est qu'ils en ont marre de prendre pleins de médicaments. La non compréhension du traitement, s'ils ne saisissent pas à quoi ça sert. Quelques fois les personnes âgées sont un peu confuses et quelques fois ils oublient leur traitement et ils n'ont pas envie. Mais principalement parce qu'ils ne comprennent pas à quoi ça sert.
Moi	Quelles questions pourrait-on poser à l'officine/au comptoir afin de cerner la personne en face atteinte de dépression, pour voir un peu comment elle perçoit son traitement ? Que pourrait-on lui demander ? Avec cette contrainte de temps que l'on a à l'officine
Pharmacienne	Effectivement ça serait bien d'avoir une petite phrase comme ça. Est-ce que vous le prenez bien tous les jours ? Est-ce que ça se passe bien ?
Moi	Avez-vous d'autres choses à rajouter sur le thème ? Sur les antidépresseurs chez la personne âgée
Pharmacienne	Mon impression est qu'il n'y pas souvent de réévaluation du traitement qui est fait. On rajoute beaucoup mais on ne réévalue pas. Et quand la personne prend de l'âge, est-ce qu'il y a réellement une dépression. Souvent ces personnes sont suivies par un généraliste qui va renouveler les ordonnances mais ne va pas prendre forcément le temps de réévaluer les traitements. C'est un sujet vaste qui n'est pas facile à aborder au comptoir parce qu'il y a du monde autour donc on n'a pas forcément envie de s'étendre sur le sujet, sur ce qui ne va pas. Après certains nous disent très ouvertement ce qui ne va pas. Et dans ce cas-là on n'est pas toujours équipé pour savoir quoi répondre.

Retranscription entretien n°6

Réalisé le 13/07/17, à Lyon dans le 7^{ème} arrondissement 69

Durée : 17 min

Age du pharmacien : 58 ans

Années d'expérience : 30 ans

Petite pharmacie de ville, avec une patientèle en grande majorité de passage mais quelques habitués. L'équipe officinale est composée de deux pharmaciens et d'une préparatrice en pharmacie. Je me suis entretenue avec la titulaire de la pharmacie, qui exerce son métier depuis 30 ans. Elle m'a précisé qu'elle n'avait pas beaucoup de patients sous antidépresseurs.

Moi	L'objectif pour moi sera de voir comment vous présentez les choses aux patients âgés, comment vous expliquez les traitements.
Pharmacien	Je ne suis pas sûr de pouvoir vous aider parce que je n'ai pas vraiment beaucoup de patients âgés et encore moins atteints de dépression.
Moi	Dans un premier temps quels sont les termes que vous utilisez pour définir la maladie « dépression » auprès des personnes âgées ?
Pharmacienne	Pour les personnes âgées moi je dis remonter le moral.
Moi	Rien d'autre ? Vous adaptez en fonction de l'âge ? Ou à cause d'autres facteurs ?
Pharmacienne	Principalement parce que c'est une personne âgée et que la dépression c'est mal vécu dans la société et chez les personnes âgées la plupart du temps.
Moi	Et chez les plus jeunes ?
Pharmacienne	Je peux employer le terme dépression plus chez les jeunes. Après ça dépend, c'est souvent au feeling. Je leur en parle plus facilement que chez la personne âgée, effectivement.
Moi	Selon votre expérience au comptoir, comment se manifeste la dépression en termes de signes cliniques ? Arrivez-vous à repérer ce type de patients ? Comment ?
Pharmacienne	Quand ce sont des personnes que l'on connaît bien, c'est plus facile à repérer oui. Mais chez les personnes de passage c'est plus compliqué. Chez les personnes chez qui on le remarque c'est plus de l'anxiété, de la nervosité ou des gens qui avaient l'habitude de faire des choses et qui n'ont plus le goût de les faire. Quelques fois elles ont des raisons d'être comme ça. Mais c'est plus le médecin qui fait le diagnostic que nous. C'est lui qui décide de les mettre sous antidépresseurs. Elles ne nous font pas la remarque elles-mêmes, comme quoi elles sont dépressives.
Moi	Quels sont les termes que vous utilisez pour décrire le traitement antidépresseur ? Les mots ou les expressions ?

Pharmacienne	Je ne dis pas le mot antidépresseur. Je dis que c'est un produit pour remonter le moral surtout chez la personne âgée. Parce que si on dit le mot » antidépresseur », ils diront qu'ils n'ont pas besoin de ça et ils ne le prendront pas. Après s'ils veulent vraiment ils ouvrent la notice et là c'est marqué « antidépresseurs ».
Moi	Et chez la personne plus jeune ?
Pharmacienne	Alors là ça va dépendre, en plus elles vont souvent ouvrir la boîte et lire la notice.
Moi	Quelles sont les raisons de ne pas utiliser le mot » antidépresseur » ?
Pharmacienne	Ben parce que ce mot fait peur et que la personne âgée aura tendance à plus arrêter son traitement si elle ne veut pas le prendre que les patients plus jeunes.
Moi	Dans le cas où avait à faire à la famille de cette personne âgée ou un aidant (une infirmière par exemple), est ce que vous adaptez le vocabulaire ?
Pharmacienne	Moi personnellement, quand ce sont des personnes qui sont étrangères, à part si on connaît bien les enfants, on demande si la personne va bien mais on ne détaille pas car on ne sait jamais si les rapports entre les membres de la famille sont bien. On n'explique pas trop quand on ne connaît pas la personne qui vient. Par contre si c'est une infirmière qui vient, en générale c'est parce qu'elle distribue elle-même les médicaments et là elles font ça rapidement et ne sont pas très demandeuses de renseignements. Quand on a à faire à la famille c'est toujours un peu délicat, c'est la fille ? La belle-fille ? On a eu des cas récemment où il y avait de grosses disputes au sein d'une famille, on voyait une fois le fils et la belle-fille, une fois la fille, et ils ne s'entendaient pas bien. On fait vraiment attention quand c'est la famille d'un patient qui vient et pas la personne elle-même.
Moi	Quels conseils à l'officine avez-vous l'habitude de dispenser aux patients qui sont atteints de dépression ? Quel type de conseil associé à l'ordonnance faite-vous ?
Pharmacienne	De ne jamais arrêter leur traitement tout seul. Quand ils nous demandent s'ils en ont réellement besoin, on leur répond que oui certainement et qu'il vaut mieux prendre ça avant d'être au fond du gouffre et puis d'être hospitalisé. Moi il m'arrive de dire ça parce que les gens disent souvent qu'ils ont peur de s'y habituer. Je leur explique qu'en quelques mois on ne s'habitue pas. Souvent des anxiolytiques sont prescrits avec, alors je le conseille de bien le prendre. La plupart du temps à part de rares antidépresseurs, ils peuvent provoquer des idées suicidaires donc il est important de prendre l'anxiolytique qui est prescrit avec. Après on a de tout. J'ai eu il y a peu de temps un patient qui m'a dit « <i>donnez les moi, de toute façon je ne les prends pas ; c'est seulement si je suis contrôlé en arrêt maladie pour montrer au médecin de la sécu que je les prends</i> ». C'est typiquement le gars qui est arrêté pour dépression, qui ne les prend pas mais qui est obligé de prouver qu'il les achète. Vous voyez l'aberration du système.
Moi	Vous est-il déjà arrivé de faire du conseil non-médicamenteux ? Sur l'hygiène de vie, de la micronutrition, de la phytothérapie ?
Pharmacienne	De la micronutrition, pas trop.

	<p>En générale on fait parler les gens, parce qu'ils ont besoin d'être écoutés et ils ont envie de parler. Moi je leur dis que de prendre un médicament ça ne résout pas le problème. Il y a des fois, il faut être parlé, voire quelqu'un notamment orienté sur de la psychothérapie.</p> <p>Après moi je n'oriente pas de millepertuis, parce qu'il y a pleins d'effets secondaires et d'interactions avec les autres médicaments. Mais pour moi ça ne règle pas le problème, la psychothérapie reste la meilleure solution. Après même nous, on n'a pas forcément envie de parler.</p>
Moi	Quelles sont les informations ou les conseils que vous donnez à l'initiation sur l'efficacité des traitements antidépresseurs ?
Pharmacienne	Que l'efficacité du traitement ne s'observe pas le lendemain matin s'il y a une prise la veille au soir. On leur explique qu'il faut être patient et qu'il faudra attendre plusieurs semaines pour se sentir réellement mieux. Après s'ils ont des effets secondaires trop difficiles à supporter il faut retourner aller voir le médecin pour qu'il ajuste le traitement.
Moi	Quelles sont les informations que vous dispensez concernant la tolérance des traitements, vis-à-vis des effets indésirables ? Est-ce que vous en parlez ? Si oui pourquoi ?
Pharmacienne	On peut en parler mais pas systématiquement, parce qu'une personne âgée qui est déjà réticente à ça, on va lui dire c'est pour remonter le moral mais si en plus on lui parle des effets indésirables. Tout dépendra. Si on voit qu'elle ne va pas le prendre alors qu'il faudrait qu'elle le prenne, on s'abstiendra de mentionner les effets indésirables. C'est vraiment au feeling lors de la dispensation.
Moi	Vous est-il déjà arrivé de mentionner des effets indésirables ? Dans quel contexte ?
Pharmacienne	Quand ça nous arrive c'est parce que le patient est demandeur d'informations.
Moi	Que pensez-vous des posologies des traitements antidépresseurs chez la personne âgée ? Est-ce trop élevé ? Pas assez ?
Pharmacienne	Là aussi, ça dépend des cas. Alors, pour moi beaucoup de personnes âgées vont mal parce qu'elles sont seules, donc le médecin qui vient et qui ne les connaît pas trop va rapidement les mettre sous antidépresseurs. Je trouve qu'il y a beaucoup de yoyo avec le traitement antidépresseur. On a eu le cas récemment d'une patiente qui passait du SEROPLEX 20 mg : « Ah ben non, il y a longtemps vous preniez du SEROPLEX 20, je vais vous mettre au dosage 10 ». La personne rappelait le médecin en disant qu'elle ne se sentait pas bien et le médecin la faisait passer au 15 mg, puis au repassait au 20. C'est déjà arrivé plusieurs fois. Après c'est difficile de juger pourquoi le médecin a mis tel ou tel dosage. Après les services de gériatrie ont tendances à souvent prescrire des antidépresseurs aussi.
Moi	Vous est-il déjà arrivé d'appeler le médecin parce que vous trouviez quelque chose d'aberrant dans la prescription ?
Pharmacienne	Pour un problème de posologie, oui mais sur une question de dosage, non. Si le dosage change brutalement, effectivement on va demander s'il n'y a pas une erreur. S'il s'agit d'une patiente qui prends du 10 mg depuis six mois, puis qu'elle voit le médecin et qu'il lui met du 20 mg alors qu'il lui a dit qu'il ne changeait rien, là on appelle pour voir si il ne s'agit pas d'une erreur. Ça nous arrive quelque fois. Quelquefois le médecin nous dira

	qu'effectivement il s'est trompé et des fois il dira qu'il trouvait la patiente pas bien mais il n'a pas pris le temps d'expliquer à la patiente qu'il a changé le dosage. Après, comme tout, c'est vraiment du cas par cas.
Moi	Pour vous, quels sont les facteurs à la bonne observance du traitement antidépresseur chez la personne âgée ? Ce qui pourrait aider à la prise ?
Pharmacienne	Dans un premier temps, si la personne en ressent rapidement un bénéfice. Si une infirmière passe pour donner les médicaments, surtout chez une personne âgée qui prends déjà pas mal de médicaments. Ce qui peut aussi aider est les piluliers réalisés par la famille. Après il y a des personnes qui n'ont pas besoins de tout ça, qui viennent elle-même.
Moi	En parallèle, pour vous qu'est ce qui pourrait freiner l'observance de ce type de traitements ? Qu'est ce qui pourrait les empêcher de prendre leur traitement ?
Pharmacienne	Bien, un effet secondaire qui va se déclarer ou bien un effet qu'elles vont imputer au traitement antidépresseur. Elles vont être plus fatigué que d'habitude alors elles vont se dire que ça vient de l'antidépresseur. Si elles sont plus angoissées et que le traitement à coté pour traiter l'anxiété ne fonctionne pas bien ou bien qu'elles ne le prennent pas parce qu'elles ne veulent pas s'y habituer. Parce qu'elles ont lu que les benzodiazépines pouvaient donner des troubles de mémoires et que pour une personne âgée, ça fait très peur des troubles de mémoire. On essaie d'expliquer. Après comme de partout on a des patients que de passage et là ce n'est pas facile mais on fait comme on peut. Après il arrive qu'on délivre le traitement et puis c'est tout si c'est un traitement que le patient connaît et qu'il a déjà pris. Si on voit que c'est un renouvellement et que le traitement est pris tous les mois, il arrive que nous ne détaillions pas.
Moi	Pour terminer, quelles questions pourrait-on poser au patient au comptoir, afin de savoir comment il perçoit son traitement ? Des questions très rapides, très simples
Pharmacienne	Demander l'historique. Depuis combien de temps il en prend, s'il y a une raison particulière qui a amené à prendre ce genre de traitement. Après c'est compliqué, parce que dans ce domaine on intervient vite sur la vie privée des gens. C'est délicat. Après il y a des gens qui vont nous dire qu'ils prennent du SEROPLEX depuis 5 ans et que des qu'ils arrêtent ça ne va pas. Il y a aussi une question d'âge. Quelqu'un qui a 85 ans et qui prends ce traitement depuis longtemps on va lui ficher la paix. Après on va seulement lui poser la question « <i>Est-ce que ça va ? Est-ce que vous le supporter bien ?</i> ». Après on ne va pas demander s'il en a réellement besoin.... Il y en a certains qui n'en n'ont pas besoin, c'est juste devenu une habitude. On a le cas d'une mamie qui prends du SEROPLEX 5 depuis 25 ans, si on l'arrêtait elle ne serait pas si mal. En fait il est plus facile de demander des informations sur les effets secondaires, demander si le/la patiente le supporte bien. Nous ne sommes pas médecin. De plus, depuis les génériques c'est très compliqué de remettre en cause ce que dit le médecin. Les patients nous disent souvent « <i>c'est MON médecin, le</i>

	<p>médecin a dit ça. Pourquoi vous me mettez le générique alors que le médecin n'a pas mis le générique ?». Nous on leur répond que l'on est obligé si on veut faire le tiers payant et là ils nous répondent que s'il avait voulu mettre le générique, il aurait mis le générique. Bref, il y a un peu ce problème qu'on les gens de ne pas nous voire comme la continuité du médecin mais plutôt comme un antagoniste. Après ce n'est pas notre rôle de remettre en cause la parole du médecin.</p>
Moi	Avez-vous d'autre chose à rajouter sur le sujet ?
Pharmacienne	<p>Je pense qu'il y a beaucoup de dépression chez la personne âgée mais qui sont des dépressions liées au changement du style de vie ou à la solitude. Ce sont souvent des personnes âgées très seules qui n'ont pas leur famille. C'est vraiment lié à la solitude et je trouve que l'été particulièrement. Il suffit qu'elles disent ça au médecin. Moi j'ai eu le cas dans ma famille. Elle a dit au médecin « <i>oh ça va pas trop en ce moment, ce n'est pas trop la forme. J'ai des soucis</i> » et directement on lui a prescrit du SEROPLEX. Et là pendant 48h, complètement somnolente. Comme c'est quelqu'un que je connais bien, je lui ai dit d'arrêter car je savais que ça n'allait pas si mal que ça. Le problème c'est que ça va très vite quand on est chez le médecin, même le médecin « de famille » qui vient à domicile. Je pense que souvent ces personnes auraient juste besoin de parler et que ça pourrait remplacer un antidépresseur.</p>
Moi	Merci beaucoup pour toutes ces informations.
Pharmacienne	<p>Après le problème c'est que l'on rentre très rapidement dans le truc « on critique le médecin ». Si encore le médecin a parlé éventuellement d'autres alternatives aux traitements antidépresseurs, on peut discuter avec le patient. Si le patient nous dit que « <i>si ça ne va pas mieux, le médecin m'a dit qu'il me mette sous antidépresseur</i> », là on peut ouvrir le dialogue sur d'autres thérapeutiques. Mais si elles viennent avec une ordonnance de SEROPLEX, pour peu que ce soit leur médecin chéri et que vous leur dite « <i>oulala mais pourquoi il vous a mis ça ?</i> », ça passera mal.</p> <p>Après quand ce sont des personnes qui ont été hospitalisé en gériatrie, ils font souvent le tri là-bas, donc ils reviennent sans rien, enfin avec pas grands chose.</p> <p>C'est vraiment le grand problème des antidépresseurs, c'est qu'actuellement ils sont vraiment donnés beaucoup trop facilement. Un peu moins chez les personnes âgées que chez les jeunes. Chez les jeunes c'est une vraie catastrophe : ils ont une rupture sentimentale ou bien rater un examen et bim on les mets sous antidépresseurs.</p> <p>Chez la personne âgée on va souvent le donner rapidement suite à un deuil ou bien pour des personnes qui sont seules. Nous on connaît des gens qui sont seules, qui ont perdu leur conjoint depuis très longtemps mais qui vont très bien. Mais tout le monde n'a pas sa famille à côté. J'ai une cliente une fois qui est venu en milieu d'après-midi est qui m'a avoué que j'étais la seule personne qu'elle voyait et avec qui elle parlait depuis très longtemps.</p>
Moi	Merci beaucoup et bonne continuation.

Retranscription entretien n°7

Réalisé le 18/07/17, à Lyon dans le 2^{ème} arrondissement 69

Durée : 12 min

Age : 42 ans

Années d'expérience : 10 ans

Grande pharmacie en plein centre-ville de LYON, avec une patientèle en grande majorité de passage mais quelques habitués. L'équipe officinale est très grande avec de très nombreux pharmaciens, préparateurs en pharmacie et étudiants.

Je me suis entretenue avec une préparatrice en pharmacie avec qui je travaille, qui exerce son métier dans cette officine depuis 4 ans. Elle travaille en pharmacie d'officine depuis 10 ans. Elle m'a précisé que ses souvenirs remontent à 4 ans, quand elle travaillait dans sa précédente officine car elle n'a pas beaucoup l'habitude actuellement de servir des personnes âgées de manière régulière.

Moi	Comme convenue, je vais voir avec vous les mots, les termes et les expressions que vous utilisez quand vous abordez le sujet de la dépression et des antidépresseurs avec les personnes âgées.
Préparatrice	Il faut que je me remémore tout ça, ça remonte à 4 ans en arrière. Parce qu'ici, c'est difficile de se rappeler de tout le monde.
Moi	Dans un premier temps, quels sont les termes ou les expressions que vous utilisez pour définir la maladie « dépression » à la personne âgée ?
Préparatrice	Quand elle vient avec son ordonnance, je n'utilise jamais le mot dépression parce que je trouve que c'est un mot très agressif et les gens n'aiment pas trop. Moi je dis plus : un problème de moral, un état de fatigue psychologique, baisse de régime, que le mot « dépression » ou « antidépresseurs ».
Moi	Pourquoi ? Quelles en sont les raisons ?
Préparatrice	Alors moi je me souviens que des gens au départ n'étaient même pas au courant qu'ils étaient sous antidépresseur. J'ai eu 2 fois le cas où j'ai eu l'impression d'avoir mis les pieds dans le plat en me rendant compte que la personne ne savait pas quel médicament elle prenait. Alors maintenant je vais moins dans « dépression » et « antidépresseurs » et une fois que la dame à l'habitude et qu'elle utilise le mot elle-même alors oui je l'utilise. Mais en première intention jamais ! Je fais ça pour tout le monde, que ce soit un patient âgé ou non.
Moi	Selon votre expérience au comptoir, comment se manifeste la dépression chez la personne âgée ? Quels signes vous orientent sur une dépression ?
Préparatrice	Sans qu'on voit l'ordonnance ? Ben on aura en face de nous une personne qui est triste, fatiguée et qui manque d'énergie. Et puis surtout ça sera une personne très négative : elle n'aura plus envie, plus la motivation de faire quoi que ce soit.

Moi	Avez-vous déjà été confronté à une personne qui venait se plaindre spontanément d'être « dépressif » ? Dans quel contexte ?
Préparatrice	Alors oui, ce sont des gens qui se plaignent d'un manque d'entrain. Des personnes qui sont pas bien, qui se sentent mal chez eux qui se sentent mal dehors. On essaie d'approfondir la chose si on a le temps, « <i>est-ce qu'il y eu un événement qui a pu provoquer cette situation ?</i> ». En générale c'est suite à un décès, à la découverte d'une maladie ou pleins d'autres choses. Et après tout dépend le degré et si ça fait longtemps que la personne se sent comme ça. On va l'orienter chez le médecin mais on peut commencer par conseiller des plantes en attendant d'une consultation.
Moi	Quels sont les termes ou les expressions que vous utilisez pour aborder les médicaments antidépresseurs avec la personne âgée ?
Préparatrice	Une fois qu'on a parlé de la situation, qu'on a cerné la personne, j'utilise le mot antidépresseur pour expliquer le médicament. Il est plus facile d'utiliser le mot quand on parle du médicament que d'utiliser le mot « dépression » quand on aborde la maladie.
Moi	Vous est-il déjà arrivé d'utiliser d'autres termes ?
Préparatrice	Pas pour parler du médicament. Mais quand tu abordes le client et que tu essaies de le cerner, là j'évite d'utiliser directement le mot « antidépresseur » ou « dépression »
Moi	Dans le cas, où il s'agit de quelqu'un de la famille, ou d'un aidant qui vient chercher le traitement, est-ce que tu adaptes le vocabulaire ?
Préparatrice	Quand c'est quelqu'un de la famille j'y vais franco parce qu'il n'y a pas besoin de lui cacher et il connaît plus ou moins la personne et sait comment elle réagit.
Moi	Quels sont les conseils que vous avez l'habitude de dispenser aux personnes qui sont atteintes de dépression, de manière générale ? Conseillez-vous des plantes, du sport ?
Préparatrice	On va conseiller plus des choses complémentaires au traitement. Déjà dans le cadre de vie : ne pas rester chez soi enfermé, sortir, prendre contact avec des gens, faire du sport, faire de la relaxation, des choses adaptés. Des choses pour améliorer la qualité de vie.
Moi	Et en termes de phytothérapie, vous est-il déjà arrivé de conseiller des choses ? Lesquelles ?
Préparatrice	Le millepertuis. Mais je ne le conseillerai pas comme ça. Je le fais plus dans un traitement de sevrage aux antidépresseurs. Après pour les premières intentions, il y a le MILDAC qui a de faibles dosages en millepertuis. Puis après il y a tout ce qui est valériane, passiflore. Je peux aussi conseiller de l'homéopathie. Après tout ça, c'est pour l'état de baisse d'humeur. Pas pour la dépression elle-même.
Moi	Est-ce que vous adaptez ce genre de conseils selon s'il s'agit de quelqu'un de jeune ou quelqu'un d'âgé ? Ou bien vous dites la même chose et pourquoi ?
Préparatrice	Je dis la même chose. Après pour la personne âgée, tout dépend du niveau de compréhension et d'autonomie qu'elle a. Mais il faut qu'elle continue à sortir, à marcher et à voire du monde.

Moi	Quelles sont les informations ou les conseils que vous dispensez au patient concernant l'efficacité du traitement quand on le commence ?
Préparatrice	Déjà qu'il faut être patient parce qu'il faut qu'il se mette en place en 10 ou 15 jours. Et que l'effet n'est pas immédiat. Et surtout qu'il ne faut jamais l'arrêter totalement tout seul. Il faut y aller très progressivement et toujours avec l'avis du médecin. Mais surtout bien attendre 10-15 jours que les effets du traitement se mettent en place et que l'on trouve le bon dosage et que le traitement se stabilise.
Moi	Et ça, quel que soit l'âge de la personne ?
Préparatrice	Oui, je dis ça pour toute prescription d'antidépresseur.
Moi	Quelles sont les informations que vous dispensez concernant la tolérance de ces médicaments, vis-à-vis des effets indésirables ? Est-ce que vous en parlez ? Si oui pourquoi ? si non pourquoi ?
Préparatrice	Il faut en parler. Par exemple il peut y avoir des états nauséux surtout en début de traitement. Donc il faut prévenir la personne. Il y en d'autres qui donnent une prise de poids. Il ne fait pas trop non plus l'annoncer comme ça mais il faut en parler. Mais je parlerais plus de l'état nauséux et l'histoire la prise de poids c'est plutôt quand ils reviennent au bout de 3 mois de traitement.
Moi	Abordez-vous les effets indésirables systématiquement ? Ou bien seulement si on vous le demande ?
Préparatrice	J'en parle mais que les plus communs, les plus habituels mais je le fais toujours. Parce que ce sont des médicaments où il y en beaucoup et ils ne sont pas anodins. On ne peut pas prendre ce genre de médicaments comme on prendrait du DOLIPRANE. Il faut en parler.
Moi	Que pensez-vous des posologies des traitements antidépresseurs chez la personne âgée ?
Préparatrice	Je trouve que les médecins tapent très fort dans les doses et en donnent quand même pas mal. Non seulement ils donnent l'antidépresseurs mais aussi tout ce qui va avec : les somnifères, les anxiolytiques, le décontractant. Tout ce qui va être associés avec l'antidépresseur. Moi je trouve que ça fait beaucoup. Après ce n'est que mon avis. Moi je trouve qu'on y va trop facilement à la prescription d'antidépresseurs chez la personne âgée.
Moi	Quels pourrait être les facteurs qui pourrait aider à la bonne observance des traitements antidépresseurs ? Qu'est ce qui pourrait améliorer la prise de ces antidépresseurs chez la personne âgée ?
Préparatrice	Tu penses que la personne âgée ne prend pas ses traitements ?
Moi	Non, c'est dans le cas où ils ne les prennent pas, qu'est ce qui pourrait les motiver ?
Préparatrice	Alors pour moi la bonne compréhension du traitement est super importante. Ma grand-mère était sous antidépresseurs mais pendant des années elle n'a jamais su à quoi correspondait son cachet. Elle le prenait sans savoir ce que c'était.
Moi	Pour vous, c'est dû à un manque de compréhension ?
Préparatrice	Je ne sais pas. Peut-être que la pharmacie où elle se servait ne mentionnait jamais le mot « antidépresseur ». Elle a pris ça sans vraiment savoir qu'il s'agissait d'un antidépresseur.

	Alors pour moi, ça serait de bien poser les mots et peut être avoir plus des personnes pour gérer leurs traitements comme les infirmières par exemple pour préparer les semainiers, les choses comme ça. Pour avoir une bonne observance. Pour moi ça serait ça le mieux.
Moi	Qu'est ce qui pourrait freiner l'observance de ces traitements antidépresseurs chez la personne âgée ? Qu'est ce qui pourrait ne pas motiver à les prendre ?
Préparatrice	Dans un premier, temps ne pas savoir à quoi ça sert peut-être. Se dire que je prends déjà beaucoup de médicament donc celui-ci je ne vais pas le prendre. Moi je pense que ça peut être ça par rapport au nombre de pathologie. Voilà ce sont les premières choses qui me viennent comme ça. Tu me prends de court.
Moi	Une dernière chose, quelles questions pourrait-on poser au patient au comptoir, pour savoir un peu comment il perçoit son traitement ? Des questions simples, rapides qui pourrait nous orienter sur comment le patient voit son traitement ? Qu'est ce qui le motive ? Qu'est ce qui ne le motive pas ?
Préparatrice	Je ne vois pas l'intérêt d'avoir des motivations de prendre un traitement. Tu veux dire si elle se sent mieux ? Si c'est un traitement qu'elle prend depuis longtemps. Si elle se sent mieux depuis qu'elle prend son traitement. Parce que si c'est toujours la même chose, qu'elle est toute abrutié et qu'elle dort toute la journée je ne vois pas l'intérêt. Dans l'observance aussi.
Moi	Merci, d'autre chose à rajouter ?
Préparatrice	Non, mais j'y repenserai, n'hésite pas à m'en reparler.

Retranscription entretien n°8

Réalisé le 16/08/2017 à Lyon, dans le 2^{ème} arrondissement 69

Durée : 12 min

Age : 56

Année d'expérience : 30 ans

Petite pharmacie de quartier placée en plein centre-ville. L'équipe officinale est composée de deux pharmaciennes et d'une préparatrice en pharmacie. La patientèle est variée, avec des patients habitués du quartier et quelques patients de passage.

J'ai pu réaliser l'entretien avec la pharmacienne titulaire et avec la préparatrice dans un espace de confidentialité à l'arrière de la pharmacie. Cet entretien concerne la pharmacienne titulaire qui exerce sa profession depuis 30 ans.

Moi	Dans un premier temps mon objectif sera d'identifier les mots et les termes que vous utilisez pour expliquer la pathologie « dépression » et pour aborder les traitements à la personne âgée. Alors tout d'abord, quels sont les termes/ les mots que vous utilisez pour parler de la maladie « dépression » à la personne âgée ?
Pharmacienne	Alors je vais plutôt dire « pas le moral », pas envie de se lever, pas envie de sortir, pas envie de faire d'effort pour se préparer à manger.
Moi	Pour quelles raisons n'utilisez-vous pas le mot « dépression » ?
Pharmacienne	On leur a peut-être déjà dit et quelques fois il faut leur expliquer en quoi ça consiste plutôt que de leur donner un mot qu'ils ne sauront pas forcément définir.
Moi	D'autres raisons vous viennent ?
Pharmacienne	Oh, je ne pense pas que ce soit la maladie qui leur fait le plus peur à leur âge.
Moi	Selon votre expérience au comptoir, comment se manifeste la dépression chez la personne âgée en termes de signes cliniques, de comportement ?
Pharmacienne	Au comptoir, et bien on va la voir maigrir, ne plus faire attention aux vêtements qu'elle met alors qu'elle prenait soin d'elle.
Moi	Avez-vous déjà eu des patients venant à la pharmacie pour se plaindre de « dépression » ou de « baisse de moral » ?
Pharmacienne	Alors oui, mais en fait la baisse de moral est logique, je veux dire c'est dans l'ordre des choses. Ce sont des personnes qui sont quelques fois toutes seules. Ils ont l'impression de ne servir plus à rien. Qu'est-ce que l'on peut faire à ça ? On ne peut pas leur dire qu'on va changer ça, ça serait leur mentir. Alors si vous voulez oui on va rencontrer ce genre de plainte mais qu'est-ce que voulez qu'on fasse ?
Moi	Quels sont les termes ou les expressions que vous utilisez pour aborder les traitements antidépresseurs ?

Pharmacienne	Alors ça va les aider à aller mieux. C'est-à-dire à réparer tout ce que je vous ai dit auparavant.
Moi	D'accord, mais pourquoi adaptez-vous le vocabulaire ? Pourquoi ne mentionnez-vous pas le mot « antidépresseurs » ?
Pharmacienne	Alors toujours parce que je n'ai pas à parler de dépression. Parce qu'en plus il y a des gens qui vont refuser ce terme-là donc ils risquent de ne pas être observant et on doit faire attention à de risque de non-observance. S'ils ne le sentent pas utile pour eux, ils ne vont pas le prendre parce qu'il y a quand même beaucoup de patients qui ont des antidépresseurs dans leur traitement et qu'ils ne le prennent pas. Ils vont vous dire qu'ils ne le prennent pas, soit parce qu'ils n'en ont pas envie, soit parce qu'ils vont vous dire qu'il leur en reste alors que matériellement s'ils en avaient pris comme il fallait ben il ne leur en resterait pas.
Moi	Dans tous les cas vous ne mentionnez pas le mot « antidépresseur » quel que soit l'âge de la personne ?
Pharmacienne	Alors ça dépend des gens. En fait notre souci c'est l'observance. Donc il ne faut pas utiliser des mots qui risquent de les dissuader de prendre le médicament. Si vous utilisez le mot « antidépresseurs », ils vont vous répondre « <i>oh je n'en suis pas là</i> » et là c'est foutu. Si vous dites le mot et qu'eux, ils ne le ressentent pas, ça y est c'est foutu. Vous vendrez le médicament mais eux ils ne le prendront pas.
Moi	Dans le cas où il s'agit d'un aidant ou d'un membre de la famille qui vient chercher l'ordonnance d'une personne âgée, est-ce que là vous adaptez le vocabulaire ?
Pharmacienne	Oh ben je vais leur dire à quoi ça sert.
Moi	C'est-à-dire ? Mentionnez-vous le mot « antidépresseur » ou « dépression » ?
Pharmacienne	Oh ben oui, quand ce n'est pas la personne concernée on va les utiliser beaucoup plus facilement.
Moi	Quels conseils avez-vous l'habitude de dispenser chez la personne âgée atteinte de dépression ? En dehors de l'ordonnance ? En conseils complémentaires à la prescription (habitude de vie par exemple)
Pharmacienne	Alors on peut essayer de leur proposer des plantes si on sent qu'ils ne veulent pas prendre leur médicament mais ça n'arrivera pas vraiment en complément parce que s'ils prennent correctement leur antidépresseur, normalement ils n'ont pas besoin d'autre chose.
Moi	Quels types de plantes ? Avez-vous des exemples ?
Pharmacienne	Alors pas de plantes en particulier, je dirais toutes celles qui concerne la dépression. <i>La pharmacienne me montre des boites de compléments alimentaires présentées derrière le comptoir.</i> Là par exemple à base de lait et d'Euleuthérocoque, ça s'utilise bien pour les troubles de l'humeur. Des compléments vitaminiques, du tryptophane et du magnésium.
Moi	Vous voyez ces autres produits comme une alternative ?
Pharmacienne	Et bien parce que ça ne sert à rien d'y rajouter en plus du traitement antidépresseur.

Moi	Quels sont les conseils ou les informations que vous dispensez au patient concernant l'efficacité du traitement à l'instauration du traitement ?
Pharmacienne	Je vais leur dire que ça va agir en quelques jours, je ne leur dirais pas forcément le temps imparti parce que sinon ils ne vont pas les prendre. L'objectif c'est qu'ils adhèrent au traitement donc il faut essayer de leur donner une image relative de rapidité d'action alors que ça va être moins rapide que ça.
Moi	Adaptez-vous ce genre d'information s'il s'agit d'une personne âgée ? Allez-vous dire la même chose chez une personne jeune ?
Pharmacienne	La personne jeune je vais peut-être plus lui dire que ça ne va pas agir le lendemain.
Moi	Quelles sont les informations que vous dispensez par rapport à la tolérance du traitement antidépresseur ? Vis-à-vis des effets secondaires ?
Pharmacienne	On n'en parle pas trop parce que si vous récitez tous les effets secondaires des antidépresseurs, ils ne le prendront pas. Déjà qu'ils vont lire la notice alors si vous les dites ...
Moi	Et dans le cas où on vous le demande ?
Pharmacienne	Ben oui si on me pose la question et après ça convient ou ça ne convient pas. Après ce n'est pas tellement les effets secondaires qui sont les plus importants.
Moi	Vous est-il déjà arrivé des cas où le patient venait se plaindre d'effets secondaires de son traitement antidépresseurs ?
Pharmacienne	Non, c'est plutôt que ça ne lui convient pas. Il ne ressent pas d'effet, ça ne lui fait rien.
Moi	Que pensez-vous des posologies des traitements antidépresseurs chez la personne âgée ? Avez-vous un ordre d'idée ?
Pharmacienne	Souvent la posologie n'est pas adaptée à la personne âgée. Souvent elle est un peu importante et on devrait plus diminuer les doses. Souvent les médecins ne tiennent pas en compte l'état de leurs reins, et de l'élimination du médicament. Souvent elle n'est pas adaptée.
Moi	Etes-vous déjà intervenue auprès d'un médecin parce que vous trouviez une posologie inadaptée ?
Pharmacienne	Il faudrait qu'elle soit vraiment inadaptée. C'est un peu délicat d'aller là-dessus parce que normalement on devrait diviser les doses par deux chez la personne âgée et souvent elles ne le sont pas.
Moi	Pour vous quels seraient les facteurs qui pourraient favoriser l'observance des traitements antidépresseurs chez la personne âgée ? Qu'est ce qui pourrait les motiver ?
Pharmacienne	Ce qui motiverait le plus c'est qu'ils se sentent mieux. Que le médecin arrive à trouver le médicament qui va faire qu'elles auront un meilleur moral, qu'elles auraient envie de faire des choses en dehors de chez elles, elles ont envies de participer. Après l'aide à l'observance ça peut être le pilulier, elles prennent tout ce qu'il y a dedans au moment où elles le prennent. Comme ça c'est sûr, une fois que le pilulier est fait, c'est sûr que ça peut aider à l'observance car elles ne vont pas se poser de questions : « <i>celui-là il est pour le cœur, celui-là il est pour le cholestérol</i> »

Moi	En parallèle, pour vous qu'est ce qui pourrait freiner cette observance de ce type de traitement chez la personne âgée ? Quels facteurs pourraient justement empêcher la prise de ces traitements ?
Pharmacienne	Alors de ne pas voir de résultats, le manque de résultat ou bien l'impression de prendre déjà beaucoup de médicaments du coup ça en fait un de plus donc on essaie de l'éliminer.
Moi	D'autres choses vous viennent ?
Pharmacienne	La peur d'un effet non attendu, d'un effet indésirable.
Moi	Quelles questions pourrait-on poser au patient au comptoir afin de cerner son comportement vis-à-vis de son traitement antidépresseur ? Afin de savoir s'il le prend bien, s'il le supporte bien ?
Pharmacienne	De toute façon il va nous le dire s'il ne supporte pas le traitement. Et nous normalement on va voir l'amélioration. Je ne pense pas qu'on va vraiment lui poser des questions.
Moi	Et lors d'un renouvellement d'ordonnance, quels types de questions pourrez-vous lui poser ?
Pharmacienne	Est-ce que ça vous convient ? Est-ce que vous le supportez bien ? Vous n'avez pas d'effets secondaires ? Voilà ce que l'on pourrait poser comme question. Quand on renouvèle, on pourra se rendre compte s'il le supporte bien.
Moi	Avez-vous d'autres remarques à faire sur le sujet ?
Pharmacienne	J'ai trouvé que c'était un sujet un peu bizarre, moi.

Retranscription entretien n°9

Réalisé le 16/08/2017 à Lyon, dans le 2^{ème} arrondissement 69

Durée : 12 min 04

Age : 22 ans

Année d'expérience : 2 ans

Petite pharmacie de quartier placée en plein centre-ville. L'équipe officinale est composée de deux pharmaciennes et d'une préparatrice en pharmacie. La clientèle est variée, avec des patients habitués du quartier et quelques patients de passage.

J'ai pu réaliser l'entretien avec la pharmacienne titulaire et avec la préparatrice dans un espace de confidentialité à l'arrière de la pharmacie. Cet entretien concerne la préparatrice en pharmacie qui travaille en officine depuis 2 ans.

Moi	Alors pour moi le but va être d'identifier la façon dont vous avez d'expliquer les traitements antidépresseurs, la dépression en identifiant les mots et les expressions que vous utilisez chez la personne âgée. Quels sont les mots que vous utilisez pour définir la maladie « dépression » au près d'une personne âgée ?
Préparatrice	Vous voulez dire si elle vient me voir et m'en parle ?
Moi	Oui par exemple ou bien lorsqu'elle vient chercher son ordonnance.
Préparatrice	On va parler d'avoir des petits coups de mou, qu'elle va avoir des hauts et des bas, elle va être sensible. Je dirais qu'elle n'aura pas le moral, qu'elle n'aura rien envie de faire : elle n'aura pas envie de se lever, elle ne voudra faire aucune tâche. C'est une personne qui restera chez elle, qui n'aura envie de voir personne.
Moi	Donc quand vous abordez le sujet avec une personne âgée, vous ne mentionnez jamais le mot « dépression » ?
Préparatrice	Non, je pense qu'il ne faut pas dire ce mot. Parce que justement ça peut faire peur. La dépression c'est un grand mot et je pense qu'il faut aborder ça avec d'autres mots et aborder ça comme une phase de la vie et qu'il faut l'aborder différemment. Parce que tout de suite parler de dépression, ça fait vraiment un grand mot.
Moi	Comment ça c'est « un grand mot » ?
Préparatrice	Dans le sens qu'il fait peur. Ce n'est pas bien d'aborder le sujet en leur parlant de « dépression ».
Moi	Selon votre expérience au comptoir, comment repérerez-vous une personne âgée atteinte de dépression ? Ce n'est pas grave si vous répétez ce que vous m'avez dit avant.
Préparatrice	Elle va nous dire qu'elle à rien envie de faire, qu'elle a envie de ne voir personne. Enfin tout ce que je vous ai dit avant.
Moi	Vous n'avez rien d'autre à ajouter ? <i>La préparatrice prend quelques secondes pour réfléchir.</i>

Préparatrice	Non, je ne vois pas trop.
Moi	Il vous est déjà arrivé d'avoir des plaintes directes de ce type de patient ?
Préparatrice	Alors oui, ils vont nous dire qu'ils ont du mal à dormir, qu'ils vont être fatigués.
Moi	Quels sont les expressions que vous utilisez pour parler du traitement antidépresseur ?
Préparatrice	Bonne question ... <i>Elle ne sait pas quoi dire, elle prend quelques secondes pour réfléchir. Je décide alors de la relancer.</i>
Moi	Dites-vous le mot antidépresseur ?
Préparatrice	Non, non je ne le dit pas. Non je vais leur dire que c'est pour traiter leurs troubles émotionnelles. Qu'est-ce que je leur dit ? <i>La préparatrice prend un moment pour se rappeler ce qu'elle dit aux patients.</i> Je vais utiliser des petits mots qui vont atténuer le mot dépression : un coup de mou par exemple. Pour pas qu'elles soient encore plus déprimées et de ne pas enfoncer le clou non plus.
Moi	Dans le cas où il s'agit d'un aidant ou de quelqu'un de la famille qui vient chercher le traitement, est-ce que là vous adaptez le vocabulaire ?
Préparatrice	Alors oui dans ce cas-là oui, j'adapte par rapport à la personne qui est un peu extérieur au problème. On va pouvoir lui expliquer un peu mieux comment on ressent la personne, comment elle va par rapport à hier, par rapport à la semaine dernière. On parlera plus facilement à l'aidant qu'à la personne concernée.
Moi	Quels sont les conseils que vous donnez en compléments de l'ordonnance d'antidépresseurs ? Des conseils concernant le mode de vie ? Conseillez-vous d'autres produits plus naturels ? Lesquels ?
Préparatrice	Déjà par exemple si elle va avoir des troubles du sommeil, oui on va lui donner des choses qui seront plus déstressantes de types infusions ou des plantes comme la passiflore, la valériane, tout ça. Sur son mode vie, on va lui conseiller de sortir, d'aller voir sa famille, d'aller voir des amis, d'avoir des activités en fait. Que ce soit des activités physiques ou des activités toutes simples et régulières comme aller se promener par exemple. De se vider la tête et de ne pas rester seule.
Moi	Vos conseils en phytothérapie concernent seulement les symptômes de la dépression ?
Préparatrice	Oui c'est ça, on va conseiller des plantes pour le manque de sommeil, pour l'anxiété, le stress.
Moi	Quels sont les informations ou les conseils que vous dispensez concernant l'efficacité du traitement antidépresseur dans le cas d'une initiation de traitement ? Quand c'est la première fois, que lui dites-vous vis-à-vis de l'efficacité du traitement ?
Préparatrice	Déjà on va lui dire que le traitement ne va pas marcher du jour au lendemain et qu'il va falloir de la patience. Qu'il va falloir être très régulier dans son traitement et de devoir attendre quelques mois avant que la réelle efficacité soit là. Il ne faut pas qu'elle abandonne. Après des choses qu'on ne leur dit pas, par exemple le risque de tentative de suicide. Après ça on ne va pas leur dire.

Moi	Comment réalisez-vous le suivi d'un patient concernant son traitement antidépresseur ? Que lui demandez-vous ?
Préparatrice	Je ne demande pas trop. Après tout dépends, la plupart du temps, les gens ont déjà leur traitement depuis longtemps donc en fait on ne va pas se sentir à leur poser trop de questions.
Moi	Quelles sont les informations que vous dispensez concernant la tolérance du traitement ? Vis-à-vis des effets indésirables ? En parlez-vous ? Si oui pourquoi ? Si non, pourquoi ?
Préparatrice	Alors non on ne leur en parle pas trop. Parce que souvent les effets indésirables sont plus là pour leur faire peur qu'autre chose. Alors du coup je me dis qu'ils liront la notice et s'en rendront compte eux même. Moi personnellement, je n'ose pas vraiment leur dire que ça peut être mal toléré. Je ne me sens pas de leur dire : « <i>voilà vous risquez de faire des tentatives de suicides</i> »
Moi	Que pensez-vous des posologies et des doses des traitements antidépresseurs chez la personne âgée ?
Préparatrice	Alors là je ne peux pas du tout vous répondre. Je n'en sais rien du tout. Je ne sais pas du tout quel peut être l'ordre de grandeur.
Moi	Pour vous quels sont les facteurs qui pourraient aider à la bonne observance du traitement antidépresseur ? Qu'est ce qui pourrait aider une personne âgée à prendre son traitement régulièrement ? Qu'est ce qui la motiverait ?
Préparatrice	Qu'il y ait une personne de son entourage qui lui dise de prendre régulièrement son traitement. Eventuellement mettre en place un pilulier. Peut-être lui dire de passer régulièrement nous voir à la pharmacie toutes les semaines pour nous dire si ça va bien. Dans la prise elle-même du médicament, je ne vois pas ce qui pourrait l'aider ? Eventuellement que son état s'améliore ! Quelle sente qu'elle va mieux.
Moi	Quels pourraient être les freins à l'observance ? Qu'est ce qui pourrait ne pas les motiver à prendre leur traitement ?
Préparatrice	Ben justement le fait de voir que ça ne fonctionne pas du jour au lendemain et qu'il faut de la patience. Je pense que ça c'est un frein important. Peut-être les hauts et les bas. Si à certains moments ils sont en phase « non-dépressive » ils vont peut-être arrêter leur traitement en se disant « oh, ben c'est passé » alors que normalement il faut continuer la prise du traitement régulièrement. Et ensuite ils retombent dans le trou un peu plus bas, quoi.
Moi	D'autres choses qui vous viennent ?
Préparatrice	Ben les effets indésirables, sinon.
Moi	Lesquels par exemple ?
Préparatrice	Tentative de suicide Des phases où ils sont plus mal qu'ils ne l'étaient déjà.
Moi	Dernière question : Quelles questions pourrait-on poser au patient lors des renouvellements d'ordonnance pour cerner comment le patient vit son traitement ?
Préparatrice	On peut lui demander s'il a toujours bien pris son traitement. Après ça on peut le voir par nous-même. Lui demander comment il se sent par rapport au temps depuis qu'il prend ce traitement ci. S'il sent une amélioration ou pas ? Ou si au contraire c'est une régression ou qu'il sent que

	ça ne lui fait rien du tout. Lui demander s'il a fait des activités, s'il a réussi à faire d'autres choses et a un peu moins pensé à sa maladie.
Moi	Avez-vous d'autre chose à rajouter sur la thématique de la dépression chez la personne âgée ?
Préparatrice	Non, après je pense que chez la personne âgée c'est presque normal. Enfin je veux dire que beaucoup de personnes âgées sont dépressives et je pense que c'est parce qu'elles sont extrêmement seules et qu'il faut de notre côté leur conseiller d'aller voir du monde, de s'occuper quoi. Même s'ils ne prennent pas d'antidépresseurs, on peut leur conseiller ça.
Moi	Concernant les prescriptions d'antidépresseurs chez la personne âgée ?
Préparatrice	Ben je pense que quelques fois les médecins abusent. Ils en prescrivent trop même chez les jeunes. J'ai un ami qui s'est fait prescrire de l'alprazolam alors qu'il n'est même pas anxieux ni quoi que ce soit. Alors je trouve ça un peu limite de prescrire ce genre de médicament à quelqu'un de jeune comme ça qui n'a rien. Ce que je veux dire c'est qu'au début on peut prescrire des choses beaucoup plus naturelles et plus douces avant de partir sur des médicaments plus forts. Voilà

Retranscription entretien n°10

Réalisé le 23/08/17, à Lyon dans le 2^{ème} arrondissement 69

Durée : 21 min

Age : 33 ans

Années d'expérience : 11 ans

Grande pharmacie en plein centre-ville de LYON, avec une patientèle en grande majorité de passage mais quelques habitués. L'équipe officinale est très grande avec de très nombreux pharmaciens, préparateurs en pharmacie et étudiants.

Je me suis entretenue avec un préparateur en pharmacie de 33 ans avec qui je travaille, qui exerce son métier depuis 11 ans et qui travaille dans cette officine depuis 5 ans et demi.

Moi	Alors première question : quels sont les mots ou les expressions que tu utilises pour décrire la maladie « dépression » à une personne âgée ? Pour lui expliquer.
Préparateur	A part dépression ? Troubles de l'humeur, baisse de moral, envie de rien.
Moi	T'arrive-t-il d'utiliser le mot dépression ? Dans quel contexte ?
Préparateur	Oui oui je l'utilise, dans le cas d'un début de dépression je vais plutôt dire une petite déprime. Mais dans certaine circonstance ce n'est pas très correcte. Je dirais alors plutôt troubles de l'humeur, baisse de morale enfin tout ce qui traduit la dépression.
Moi	Et chez une personne âgée ? Que vas-tu dire ? Est-ce que tu diras dépression ou tu utiliseras d'autres mots ?
Préparateur	Ah là tu me poses une colle. Moi, en fait je ne fais pas toujours attention à ce que je dis, j'enchaîne la conversation selon mon ressenti de la situation. Je suis au feeling surtout. Mais chez une personne âgée je dirais peut-être plus une petite déprime parce que je ne veux pas essayer de la faire paniquer. Je vais jouer sur les mots pour contourner le mot dépression mais quand même lui faire comprendre que c'est une petite déprime, des moments difficiles à passer.
Moi	Dans le cas où tu n'utilises pas le mot « dépression » quelles en sont les raisons ? Pourquoi n'utiliserais-tu pas le mot dépression ?
Préparateur	Si je ne l'utilise pas c'est qu'il s'agit d'une personne que je sens fragile et que je ne veux pas lui mettre « un coup » par-dessus le coup qu'elle a déjà des fragilités. Si je sens qu'elle est fragile et que je risque de l'enfoncer dans sa dépression, je vais éviter d'employer ce mot. Mais après c'est au feeling, je peux très bien me tromper mais généralement j'arrive à juger assez bien. Mais ça peut arriver. Après c'est difficile de deviner quand on a des gens au comptoir. J'essaie de me référer à ce que je vois.
Moi	Par rapport à ton expérience au comptoir, comment se manifeste la dépression ? Comment arrives-tu à voir si une personne est déprimée ?

Préparateur	Le mieux c'est quand même de la faire parler. Parce que ça ne se voit pas forcément. Après c'est souvent des personnes qui vont commencer par te dire : « je ne dors pas beaucoup en ce moment », je suis stressée. Nous on va essayer de creuser le pourquoi du comment. J'essaierai de savoir ce qu'il se passe, s'il y a eu un évènement dans sa vie tragique ou quelque chose de pas bien : une personne de son entourage malade, décédé ...Après elle va nous faire remarquer qu'elle ne se sent pas bien, qu'elle n'a plus envie de ne rien faire, qu'elle n'est pas motivée. On commence à la faire parler pour voir si elle a des signes de dépression.
Moi	Peu importe l'âge de la personne ? Que ce soit quelqu'un de jeune ou quelqu'un d'âgé ?
Préparateur	Oui, après la seule chose qui va varier ce sera le conseil que tu auras selon la dépression. Si on sent que c'est juste une petite dépression, une déprime passagère chez quelqu'un de jeune, on va essayer de partir sur quelque chose de naturel comme la GRIFONNIA par exemple. Je n'aime pas trop le millepertuis, il y a trop d'interaction. Avec le grifonnia c'est plus facile. Après si on sent que c'est une moyenne, grosse dépression chez des personnes plus âgées et avec des traitements plus lourds on conseillera d'aller voir rapidement le médecin.
Moi	Quels sont les mots ou les expressions que tu utilises pour aborder le traitement antidépresseur avec la personne âgée ? Diras-tu antidépresseurs ? Si tu ne le dis pas, pourquoi ?
Préparateur	Tu me poses une colle <i>Il prend un moment pour réfléchir</i>
Moi	Que vas-tu dire face à une ordonnance d'antidépresseurs ? Pourquoi utiliserais-tu un autre mot que « antidépresseurs » ?
Préparateur	Je vais dire voilà votre médicament sans aller dire « antidépresseurs ». Surtout dans cette pharmacie où l'on a des comptoirs serrés. Je ne vais pas aller crier « voilà votre antidépresseur ». Je dirais que c'est un traitement pour vous remonter le moral, pour vous aider à remonter la pente. Je ne t'utilise pas souvent le mot antidépresseur dans la mesure où j'estime que quand on a des comptoirs serrés, beaucoup de gens qui attendent, c'est-à-dire un manque d'intimité, les gens ne seront pas à l'aise si on dit ce mot-là. On dira plus facilement « un traitement pour vous aider à vous sentir un peu mieux, un traitement pour remonter la pente ». En fait, je vais te donner un exemple. Si on me demande un ovule, je ne le dirais pas comme ça. Je dirais que c'est un médicament à mettre par voie locale pour ne pas mettre mal à l'aise une patiente. Quand on a des comptoirs plus séparés, que l'on connaît les gens et que l'on peut parler plus avec eux, j'hésite moins à dire antidépresseurs si la personne a bien compris son traitement.
Moi	Par contre, si des personnes n'ont pas bien assimilé leur traitement ?
Préparateur	Ben j'adapte en fonction de la situation. Il y a des personnes pour qui je vais choisir de ne pas le dire parce que je les sens très fragile. Et d'autre chez qui j'irais dans le détail si je sens que c'est nécessaire et qu'ils sont plus ouverts. Dans cette pharmacie, je ne le fais pas plus pour un problème d'environnement que pour le patient lui-même. Pour ne pas le mettre mal à l'aise.

Moi	Dans le cas où il s'agit de quelqu'un de la famille qui vient chercher le traitement ou éventuellement un aidant (une auxiliaire de vie, une infirmière), comment adaptes-tu le vocabulaire ?
Préparateur	Par principe, s'il ne s'agit pas de la personne concernée, je ne m'étais pas sur l'ordonnance. J'estime que dans la mesure où il ne s'agit pas de la personne concernée, à part si la personne me questionne, j'essaie de rester vague. A part s'il s'agit d'une infirmière, là ça ne me dérangerait pas, parce que c'est une professionnelle de santé. On n'est pas censé exposer la maladie d'autrui sans son accord. Si c'est un membre de la famille qui vient chercher le traitement du patient et qu'il n'est pas au courant de la pathologie de la personne, ce n'est pas à nous de lui détailler ce qu'il a. Donc pour un traitement antidépresseur, je n'irais jamais le dire à une personne qui n'est pas celle concernée, je ne rentrerai pas dans les détails. Après c'est toujours au cas par cas, si l'aidant vient et nous fait comprendre qu'il est au courant de la pathologie on entrera peut-être un peu plus dans les détails.
Moi	Et avec l'infirmière ?
Préparateur	Il n'y a pas de problèmes, elle connaît les traitements, la pathologie. C'est un confrère donc on échangera plus facilement avec elle.
Moi	Quels conseils dispenses-tu à une personne qui se plaint de dépression, de coup de déprime ? De thérapeutiques naturelles ? D'autres choses ?
Préparateur	Si c'est vraiment une dépression à part le Rodhiole et le millepertuis on n'aura pas grand-chose. On peut donner de l'homéopathie aussi comme Serotoninum. Après il y a tout ce qui est dérivés du tryptophane, le safran. On fait vite le tour dans les produits naturels. On peut conseiller des choses complémentaires si elle est stressée par exemple aubépine, passiflore. On peut aussi agir sur les troubles du sommeil associés avec des plantes comme valériane, escholtzia. Ce sera des conseils que si c'est une petite dépression ou un petit stress, si c'est plus que ça, ce n'est plus de notre ressort. C'est orientation directe chez le médecin. Il ne faut pas passer à côté de quelque chose de grave.
Moi	D'autres choses ? Et concernant les habitudes de vie du patient ?
Préparateur	Alors je ne sais pas si on peut dire que c'est des habitudes de vie, prendre l'air, s'occuper l'esprit, voir du monde, ne pas rester seul. Essayer de se changer les idées. Ça peut être des bonnes choses à faire. Après c'est pareil, c'est valable que dans des petites dépressions mais quelqu'un qui est vraiment déprimé, qui a plus le moral et qui n'a plus la force d'avancer, à part orienter vers le médecin, on ne peut pas faire grand-chose d'autre.
Moi	Quels sont les informations et les conseils que tu dispenses au patient concernant l'efficacité du traitement à l'initiation ? lors d'une première ordonnance ?
Préparateur	L'antidépresseur n'a pas d'action immédiate. Il faut bien prendre en compte qu'en générale c'est entre 15 jours et 1 mois pour avoir vraiment un effet. Donc il ne faut pas s'attendre à prendre sa petite pilule et hop ça va mieux. Il faut bien le dire d'éviter de sauter une prise pour éviter l'effet rebond, parce que même si immédiatement on ne ressent pas l'effet de l'oubli, c'est 2 – 3 jours plus tard qu'on va ressentir

	ce trou, cette baisse de moral alors que l'on prend son traitement. Alors il faut bien penser à le prendre tous les jours, environ à la même heure.
Moi	Et tu dis la même chose peu importe l'âge du patient ?
Préparateur	Oui, les choses sur la prise de traitement c'est toujours pareil. Je ne fais pas de différence.
Moi	Comment réalises-tu le suivi de ces patients lors des renouvellements d'ordonnance ?
Préparateur	<p>Ici, c'est compliqué de faire du suivi. Je n'en ferais que très peu. Ici, on a beaucoup de passage, on ne les voit pas tout le temps et comme on voit beaucoup de monde, quelquefois c'est compliqué de se rappeler.</p> <p>Après on peut toujours poser des petites questions anodines comme : est-ce que vous prenez toujours votre traitement ? Est-ce que tout se passe bien ? C'est plus difficile de créer un lien dans ce type de pharmacie que dans les petites officines de quartier. Je me souviens dans une pharmacie où j'ai travaillé avant, je croisais toujours le même patient déprimé. Le lien s'est créé et on parlait souvent donc le suivi était plus facile à réaliser. C'est vraiment un problème d'environnement. On posera 2-3 questions rapides mais la plupart des patients ne voudront pas rentrer dans le détail parce qu'ils ne seront pas à l'aise et qu'il y a trop de monde.</p>
Moi	Quels sont les informations que tu dispenses concernant la tolérance d'un traitement antidépresseur chez la personne âgée ? Concernant les effets indésirables ?
Préparateur	<p>Je n'en mentionne pas beaucoup. A part si le patient m'en parle, s'il me pose des questions ou s'il présente un effet indésirable important.</p> <p>Je n'en parle pas beaucoup parce que si on en parle à des gens qui sont déjà fragile... Je vais prendre l'exemple du CYMBALTA : effet indésirable, le suicide. Alors si on dit, « attention il y a un risque de suicide » à quelqu'un qui est déjà déprimé et qui peut être pense au suicide. Après j'exagère mais l'idée est qu'on ne va pas les enfoncer.</p> <p>Après il y a pleins d'effets indésirables : des céphalées, les nausées, les vertiges, la somnolence. Je vais plus aborder le problème de somnolence donc évité de prendre la voiture après la prise. A part celui-là je ne mentionne rarement les effets indésirables.</p>
Moi	Et si on te pose la question ? Que fais-tu ?
Préparateur	<p>Je vais être basique, je vais dire que dans tous les médicaments il y a des effets indésirables et je mentionnerais que les principaux : la somnolence, les nausées. En générale ce sont des traitements qui sont bien supportés. Je lui dirais d'essayer et que si ça ne va pas de retourner voir le médecin ou de venir nous en parler à la pharmacie.</p> <p>Je ne rentre pas dans les détails parce que pour moi si on leur présente tout ce qui ne pourrait pas aller, ils auront tous les maux du monde.</p>
Moi	Peu importe l'âge de la personne ? Et chez la personne âgée ?
Préparateur	Encore plus chez la personne âgée.
Moi	Alors pourquoi encore plus chez la personne âgée ?
Préparateur	Parce qu'une personne âgée, elle va lire la notice en entier, elle va se faire peur, se faire des films. Les personnes âgées sont beaucoup plus anxieuses. Chez une personne plus jeune le problème sera plutôt la prise : elle va loucher des prises, elle prendra son antidépresseur qu'une

	fois sur deux. Dès qu'elle sentira que ça va mieux, hop elle va arrêter de le prendre et elle ne finira pas son traitement.
Moi	D'accord. Alors maintenant j'ai une question un peu plus générale. Que penses-tu des posologies des antidépresseurs chez la personne âgée ? Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, je veux seulement un avis.
Préparateur	<p>Les plus grands défauts que l'on peut dire c'est que beaucoup de personne âgée prennent un traitement antidépresseur. Ou plutôt des traitements pour le stress ou pour dormir. Les petits vieux qui prennent depuis des années leur LEXOMIL. Alors qu'ils n'en ont pas forcément besoin.</p> <p>Après les antidépresseurs, les gens qui les prennent la plupart du temps ce sont des personnes en deuil. La posologie c'est le médecin qui voit, nous on ne peut pas dire si c'est trop ou pas assez. Ça dépend vraiment pour chaque patient. Des fois on peut voir des posologies énormes. Une fois j'ai vu un patient qui prenait 4 Seresta + 2 Effexor par jour. Et je me demandais comment il faisait ne serait-ce que pour tenir debout et marcher.</p> <p>Mais généralement ça ne me choque pas. C'est plutôt avec les anxiolytiques qu'on voit des trucs aberrants.</p> <p>D'ailleurs moi je te conseille de faire une ouverture à la fin de ta thèse sur la consommation des anxiolytiques chez la personne âgée ...</p> <p>Moi mon avis c'est que c'est plus les anxiolytiques qui sont abusés chez la personne âgée que les antidépresseurs.</p>
Moi	Alors ma dernière partie maintenant. Il ne reste que 2 questions. Quels seraient les facteurs qui pourraient aider à la bonne observance des traitements antidépresseurs chez la personne âgée ? Qu'est ce qui pourrait l'aider ou la motiver, l'encourager à prendre ses traitements antidépresseurs ?
Préparateur	<p>Rien.</p> <p>Une personne âgée tu peux essayer de lui faire comprendre les choses. Mais il faut bien comprendre qu'elles sont à un âge où elles ont leur caractère et que les faire changer d'avis c'est pratiquement impossible.</p> <p>Si elles ont décidé de ne pas prendre leur antidépresseur, tu pourras leur dire n'importe quoi elles ne le prendront pas. A part si tous les jours quelqu'un vient la voir pour vérifier qu'elle prend bien ses traitements. La meilleure solution ça serait de parlementer avec elle et de gagner sa confiance pour lui faire comprendre que c'est important, et ça prend beaucoup de temps. Peut être quelqu'un de sa famille ou bien quelqu'un qui passe faire des soins journaliers chez elle qui pourrait peut-être plus facilement lui faire comprendre l'importance de prendre son traitement. Mais au comptoir, en 10 min, la convaincre de prendre quelque chose c'est difficile. Et ce n'est pas la meilleure solution.</p>
Moi	En dehors de la pharmacie qu'est ce qui pourrait l'aider ?
Préparateur	Ben comme je t'ai dit, soit c'est le cercle familial soit le cercle de soin au domicile, l'infirmière par exemple. Comme elle la voit tous les jours, elle peut essayer de lui faire prendre conscience, essayer de la motiver.

Moi	En parallèle, pour toi quels sont les freins à l'observance des traitements antidépresseurs chez la personne âgée ? Qu'est ce qui pourrait l'empêcher de prendre son traitement ? A part son caractère borné.
Préparateur	Ben après si elle a des a priori sur les antidépresseurs. Qu'elle pense qu'elle n'en a pas besoin, qu'elle ne veut pas se « droguer ».
Moi	Rien d'autre qui te vient à l'esprit ?
Préparateur	Alors là non ...
Moi	Une dernière petite chose, quelles questions pourrait-on poser au comptoir, très rapidement, pour voir comment il voit son traitement ? Comment il le perçoit ? Que pourrait-on lui demander ?
Préparateur	Comment se passe votre traitement antidépresseur ? Est-ce que vous avez des effets indésirables ? Est-ce que vous êtes somnolent ? Est-ce que vous le supporter bien ? Est-ce que vous sentez une amélioration de votre humeur ? Est-ce que vous vous sentez un peu mieux dans votre peau ? Après en 2 min on peut faire ça. Mais en réalité faudrait prendre le temps avec la personne, discuté avec elle.
Moi	Pas d'autres choses sur le thème ?
Préparateur	Non je crois que j'ai tout dit.
Moi	Merci beaucoup.

Retranscription entretien n°11

Réalisé le 10/10/2017, à Vénissieux 69

Durée : 17 min

Age : 51 ans

Années d'expérience : 28 ans

Grande pharmacie en plein centre-ville de VENISSIEUX, avec une patientèle régulière et beaucoup d'habitues. L'équipe officinale comporte 6 pharmaciens et 3 préparateurs en pharmacie.

Je me suis entretenue avec un préparateur en pharmacie d'origine tunisienne qui exerçait dans son pays en tant que pharmacien d'officine. N'ayant pas d'équivalent de son diplôme en France, il exerce ici en tant que préparateur en pharmacie. Il exerce sa profession depuis 1989 et est âgé de 51 ans. L'entretien a été réalisé dans sur un comptoir excentré pour ne pas être dérangé.

Moi	<p>Comme convenu avec vous, dans le cadre de ma thèse, je vais vous poser des questions concernant la maladie « dépression » et sa prise en charge chez la personne âgée. L'objectif est d'identifier les termes que vous utilisez pour expliquer la maladie au patient et comment vous abordez les traitements avec eux.</p> <p>Dans un premier temps, quels sont les mots que vous utilisez pour parler de la dépression ? Que dites-vous au patient, quand vous parlez de dépression ?</p>
Préparateur	<p>Oui je vais le dire de temps en temps. Dans le cas où je ne vais pas l'utiliser je vais dire des choses comme : « contrariété dans votre vie », « des choses ennuyantes qui sont arrivés dans votre vie, dans votre entourage ». Des choses qui vont vous déranger dans votre vie quotidienne, par exemple.</p> <p>Vous savez, pour moi le soleil est un antidépresseur naturel.</p> <p><i>Le préparateur rit en me disant ça.</i></p> <p>Ce sera des personnes maussades, qui ne vont pas bien aller.</p>
Moi	<p>Dans quel contexte utilisez-vous le mot « dépression » ?</p>
Préparateur	<p>On l'utilisera quelque fois mais il ne faut pas le crier. Il faudra rester discret, ne pas le dire devant tout le monde.</p>
Moi	<p>Dans le cas où vous n'utilisez pas ce mot, quelles en sont les raisons ?</p>
Préparateur	<p>Ben, dans le cas d'une personne qui est connu dans le quartier par exemple, je ne le dirais pas pour des raisons de confidentialité. Sinon si une personne connaît déjà bien son traitement, je n'irais pas dire le mot « dépression », parce qu'il le sait déjà. C'est un traitement qu'il a depuis longtemps. Soit parce quelques fois des patients ont des antidépresseurs pour les douleurs neuropathiques et pas pour la dépression. Donc on ne va pas leur dire « dépression ».</p>
Moi	<p>Selon votre expérience au comptoir, comment se manifeste la dépression chez la personne âgée ? Quels indices pourrait vous faire penser que la personne en face de vous, une personne âgée est quelqu'un de déprimé ?</p>

Préparateur	<p>Ah ça ! <i>Mon interlocuteur rit.</i></p> <p>Quand on voit arriver la personne à la pharmacie, on le voit, on le sent. Il n'a pas l'air heureux, ça ne lui plaît pas d'attendre. Il ne veut pas écouter ce que l'on lui dit. C'est vraiment quelque chose que l'on va ressentir quand on va voir la personne, qui va se plaindre des mêmes choses.</p>
Moi	Quels types de plaintes ? Pouvez-vous me donner des exemples ?
Préparateur	Ce sont des personnes qui n'ont pas envie de sortir, qui sont seuls. Elles vont beaucoup se plaindre de ça. Et elles ne vont pas être contentes de certaines choses qui peuvent nous paraître futile : le bruit, une chaise mal placée dans la pharmacie, elles attendent trop longtemps...
Moi	Alors maintenant, quels sont les mots que vous utilisez pour aborder le traitement antidépresseur ?
Préparateurs	<p>En générale je commence toujours par demander au patient ce que le médecin lui a demandé. Et j'adapte en fonction. Je vais utiliser les mêmes mots que ce que le médecin aura dit. Après je leur demande s'ils veulent plus d'explication. Si le patient me dit que le médecin a tout bien expliqué, je ne vais pas trop parler et je ne dirais pas le mot « antidépresseurs ». Je dirais, « votre traitement » ou bien « ce médicament » en montrant la boîte. Si j'estime que le patient ne veut pas que j'en dise plus je ne dis rien.</p> <p>En plus il y a aussi le problème de la confidentialité. Des fois il y a des gens qui dépassent les lignes de confidentialité pour nous poser une question où venir récupérer un produit. Et si le patient ne veut pas que je parle trop fort ou même moi je ne vais pas le crier sur les toits parce que les autres personnes peuvent entendre.</p>
Moi	Peu importe l'âge du patient ?
Préparateur	Oui oui, on va s'adapter en fonction de la personne que l'on a en face. Toute l'équipe a une bonne compétence dans ce domaine. On fera en fonction de la personnalité de chacun.
Moi	Dans quel contexte utilisez-vous le mot antidépresseur ?
Préparateur	Quand le patient va nous demander exactement pourquoi il a ce traitement. Là on va utiliser les mots. Par exemple souvent vous avez associé des somnifères, des anxiolytiques et un antidépresseur sur une même prescription. Et là le patient n'arrive pas les différencier. Donc là on va expliquer le rôle de chacun. On est obligé de dire le mot « antidépresseur » pour que le patient comprenne que c'est pour la dépression. On utilisera ces mots et on leur expliquera pourquoi ils sont utilisés. Les anxiolytiques c'est pour l'angoisse, le stress. Après je vais plutôt dire médicament pour l'humeur, pour le moral, pour les nerfs « qu'antidépresseur ». Pour une personne âgée qui prend déjà plein de médicaments c'est important de décortiquer l'ordonnance et d'expliquer le rôle de chacun.
Moi	Quels sont les raisons pour lesquelles vous n'utilisez pas le mot antidépresseur ?
Préparateur	<p>Quelques fois le patient est déjà au courant, donc on n'insiste pas et le patient ne veut pas que l'on en parle trop.</p> <p>Après il y a aussi des raisons de confidentialités. Mais au-delà de ça, il y a tout simplement des patients qui ne veulent pas entendre ce mot-là. On sait très bien pourquoi il vient à la pharmacie et on ne veut pas aggraver son mal être.</p>

Moi	Dans le cas où il s'agit d'un aidant ou bien de quelqu'un de la famille qui vient chercher l'ordonnance pour la personne âgée, est ce que là vous adaptez le vocabulaire ?
Préparateur	On ne répète pas trop pour plusieurs raisons. Quelque fois si la personne vient juste récupérer le traitement, elle ne va pas vraiment écouter ce que l'on a lui dire, elle est sur son portable, elle fait autre chose. On va synthétiser, faire un rappel sur le traitement mais après on ne s'étale pas.
Moi	Et face à un aidant ou à quelqu'un de la famille est-ce que vous dites « antidépresseur » ?
Préparateur	Oui, je dirais beaucoup plus facilement antidépresseur ou dépression que si c'est le patient qui est en face de moi.
Moi	Pour quelles raisons ?
Préparateur	Parce que selon la personnalité de chacun, les mots n'auront pas du tout le même impact. Si une personne est déjà déprimée on ne va pas l'enfoncer encore plus. Mais si c'est la famille, c'est moins grave.
Moi	Quels sont les conseils que vous donnez à l'officine face à un patient âgé déprimé ?
Préparateur	Il faut aller voir les gens que l'on aime, ne pas rester seul. Il faut sortir et ne pas rester enfermer. Comme je vous l'ai dit, le soleil est un antidépresseur naturel ! Eviter toutes les mauvaises habitudes de vie : pas d'alcool pour ne pas aggraver les états de somnolence, la diminution cognitive tout ce qui peut toucher le système nerveux centrale. Après tous les conseils alimentaires, bien manger équilibré et prendre des omégas 3 qui ont un rôle sur le cerveau. On rappelle toutes les règles de vie. Mais c'est vraiment sortir, prendre l'air, et voir les gens que l'on aime qui est vraiment important.
Moi	Que conseillez-vous en phytothérapie, aromathérapie ?
Préparateur	Ça peut m'arriver de conseiller ce genre de produit. Par exemple le millepertuis qui a de bonnes vertus dans la prise en charge de la dépression. Après c'est difficile à manier à cause de toutes les interactions médicamenteuses. Surtout chez la personne âgée qui prends déjà pleins d'autres médicaments. Après c'est au cas par cas.
Moi	Donnez-vous d'autres conseils ? Sur d'autres thérapeutiques ?
Préparateur	Non pas vraiment ... On réorientera seulement vers le médecin s'il n'y a pas d'amélioration.
Moi	Quels sont les informations que vous délivrez au patient âgé concernant l'efficacité du traitement antidépresseur ? Que dites-vous au patient ?
Préparateur	On leur conseil de bien suivre tout ce que le médecin a dit. Donc de ne pas arrêter le traitement tout seul, brusquement et du jour au lendemain. En cas de mauvaise tolérance ou d'effets indésirables, il faut appeler le médecin pour faire réévaluer le traitement. Ou bien de venir à la pharmacie demander un avis s'ils ont une question. On leur dit de bien respecter les prises comme elles sont prescrites : soit c'est une prise matinale ou plutôt le soir. Certains antidépresseurs vont faire dormir et donc il ne faudra pas les prendre le matin.
Moi	Adaptez-vous ces informations selon l'âge de la personne que vous avez en face de vous ?
Préparateur	En générale je dis ça pour tout le monde. C'est standard. Après si on me pose des questions plus précise je réponds au cas par cas. Je m'adapte par rapport à la demande.

Moi	Quels sont les informations que vous dispensez concernant la tolérance du traitement ? Vis – vis des effets indésirables ? En parlez-vous ? SI oui pourquoi ? Si non, pourquoi ?
Préparateur	Moi j'en parle dans 50% des cas. Je n'aborderais que les principaux effets indésirables comme la somnolence. Je ne vais pas leur sortir jusqu'à la dernière ligne d'effets secondaires. Par exemple pour les antidépresseurs tricycliques je parlerais rapidement de la sécheresse, de la constipation, surtout chez la personne âgée. Après si c'est un aidant ou une infirmière, je dirais les principaux. Si c'est le patient lui-même qui vient je lui en parlerais que s'il me le demande ou s'il se plaint.
Moi	Comment réalisez-vous un suivi des patients traités par antidépresseurs ?
Préparateur	Ici ce sont beaucoup des personnes du quartier que l'on voit régulièrement. Alors on va leur demander comment il supporte leur traitement, si ça va. Si ils se sentent mieux depuis la dernière fois. Si la dose a été changée on va leur demander si le traitement est bien supporté.
Moi	Alors maintenant j'ai une question un peu plus générale. Que pensez-vous des posologies, des doses des traitements antidépresseurs chez la personne âgée ? Trouvez-vous quelles sont normales ou non ?
Préparateur	A mon avis, la prise en charge de la personne âgée atteinte de dépression devrait être plutôt psychosocial que médicamenteuse. Voire ce qui ne vas pas dans son environnement, orienter vers un psychologue ou une assistante sociale. Je dirais que les traitements ne devraient pas avoir une grande place et qu'il faudrait s'intéresser à l'hygiène de vie du patient, à ces problèmes pour déceler ce qui ne va pas avant de mettre sous antidépresseurs. Il est important de trouver où se situe le problème : un décès, une maladie ?
Moi	D'accord. Et concernant les doses de traitements chez la personne âgée ? Qu'en pensez-vous ? Sont-elles trop élevées ? Trop faibles ? Normales ?
Préparateur	Je n'ai pas vraiment d'avis. Le médecin sait ce qu'il fait. Il peut évaluer si le foie fonctionne correctement, si les reins marchent bien pour son âge. Le dosage ne sera pas le même en fonction de la fonction rénale. On fait confiance parce que souvent ce sont des renouvellements d'ordonnance hospitalière ou de CMP (centre médico-psychologique). Le médecin généraliste va rarement trop loin dans les posologies et les dosages parce qu'il a besoin de l'avis d'un spécialiste.
Moi	Pour vous quels sont les facteurs qui pourraient aider à la bonne observance, à la bonne prise des traitements antidépresseurs chez la personne âgée ? Qu'est ce qui pourrait la motiver, faire qu'elle prenne ses médicaments correctement ?
Préparateur	Bonne question <i>Le préparateur prend quelques minutes pour réfléchir.</i> Moi je pense qu'il faut motiver la personne en lui faisant prendre conscience que c'est important qu'elle se traite maintenant pour aller mieux plus tard. Lui faire comprendre que son état va vraiment s'améliorer petit à petit, qu'il faut être patient mais qu'il y aura des résultats. Il faut mettre en avant le côté bénéfique pour le patient.
Moi	Que pensez-vous du rôle d'intervenants extérieur dans l'amélioration de l'observance de la personne âgée ?

Préparateur	Effectivement des infirmières ou bien même des auxiliaires de vie pourrait les aider. Mais je pense que le plus important c'est qu'ils ressentent une réelle amélioration de leur état. S'ils sentent que le traitement leur fond du bien, ils le prendront. Il faut leur donner envie de prendre leur médicament.
Moi	A l'inverse, qu'est ce qui pourrait empêcher de prendre correctement leur traitement antidépresseur ? Qu'est ce qui pourrait la bloquer ?
Préparateur	En comme je l'ai dit si leur état ne s'améliore pas, ils ne verront pas l'intérêt de prendre le traitement. Et surtout il faut éliminer le problème premier qui cause cette dépression. Parce que si d'un côté on donne des médicaments qui ont des effets indésirables mais que l'on n'élimine pas la cause de cette dépression, il n'y a pas d'intérêt. Ou si le médecin n'explique pas le traitement et ne change pas la dose et que la personne prend son antidépresseur depuis des années sans que ça n'ait rien changé ... Elle ne voudra plus le prendre.
Moi	Pour terminer, quelles questions ont pourrait poser au comptoir, très rapidement pour évaluer comment le patient supporte son traitement antidépresseur ?
Préparateur	Je demande si le patient est bien habitué au traitement. Depuis combien de temps il le prend. S'il supporte bien. Et surtout je vais regarder l'évolution du dosage. Par exemple s'il passe du SEROPLEX 20 au SEROPLEX 5, le médecin va arrêter le traitement donc ça veut dire que le patient va mieux. Voilà
Moi	Merci de m'avoir accordé du temps. Vous n'avez pas d'autres remarques à faire sur le sujet ?
Préparateur	Non, je ne vois pas.
Moi	Merci beaucoup. En revoir.

Retranscription entretien n°12

Réalisé le 10/10/2017, à Vénissieux 69

Durée : 17 min

Age : 28 ans

Années d'expérience : 3 ans

Grande pharmacie en plein centre-ville de VENISSIEUX, avec une patientèle régulière et beaucoup d'habitues. L'équipe officinale comporte 6 pharmaciens et 3 préparateurs en pharmacie.

Je me suis entretenue avec pharmacienne. Elle exerce sa profession depuis 3 ans et est âgée de 28 ans. L'entretien a été réalisé dans sur un comptoir excentré pour ne pas être dérangé.

Moi	Je vais vous resituer le contexte. Dans le cadre de ma thèse, mon objectif est d'identifier les représentations des professionnels de santé vis-à-vis des traitements antidépresseurs et de la dépression chez la personne âgée. Je vais chercher à identifier les mots et expressions que vous utilisez quand vous abordez le sujet avec le patient. Je vais vous posez des questions ouvertes, le but étant vraiment de vous laisser parler. Dans un premier temps, quels sont les termes ou les mots que vous utilisez pour parler de la maladie « dépression » auprès du patient âgée ?
Pharmacienne	Alors moi j'utilise beaucoup le terme humeur. Quand je vais délivrer le traitement au patient, je vais dire « c'est pour votre humeur ». J'utilise majoritairement ce mot-là.
Moi	Peu importe l'âge du patient en face de vous ?
Pharmacienne	Oui, qu'il soit jeune ou pus vieux je ferais toujours comme ça. En réalité je n'utilise jamais le mot dépression ou même antidépresseurs, je trouve que ça fait très ... que c'est très ...
Moi	C'est-à-dire ? Pourquoi n'utilisez-vous pas le mot dépression ou antidépresseur ?
Pharmacienne	Euh, je ne sais pas. C'est pour eux, je me dis qu'ils n'ont peut-être pas envie d'entendre ce mot-là puis après c'est aussi plus le coté confidentialité autour. Les gens qui peuvent entendre. Ça peut être mal vu parfois alors que ce n'est pas ...voilà. Moi je vais dire que c'est un médicament pour l'humeur et ils comprennent tout de suite, ils savent de toute façon ce que c'est.
Moi	Vous adaptez systématiquement le vocabulaire ?
Pharmacienne	Ah oui moi je le fais tout le temps, pour l'instant j'ai toujours fait comme ça.
Moi	Selon votre expérience au comptoir, comment se manifeste la dépression chez la personne âgée ? Qu'est-ce qui vous oriente vers cette hypothèse ?
Pharmacienne	Nous comment on s'en rend compte ?
Moi	Oui, vous au comptoir face à un patient âgé. Sans forcément avoir vu d'ordonnance.
Pharmacienne	C'est quand on va discuter avec elle, surtout chez les personnes âgées. Elles vont être un peu aigris, on va se rendre compte qu'elles vont se plaindre de pas mal de choses : « Mes enfants ne viennent

	<p>pas me voir » et des choses comme ça. Et à on sent petit à petit que ... voilà. C'est souvent des personnes isolées quand même. C'est souvent ça.</p> <p>C'est plus comme ça qu'autre chose, en discutant avec elle. Elle va se sentir seule, un peu ronchon, un peu aigri.</p> <p>Moi je n'ai pas l'impression que ce sont des personnes qui se plaignent de se sentir déprimé. Une personne ne sait pas qu'elle est en dépression elle-même. On n'arrive pas forcément à se rendre compte et du coup c'est plus dans sa manière d'être, de voir tout en négatif, de se plaindre un peu de tout. Quelqu'un qui va dire qu'elle pleure souvent le soir toute seule. Voilà des choses comme ça.</p>
Moi	Pour vous quelles sont les différences entre les représentations cliniques de la dépression chez le plus jeune et chez la personne âgée ?
Pharmacienne	Je trouve que ça se voit beaucoup plus chez les personnes jeunes. Alors que chez les anciens, on ne va pas dire qu'ils sont toujours comme ça, mais on a un peu l'habitude de les voir un peu ronchon, un peu pas très bien. Les jeunes je trouve que ça se voit beaucoup plus sur leur visage. Ça sera vraiment quelqu'un qui ne vas pas être bien.
Moi	Ok. Alors maintenant quels sont les mots ou les expressions que vous utilisez quand vous abordez le traitement antidépresseur avec la personne âgée ?
Pharmacienne	Le traitement lui-même ? Ben je vais dire un peu pareil. Tout à l'heure quand je vous ai répondu c'était plus sur le traitement. Quand je disais que c'était un médicament pour l'humeur. Je vais toujours dire ça. Après moi j'insiste plus sur le fait qu'il va falloir le prendre au long cours, que ce n'est pas comme ça que ça va aller mieux. Il ne faut pas surtout l'oublier s'ils veulent que ça aille mieux. Moi j'appelle vraiment ça le traitement pour l'humeur.
Moi	Peu importe l'âge de la personne, vous donnez toujours les mêmes informations ?
Pharmacienne	Oui oui je dirais exactement la même chose.
Moi	Alors je me répète, mais pourquoi n'utilisez-vous pas le mot antidépresseur ?
Pharmacienne	<p>En fait, je ne sais pas vraiment pourquoi je n'utilise pas ce mot. Alors que je pense que certains pharmaciens doivent surement l'utiliser sans gêne de le dire. C'est vrai que je ne le dit jamais. C'est vraiment pour ne pas avoir à dire le mot dépression. Pour moi le mot dépression a quand même une connotation un peu forte. C'est pour ne pas redire à la personne. Je trouve que dire c'est « votre médicament pour l'humeur » ça passe mieux. Ils savent que c'est ça de toute façon.</p> <p>Mais pour moi c'est plus aussi une histoire de confidentialité. Même si on respecte les écarts entre les comptoirs, on entend quand même d'un comptoir à l'autre.</p>
Moi	Dans le cas où il s'agit d'un aidant ou bien d'un membre de la famille est ce que là vous allez adapter le vocabulaire ? Si quelqu'un d'autre vient chercher l'ordonnance du patient âgée ?
Pharmacienne	Alors ça va dépendre. Si la personne elle est juste là pour prendre le sac de médicaments, ça sera bonjour, on met les médicaments et puis basta. Ça ne va pas plus loin. La personne n'a pas à savoir.
Moi	Dans le cas où il s'agit d'une infirmière, comment faite vous ?
Pharmacienne	Ah ben là on peut en parler, ce n'est pas pareil. Là on dira antidépresseur. Entre professionnel de santé c'est quand même plus facile d'utiliser les bons mots. Il n'y a aucun souci.
Moi	Et s'il s'agit de la famille ?

Pharmacienne	Moi je ne dis pas non plus. Ne sait-on jamais. Elle n'en a peut-être pas parler à toute la famille. Peut-être que la personne vient juste chercher les médicaments. La personne elle vient juste récupérer. Ce n'est pas la personne qui est concerné donc moi je n'en parle pas.
Moi	Alors quels sont les conseils que vous avez l'habitude dispensez aux patients qui sont atteints de dépression, des conseils hors ordonnance ? Qu'allez-vous leur dire ?
Pharmacienne	Hors ordo ? Souvent ça sera d'essayer de sortir de chez soi, de sortir, juste d'aller à la boulangerie par exemple, aller faire une ou deux courses. Ça fait déjà du bien. C'est souvent des personnes qui s'isole et qui reste enfermé chez eux comme ils n'ont pas le moral. Donc ça sera de leur dire ça, d'essayer de voir du monde, d'essayer rien que de sortir. Mais voilà je ne dirais pas plus.
Moi	Quels conseils donnez-vous concernant les thérapeutiques alternatives ? Homéopathie, aromathérapie, phytothérapie ?
Pharmacienne	Ah moi je ne ferai absolument aucun conseil là-dedans.
Moi	Même s'il s'agit d'un patient qui n'a pas de traitement ?
Pharmacienne	Ah si, quelqu'un qui n'est pas sous traitement je m'orienterai plutôt dans des conseils de phyto avec les plantes. Mais quelqu'un qui est sous traitement, non.
Moi	Pouvez-vous me donnez des exemples ?
Pharmacienne	Ah ah de tête je ne sais pas. <i>La pharmacienne rit nerveusement. Je tente de la rassurer en précisant que ce n'est absolument pas pour juger ou évaluer que je pose la question.</i>
Moi	Pas d'autres conseils, non médicamenteux ?
Pharmacienne	La pharmacienne prend un petit moment pour réfléchir. Pas vraiment. Après je lui dirais d'aller reconsulter son médecin si ça ne va pas mieux et éventuellement d'essayer d'utiliser des alternatives aux médicaments comme l'acupuncture ou bien la médecine chinoise. A part le dire de ne pas rester isolé ... Après il est important d'essayer de voir la cause de cette dépression aussi. Si on peut l'aider à trouver la cause. Mais sinon c'est tout.
Moi	Ensuite, quelles sont les informations que vous délivrez concernant l'efficacité du traitement lors de l'initiation d'un traitement par antidépresseur ?
Pharmacienne	Moi souvent je leur dis que ça n'agit pas dans l'immédiat, que ça va prendre du temps. Que quelques fois ça peut aller un peu moins bien pendant quelques semaines, trois quatre semaines. Et c'est vraiment qu'au bout des trois quatre semaines que l'on réent le mieux. Moi je leur dis tout le temps ça. Qu'il faille quand même bien le prendre, ce n'est pas juste « on le prends 10 jours et ça ne va toujours pas mieux donc on l'arrête. Je leur dire toujours de bien le prendre et c'est vraiment au bout de 4 à 6 semaines que là on sent l'efficacité. Et qu'il ne faut surtout pas l'arrêter.
Moi	Peu importe l'âge de la personne, vous donnez les mêmes informations ?
Pharmacienne	Oui peu importe l'âge.
Moi	Quelles sont les informations que vous dispensez concernant la tolérance du traitement ? Vis-à-vis des effets indésirables ? Est-ce que vous en parlez ? Si oui pourquoi ? Si non pourquoi ?
Pharmacienne	Je ne leur en dis pas plus que ça. Du coup s'ils ne supportent pas leur traitement je vais plutôt leur dire d'aller voir avec leur médecin. Qu'il y a d'autres molécules. Mais sinon pas plus que ça.

Moi	Dans le cas où on vous les demande ? Que dites-vous ?
Pharmacienne	Alors oui si on me le demande on va regarder selon la molécule que le patient prend. Si on me demande bien sûr que je vais en parler parce qu'il faut répondre aux questions du patient mais si on ne me demande pas je n'irais pas en parler. Dans ce cas de médicaments je n'ai jamais eu de plaintes d'effets indésirables.
Moi	Que pensez-vous des doses et des posologies des traitements antidépresseurs utilisez chez les personnes âgées ?
Pharmacienne	Moi, je pense qu'elles sont un peu trop fortes mais parce qu'après les personnes âgées.... Enfin le problème ce que ce sont des personnes très isolées, et on n'essaye pas de traité à la base ce qui ne va pas mais on met des médicaments. Elles sont toutes seules toute la journée elles se morfondent, elles ne sont pas bien, elles vont être très sensibles. Voilà, pas trop d'idée noires, ça sera plus chez les jeunes et pas chez la personne âgée. Je trouve qu'on est plus à leur mettre beaucoup de médicament et à côté on ne traite pas le problème. De manière générale je trouve que les doses sont beaucoup trop forte, carrément. C'est comme les anxiolytiques. Ils en ont pas mal. Je pense que l'on pourrait en enlever. Après je trouve que l'on tombe vite dans les antidépresseurs avec les personnes âgées et qu'on pourrait peut-être juste utiliser des petits anxiolytiques. Après je dis ça mais je pense qu'il faut trouver la cause au problème. Après le médecin ne va pas passer autant de temps avec le patient. Donc l'antidépresseur c'est une solution de facilité.
Moi	Ensuite, pour vous quels sont les facteurs favorisant à la bonne observance de la personne âgée vis-à-vis des traitements antidépresseurs ?
Pharmacienne	Par exemple qu'on leur explique mieux leur traitement au comptoir. S'ils comprennent l'intérêt du traitement, ils le prendront correctement. <i>La pharmacienne prend du temps pour réfléchir.</i> Je dirais bien expliquer l'intérêt du médicament et bien l'expliquer. Insister sur le fait qu'ils doivent le prendre tous les jours et généralement ils n'oublient pas. Ce sont des personnes observantes. Je ne pense pas que ce sont le genre de médicament qu'ils vont oublier. AU contraire j'ai plutôt l'impression qu'ils n'arrivent pas à se défaire de leur antidépresseur. C'est plutôt les traitements comme celui pour le cholestérol ou pour la tension qu'ils vont oublier de prendre. AU contraire les antidépresseurs, les anxiolytiques, ça leur fait du bien quand même donc ils vont le prendre. En fait nous dans un premier temps on peut faire en sorte qu'ils prennent bien leur traitement, c'est notre rôle. On peut aussi vérifier dans l'ordinateur qu'ils prennent bien leur boîte tous les mois. S'ils le prennent tous les jours forcément ils reviendront tous les mois prendre leur traitement. Et si on voit qu'ils viennent une fois tout les deux mois, là il y a un souci.
Moi	A l'inverse, pour vous quels seraient les freins à l'observance du traitement antidépresseur ? Qu'est ce qui pourrait un peu les bloquer, les empêcher de prendre leur traitement ?
Pharmacienne	C'est un peu contradictoire avec ce que je vous ai dit avant mais le fait que ce soit un antidépresseur peut les inciter à ne pas le prendre. Il y a des personnes, juste le fait de savoir que c'est un antidépresseur ils ne vont pas le prendre. Il y en a, même en discutant on voit que si c'est un comprimé par jour, ils vont en prendre ¼ parce que c'est un « antidépresseur ». Ils vont prendre ¼

	de temps en temps quand ils ne vont pas se sentir bien, quand ils vont pleurer, quand ils ont pas le moral. On a souvent ça. Et du coup on leur explique que non ce n'est pas comme ça que ça marche, il faut en prendre tous les jours. Ce n'est pas en prenant une moitié par ci par là que ça ira.
Moi	Alors j'aimerais une précision sur ce que vous avez dit, pour vous le mot « antidépresseur » est bloquant ?
Pharmacienne	Oui le mot est un peu stigmatisant. Et puis il y a aussi le cas où si on leur donne la boîte sans leur expliquer à quoi ça sert ils n'auront pas envie de le prendre. Si on n'insiste pas sur l'importance de la prise régulière.
Moi	Quelles questions pourrait-on poser au patient au comptoir très rapidement, pour cerner comment il perçoit son traitement ?
Pharmacienne	Moi je leur demande toujours si ça va, et si tout se passe bien avec leur traitement. Je leur demande s'ils le prennent bien tous les jours. Après ça ouvre à la discussion. Ce ne sont pas des questions ouvertes mais ça me permet d'avoir les informations que je veux concernant ses prises de traitements.
Moi	Avez-vous d'autre chose à rajouter sur le thème de la dépression chez la personne âgée ?
Pharmacienne	Non non je ne vois pas
Moi	Et bien merci beaucoup de m'avoir accordé un peu de votre temps.

Retranscription entretien n°13

Réalisé le : 10/10/2017, Saint-Fons 69

Durée : 20 min

Age : 59 ans

Années d'expérience en officine : 31 ans

Petite pharmacie de quartier avec une patientèle très régulière et habituée. Le pharmacien gère seul sa pharmacie, pas de préparatrice et pas d'étudiant en pharmacie. L'entretien est réalisé au comptoir. Il fut très difficile de recentrer le pharmacien sur le thème, car il avait beaucoup de choses à dire sur beaucoup d'autre sujet.

Moi	Dans un premier temps, quels sont les mots ou les expressions que vous utilisez quand vous parlez de dépression à la personne âgée ? Utilisez-vous ce mot ci ou utilisez-vous d'autres mots ? Si oui, lesquels et pourquoi ?
Pharmacien	<p>A dire vrai, ce n'est plus un mot très utilisé, le mot dépression parce que ça a une forte connotation. Ici je n'en ai pas mal qui sont sous antidépresseurs.</p> <p>Ils ont l'impression de devenir fou donc je vais essayer de leur dire que ça va passer, que ça va aller mieux.</p> <p>Je n'utilise pas ce mot, parce qu'il y en a certains qui ont peur de ce mot et qui ont l'impression qu'ils sont « fous ». Donc cette peur de la maladie, je préfère la contourner en utilisant d'autres mots comme le moral par exemple.</p> <p>Après on a ceux qui sont en dépression depuis tellement longtemps que ce n'est même plus la peine de leur en parler. Que c'est devenu une routine.</p>
Moi	Selon votre expérience au comptoir, comment se manifeste la dépression chez une personne âgée ?
Pharmacien	<p><i>Le pharmacien a fait une petite blague en disant que les personnes âgées déprimés n'aiment pas le LEVOTHYROX ...</i></p> <p>C'est quelqu'un qui se plaindra toujours de ne pas se sentir bien, en gros. Je ne guéris pas de ceux-ci, je ne guéris pas de cela. Ils vont se plaindre de ne pas guérir du cholestérol, des rhumatismes. Ça sera toujours la notion de ne pas guérir de quelque chose. C'est ce genre de plaintes qui se corréle à une autre, celle de ne pas être bien soigné. C'est une plainte courante que l'on retrouve souvent chez la personne âgée qui deviennent de plus en plus fréquente avec la nouvelle génération de médecin malheureusement. Avant un médecin prenait les patients sans rendez-vous ou venait à domicile quand on passait un coup de téléphone, il y a eu une certaine empathie malade/médecin, aujourd'hui on a des jeunes toubibs qui vont vite, qui ne prennent pas le temps.</p>
Moi	Quelles expressions utilisez-vous pour aborder le traitement antidépresseur avec la personne âgée ? Comment faites-vous pour aborder le traitement antidépresseur ? Dites vous le mot antidépresseur ? Dites-vous d'autres mots ? Lesquels et pourquoi ?
Pharmacien	<p>Quand on me demande précisément ce que c'est, je vais dire c'est un médicament antidépresseur.</p> <p>Après, je précise aussi que c'est un traitement de longue durée, qu'il va falloir attendre 15 jours</p>

	pour qu'il y a de l'effet. Il ne faut pas arrêter, il faut continuer, il faudra un peu de courage pour se soigner.
Moi	Et ça peu importe l'âge de la personne ? Quelle soit jeune ou plus âgée ?
Pharmacien	Ben oui, c'est toujours le même traitement.
Moi	Dans le cas où il s'agit d'un membre de la famille ou bien d'un aidant qui vient chercher l'ordonnance, est-ce que là vous adaptez le vocabulaire ? Si oui, pour quelles raisons ?
Pharmacien	J'ai une officine où je vois toujours les mêmes personnes, j'ai beaucoup d'habitué et peu de passage donc l'aidant familial connaît lui aussi le traitement depuis une éternité. Dans le cas de l'aidant type aide-ménagère ou infirmière, il connaît aussi le traitement car ils connaissent le patient depuis un moment. Je vois très peu de nouvelles têtes. Même les malades eux-mêmes connaissent leur traitement au bout d'un moment. Je n'ai jamais eu d'échos jusqu'à présent qu'il ait eus des problèmes de mauvais suivi ou autre. On ne m'a pas encore demandé de faire des piluliers d'ailleurs. Et j'espère y échapper. Parce que découper les comprimés et les mettre dans une boîte, j'estime que de marquer le numéro de lot et la péremption va prendre beaucoup trop de temps. Donc forcément on va rajouter des frais de préparation au frais du médicament. Je ne suis pas sûr que ce soit très rentable.
Moi	Quels sont les conseils que vous dispensez aux patients âgés qui sont atteints de dépression ? En dehors de l'ordonnance ? Que leur dites-vous ?
Pharmacien	Quand je suis dans des moments où j'ai le temps de discuter, j'essaie généralement de leur faire prendre la vie du bon côté. Il m'est arrivé de faire rire des dames qui venaient pleurer à la pharmacie de leur veuvage. <i>Le pharmacien s'égaré un peu en me racontant des histoires avec des patientes qu'il a eues. J'essaie tant bien de mal de le recentrer sur le thème de l'entretien.</i> Je vais essayer de leur donner des raisons de voir les bons côtés de choses dans la vie. Après ce n'est pas toujours évident.
Moi	Quels sont les informations que vous donnez concernant l'efficacité du traitement antidépresseur lors de l'initiation du traitement ? Sur le délai ? Sur le mode d'action ? Que dites-vous ?
Pharmacien	Je vais rappelez qu'il faut 15 jours de délais voire un mois pour observer une réelle efficacité et voir un bon résultat. Il ne faut pas arrêter le traitement d'un coup sans avis du médecin. Après, il y a des gens qui sont tellement arrêtées sur leur idée, ce n'est pas dit qu'ils nous écoutent. Alors oui on le dit mais ce n'est pas sûr que l'on soit entendu.
Moi	Quels sont les informations que vous délivrez concernant la tolérance du traitement ? Vis-à-vis des effets indésirables ? Que dites-vous ?
Pharmacien	On va essayer d'idéaliser la chose pour les inciter à prendre leur traitement en leur disant qu'il n'y a aucun problème. Après quand il y en a, on va leur dire d'aller voir le médecin pour changer de traitement.
Moi	Avez-vous déjà été confronté à des patients se plaignant d'effets indésirables concernant les antidépresseurs ?

Pharmacien	J'ai dû avoir une ou deux clientes difficiles qui attaquaient et arrêtaient leur traitement un peu comme elles voulaient. Elles ont fini par aller se faire rééquilibrer par un séjour hospitalier. Après j'ai dû en avoir 2-3 comme ça, c'est vraiment anecdotique.
Moi	Parlez-vous des effets indésirables ?
Pharmacien	Pas spontanément non. Vous savez il y a suffisamment d'effet nocébo par les toubibs, je n'ai pas besoins d'en rajouter. Il y a tellement eu d'effet nocébo à causes des médias, des médecins. Tellement de médecins qui nous ont cassés du sucre sur les médicaments, les génériques, les nouvelles formules et compagnies. <i>A ce moment, le pharmacien s'étale sur les différents types de médecins qui n'aiment pas les génériques. J'ai eu encore une fois du mal à recentrer la conversation.</i>
Moi	De manière générale que pensez-vous des doses et des posologies des traitements antidépresseurs chez la personne âgée ?
Pharmacien	Jusqu'à présent, je n'ai rien remarqué d'hors normes en termes de posologies. En générale ce sont des traitements que je qualifie de standard. Même si on a déjà eu quelques surprises de surdosages dans certains cas. Après j'ai beaucoup eu de cas avec les somnifères, où on voyait souvent prescrit 2 comprimés au lieu d'un, surtout chez la personne âgée, ça interpelle. Un autre problème d'ailleurs avec les somnifères, c'est que normalement ils devraient être arrêtés au bout d'un mois et qu'on les voit souvent prescrit au long court. Et les personnes n'arrivent plus à s'en passer et quand on veut leur faire arrêter, ils rouspètent.
Moi	Pour vous qu'elles sont les facteurs qui pourraient aider à la bonne observance des traitements antidépresseurs, chez la personne âgée ?
Pharmacien	C'est toujours la même histoire : une histoire de confiance et de bien-être. Donc s'ils ont confiance dans le traitement que le médecin va prescrire ça améliorera grandement leur santé et leur observance. Dans le médicament il y aura une grande partie d'effet placebo et il faut donc y croire. C'est très difficile parfois de faire croire au médicament quand on a certaines rumeurs qui circulent sur le médicament. Après pour le bien être, évidemment que si la personne se sent mieux et bien elle prendra correctement son traitement.
Moi	Pour vous quels sont les facteurs qui pourront freiner la bonne observance du patient traité par antidépresseurs ? Qu'est ce qui pourrait l'empêcher de prendre correctement son traitement ?
Pharmacien	Un problème récurrent, c'est d'avoir tout le temps le même médicament depuis des années. De leur donner toujours le même traitement. J'ai eu récemment beaucoup de soucis concernant certains médicaments antidépresseurs qui était manquant chez le fabriquant. Et du coup la personne se retrouve sans traitement et c'est donc une catastrophe. Je peux proposer une autre marque de labo mais certaines personnes sont « accros » à une marque de générique ou bien à une spécialité.
Moi	Qu'est-ce que l'on pourrait poser comme questions très rapidement au comptoir pour cerner comment le patient perçoit son traitement antidépresseur ? Quels types de questions pourrait-on poser ?

Pharmacien	Comme je vois très régulièrement les patients, c'est très facile de réaliser un suivi. Ça vient normalement dans la conversation. C'est des patients qui viennent tous les 26-30 jours chercher leur traitement. Donc je le remarque si 1 mois ils ne viennent pas et là je vais m'inquiéter.
-------------------	---

« Lyon 1 n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs »

« L'ISPB-Faculté de Pharmacie de Lyon est engagé dans une démarche de lutte contre le plagiat. De ce fait une sensibilisation des étudiants et encadrants des thèses a été réalisée avec notamment l'incitation à l'utilisation de méthodes de recherche de similitudes »

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

- Président de l'Université M. Frederic FLEURY
- Présidence du Conseil Académique M. Hamda BEN HADID
- Vice-Président du Conseil d'administration M. Didier REVEL
- Vice-Président de la Commission de Recherche M. Fabrice VALLEE
- Vice-Président de la Formation et de la Vie Universitaire M. Philippe CHEVALIER

Composantes de l'Université Claude Bernard Lyon 1

Santé

UFR de Médecine Lyon Est	Directeur : M. Gilles RODE
UFR de Médecine Lyon Sud Charles Mérieux	Directeur : Mme Carole BURILLON
Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques	Directrice : Mme Christine VINCIGUERRA
UFR d'Odontologie	Directeur : M. Denis BOURGEOIS
Institut des Techniques de Réadaptation	Directeur : M. Yves MATILLON
Département de formation et centre de recherche en Biologie Humaine	Directeur : Anne-Marie SCHOTT

Sciences et technologies

Faculté des Sciences et Technologies	Directeur : M. Fabien DE MARCHI
UFR de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Directeur : M. Yannick VANPOULLE
Ecole Polytechnique Universitaire de Lyon (ex ISTIL)	Directeur : M. Pascal FOURNIER
I.U.T. LYON 1	Directeur : M. Christophe VITON
Institut des Sciences Financières et d'Assurance (ISFA)	Directeur : M. Nicolas LEBOISNE
ESPE	Directeur : M. Alain MOUGNIOTTE

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

ISPB -Faculté de Pharmacie Lyon

LISTE DES DEPARTEMENTS PEDAGOGIQUES

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DE SCIENCES PHYSICO-CHIMIQUE ET PHARMACIE GALENIQUE

• **CHIMIE ANALYTIQUE, GENERALE, PHYSIQUE ET MINERALE**

Monsieur Raphaël TERREUX (Pr)

Madame Julie-Anne CHEMELLE (MCU)

Madame Anne DENUZIERE (MCU)

Monsieur Lars-Petter JORDHEIM (MCU-HDR)

Madame Christelle MACHON (MCU-PH)

Monsieur Waël ZEINYEH (MCU)

• **PHARMACIE GALENIQUE -COSMETOLOGIE**

Madame Marie-Alexandrine BOLZINGER (Pr)

Madame Stéphanie BRIANCON (Pr)

Madame Françoise FALSON (Pr)

Monsieur Hatem FESSI (Pr)

Monsieur Fabrice PIROT (PU - PH)

Monsieur Eyad AL MOUAZEN (MCU)

Madame Sandrine BOURGEOIS (MCU)

Madame Ghania HAMDI-DEGOBERT (MCU-HDR)

Monsieur Plamen KIRILOV (MCU)

Madame Giovanna LOLLO (MCU)

Madame Jacqueline RESENDE DE AZEVEDO (MCU)

Monsieur Damien SALMON (MCU-PH)

- **BIOPHYSIQUE**

Madame Laurence HEINRICH (MCU)

Monsieur David KRYZA (MCU-PH-HDR)

Madame Sophie LANCELOT (MCU - PH)

Monsieur Cyril PAILLER-MATTEI (Pr)

Madame Elise LEVIGOUREUX (AHU)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE PHARMACEUTIQUE DE SANTE PUBLIQUE

- **DROIT DE LA SANTE**

Monsieur François LOCHER (PU – PH)

Madame Valérie SIRANYAN (MCU - HDR)

- **ECONOMIE DE LA SANTE**

Madame Nora FERDJAOUI MOUMJID (MCU - HDR)

Madame Carole SIANI (MCU – HDR)

Monsieur Hans-Martin SPÄTH (MCU)

- **INFORMATION ET DOCUMENTATION**

Monsieur Pascal BADOR (MCU - HDR)

- **HYGIENE, NUTRITION, HYDROLOGIE ET ENVIRONNEMENT**

Madame Joëlle GOUDABLE (PU – PH)

- **INGENIERIE APPLIQUEE A LA SANTE ET DISPOSITIFS MEDICAUX**

Monsieur Gilles AULAGNER (PU – PH)

Madame Claire GAILLARD (MCU)

- **QUALITOLOGIE – MANAGEMENT DE LA QUALITE**

Madame Alexandra CLAYER-MONTEMBAULT (MCU)

Monsieur Vincent GROS (MCU-PAST)

Madame Audrey JANOLY-DUMENIL (MCU-PH)

Madame Pascale PREYNAT (MCU PAST)

- **MATHEMATIQUES – STATISTIQUES**

Madame Claire BARDEL-DANJEAN (MCU-PH-HDR)

Madame Marie-Aimée DRONNE (MCU)

Madame Marie-Paule GUSTIN (MCU - HDR)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE SCIENCES DU MEDICAMENT

- **CHIMIE ORGANIQUE**

Monsieur Pascal NEBOIS (Pr)

Madame Nadia WALCHSHOFER (Pr)

Monsieur Zouhair BOUAZIZ (MCU - HDR)

Madame Christelle MARMINON (MCU)

Madame Sylvie RADIX (MCU -HDR)

Monsieur Luc ROCHEBLAVE (MCU - HDR)

- **CHIMIE THERAPEUTIQUE**

Monsieur Marc LEBORGNE (Pr) Monsieur Thierry LOMBERGET (Pr)

Monsieur Laurent ETTOUATI (MCU - HDR)

Madame Marie-Emmanuelle MILLION (MCU)

- **BOTANIQUE ET PHARMACOGNOSIE**

Madame Marie-Geneviève DIJOUX-FRANCA (Pr)

Madame Anne-Emmanuelle HAY DE BETTIGNIES (MCU)

Madame Isabelle KERZAON (MCU)

Monsieur Serge MICHALET (MCU)

- **PHARMACIE CLINIQUE, PHARMACOCINETIQUE ET EVALUATION DU MEDICAMENT**

Madame Roselyne BOULIEU (PU – PH)

Madame Catherine RIOUFOL (PU- PH)

Madame Magali BOLON-LARGER (MCU - PH)

Madame Christelle CHAUDRAY-MOUCHOUX (MCU-PH)

Madame Céline PRUNET-SPANO (MCU)

Madame Florence RANCHON (MCU-PH)

Monsieur Teddy NOVAIS (AHU)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DE PHARMACOLOGIE, PHYSIOLOGIE ET TOXICOLOGIE

- **TOXICOLOGIE**

Monsieur Jérôme GUITTON (PU – PH)

Madame Léa PAYEN (PU-PH) Monsieur Bruno FOUILLET (MCU)

Monsieur Sylvain GOUTELLE (MCU-PH-HDR)

- **PHYSIOLOGIE**

Monsieur Christian BARRES (Pr)

Madame Kiao Ling LIU (MCU)

Monsieur Ming LO (MCU - HDR)

- **PHARMACOLOGIE**

Monsieur Michel TOD (PU – PH)

Monsieur Luc ZIMMER (PU – PH)

Monsieur Roger BESANCON (MCU)

Monsieur Laurent BOURGUIGNON (MCU-PH)

Madame Evelyne CHANUT (MCU)

Monsieur Nicola KUCZEWSKI (MCU)

Madame Dominique MARCEL CHATELAIN (MCU-HDR)

- **COMMUNICATION**

Monsieur Ronald GUILLOUX (MCU)

- **ENSEIGNANTS ASSOCIES TEMPORAIRES**

Monsieur Olivier CATALA (Pr-PAST)

Madame Mélanie THUDEROZ (MCU-PAST)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DES SCIENCES BIOMEDICALES A

- **IMMUNOLOGIE**

Monsieur Guillaume MONNERET (PU-PH)

Monsieur Sébastien VIEL (MCU-PH)

Madame Morgane GOSSEZ (AHU)

- **HEMATOLOGIE ET CYTOLOGIE**

Madame Christine VINCIGUERRA (PU - PH)

Madame Brigitte DURAND (MCU - PH)

Madame Sarah HUET (AHU)

Monsieur Yohann JOURDY (AHU)

- **MICROBIOLOGIE ET MYCOLOGIE FONDAMENTALE ET APPLIQUEE
AUX BIOTECHNOLOGIES INDUSTRIELLES**

Monsieur Patrick BOIRON (Pr)

Monsieur Frédéric LAURENT (PU-PH-HDR)

Madame Florence MORFIN (PU – PH)

Monsieur Didier BLAHA (MCU)

Madame Ghislaine DESCOURS (MCU-PH)

Madame Anne DOLEANS JORDHEIM (MCU-PH)

Madame Emilie FROBERT (MCU - PH)

Madame Véronica RODRIGUEZ-NAVA (MCU-HDR)

- **PARASITOLOGIE, MYCOLOGIE MEDICALE**

Monsieur Philippe LAWTON (Pr)

Madame Nathalie ALLIOLI (MCU)

Madame Samira AZZOUZ-MAACHE (MCU - HDR)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DES SCIENCES BIOMEDICALES B

- **BIOCHIMIE – BIOLOGIE MOLECULAIRE - BIOTECHNOLOGIE**

Madame Pascale COHEN (Pr)

Madame Caroline MOYRET-LALLE (Pr)

Monsieur Alain PUISIEUX (PU - PH)

Madame Emilie BLOND (MCU-PH)

Monsieur Karim CHIKH (MCU - PH)

Madame Carole FERRARO-PEYRET (MCU - PH-HDR)

Monsieur Boyan GRIGOROV (MCU)

Monsieur Hubert LINCET (MCU-HDR)

Monsieur Olivier MEURETTE (MCU)

Madame Angélique MULARONI (MCU)

Madame Stéphanie SENTIS (MCU)

Monsieur Anthony FOURIER (AHU)

- **BIOLOGIE CELLULAIRE**

Madame Bénédicte COUPAT-GOUTALAND (MCU)

Monsieur Michel PELANDAKIS (MCU - HDR)

INSTITUT DE PHARMACIE INDUSTRIELLE DE LYON

Madame Marie-Alexandrine BOLZINGER (Pr)

Monsieur Philippe LAWTON (Pr)

Madame Sandrine BOURGEOIS (MCU)

Madame Marie-Emmanuelle MILLION (MCU)

Madame Alexandra MONTEBAULT (MCU)

Madame Angélique MULARONI (MCU)

Madame Marie-Françoise KLUCKER (MCU-PAST)

Madame Valérie VOIRON (MCU-PAST)

Assistants hospitalo-universitaires sur plusieurs départements pédagogiques (AHU)

Monsieur Alexandre JANIN

Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche (ATER)

Madame Camille ROZIER

Pr : Professeur

PU-PH : Professeur des Universités, Praticien Hospitalier

MCU : Maître de Conférences des Universités

MCU-PH : Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier

HDR : Habilitation à Diriger des Recherches

AHU : Assistant Hospitalier Universitaire

PAST : Personnel Associé Temps Partiel

ACHEUK Lina

Analyse des représentations des pharmaciens et des préparateurs en officine concernant la prise en soin de la dépression de la personne âgée

Th. D. Pharm., Lyon 1, 2018, 158 p.

RESUME

La dépression est un problème de santé publique. Elle est la pathologie psychiatrique la plus fréquente chez la personne âgée. On estime à 40% les dépressions de la personne âgée qui ne sont pas diagnostiquées. Le pharmacien d'officine est un professionnel de santé de proximité, facile d'accès et souvent le dernier rempart face aux patients. Il possède un rôle de dispensation, de conseils et d'écoute. Une écoute qui peut s'avérer nécessaire face à une patientèle dépressive. Une bonne communication entre l'équipe officinale et le patient est un enjeu majeur dans ce type de pathologie psychiatrique souvent considérée comme difficile à aborder au comptoir. C'est pourquoi, nous nous intéresserons aux représentations sociales de la dépression et de ses traitements chez la personne âgée et à leur possible impact dans l'observance du patient.

La première partie de ce travail se consacrera à la description de la dépression de la personne âgée et à sa prise en charge particulière. Nous aborderons l'observance et ses déterminants chez la personne âgée ainsi que les représentations sociales de cette maladie et de ses traitements dans la population générale et auprès des professionnels de santé. Enfin nous détaillerons le rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge, le suivi et le maintien de l'observance.

La deuxième partie de ce travail s'intéressera à une analyse des verbatims, concernant la dépression et sa prise en charge, obtenus à l'aide d'un guide d'entretien auprès de pharmaciens et de préparateurs en officine.

A partir des résultats ainsi récoltés, une discussion se fera sur différents points: les représentations des pharmaciens concernant la maladie et ses traitements, les freins et leviers à l'observance des antidépresseurs en gériatrie et les perspectives d'amélioration possibles pour les équipes officinales afin d'accompagner de manière optimale ces patients.

MOTS CLES

Dépression
Personne âgée
Pharmacien
Représentations

JURY

Mme BOULIEU Roselyne, Professeur
Mr NOVAIS Teddy, Docteur en Pharmacie
Mme MOUCHOUX Christelle, Maître de Conférences
Mr LEPTIT Alexis, Praticien hospitalier

DATE DE SOUTENANCE

25 SEPTEMBRE 2018

ADRESSE DE L'AUTEUR

7 rue Hector Malot – 69007 LYON