

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année : 2019

N° 2019-249

T H E S E

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de MEDECINE GENERALE

par

Audrey GAVDAN

née le 22 janvier 1989 à Montreuil

Présentée et soutenue publiquement le 19 novembre 2019

**VECU ET REPRESENTATIONS DES PATIENTS
DONT LE TRAITEMENT ANTIDEPRESSEUR EST EN COURS DE DEPRESCRIPTION :
ANALYSE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS**

Président : Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Directeurs de thèse : Professeure Laure VANWASSENHOVE
et Docteur Laurent BRUTUS

Remerciements

A Monsieur le Professeur Rémy Senand,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous remercie pour votre enseignement et votre bienveillance durant mon internat.

Veillez trouver ici le témoignage de mon respect et de ma reconnaissance.

A Madame la Professeure Anne Sauvaget,

Je vous remercie de participer à ce jury de thèse et de l'intérêt porté à ce travail.

Veillez trouver ici le témoignage de mon respect et de ma reconnaissance.

A Madame la Professeure Laure Vanwassenhove,

Je te remercie d'avoir encadré ce travail de thèse.

Je te remercie pour tout ce que tu m'as transmis, tant sur le plan théorique que sur celui du savoir-être.

Tu auras été la personne la plus importante de mon internat et de mes débuts en tant que médecin.

A Monsieur le Docteur Laurent Brutus,

Je te remercie d'avoir accepté d'être le co-directeur de cette thèse, et d'avoir réveillé mon intérêt pour la déprescription.

A Valentin, pour notre complicité de tous les jours, et pour notre amour qui fait que bientôt nous serons trois,

A mes parents, Paul et Nicole, pour m'avoir soutenue tout au long de mon parcours, et pour avoir cru en moi,

A mon frère, Emmanuel, pour tes encouragements depuis toujours,

A La Meute pour tous nos bons moments partagés, et pour tous ceux qui nous attendent,

A mes amis de Nantes, à Luçon, et aux filles de pédiatrie,

A mes collègues du cabinet de Saint Jean de Boisseau, travailler à vos côtés est une expérience agréable et enrichissante,

A Tanguy Riou de Neuville, qui m'a accompagnée dans mes premiers pas d'interne,

A Abdou Founini et Anne Surrault, qui m'ont accueillie chaleureusement pour mon dernier semestre d'internat.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	7
MATERIEL ET METHODE	9
I. Méthodologie.....	9
A. Méthode qualitative	9
B. Entretiens individuels et semi directifs, à usage exploratoire	9
II. Recrutement des patients.....	9
A. Critères de sélection des participants	9
B. Mode de recrutement	10
III. Réalisation des entretiens.....	11
A. Conditions de réalisation.....	11
B. Guide d'entretien	11
IV. Analyse des entretiens.....	12
A. Retranscription.....	12
B. Analyse verticale puis transversale	12
C. Triangulation des données	12
RESULTATS	13
I. Echantillon analysé.....	13
1. Genre et âge	13
2. Statut marital	13
3. Niveau d'études et profession actuelle	13
4. Antécédents dépressifs ou de troubles anxieux	14
5. Traitement antidépresseur actuel	14
6. Chronologie de déprescription (début, milieu, fin).....	14
7. Suivi de la déprescription	14
8. Durée de entretiens	14
II. Analyse thématique	15
A. Les représentations traversées par la peur de la stigmatisation.	15
1. Représentations de la dépression ou des troubles anxieux.	15
2. Représentations du traitement antidépresseur	17
3. Représentations de la normalité.....	18
4. Représentations de la déprescription	19
B. La communication avec l'entourage : un tabou	20
C. Le réseau de soutien social : pauvre et peu soutenant	20
D. Le patient devient acteur de ses soins	21
1. Mobilisation des ressources internes	21
2. Le traitement antidépresseur comme soutien.....	22
3. Les expériences antérieures de déprescription.....	22
4. Le changement de statut de « passif » à « actif ».....	22
5. Les conditions préalables à la déprescription	23
6. Les motivations	24
E. L'accompagnant	24
1. Les modalités de déprescription	24
a. Les contre-indications de la déprescription	24
b. Le protocole de déprescription : un cadre rassurant	24

2. La psychothérapie ou parole libératrice.....	25
F. Le vécu positif de la déprescription	26
G. La figure centrale du médecin traitant.....	27
H. Les grandes absentes.....	28
DISCUSSION	29
I. forces et limites	29
A. FORCES	29
1. L'originalité du sujet	29
2. La validité de notre méthode	29
B. LIMITES.....	29
1. Biais de sélection.....	29
2. Biais d'intervention	30
II. Discussion des résultats.....	30
A. La peur de la stigmatisation : stigmatisation de la dépression et du traitement antidépresseur et questionnement de la normalité	30
1. Quelques notions autour des représentations sociales et de la stigmatisation.....	30
2. Stigmatisation de la dépression	31
3. La représentation de la folie	31
4. La représentation de la faiblesse	32
5. Les représentations liées au traitement antidépresseur et le rapport à la normalité	32
a. Les mêmes stigmates de la folie et faiblesse	33
b. Un médicament nocif, potentiellement dangereux	33
c. Une drogue	33
d. Un médicament délétère pour les fonctions cognitives	34
e. Un modificateur de la personnalité.....	34
6. Le questionnement de la normalité.....	35
B. Le tabou retrouvé dans la communication avec l'entourage et le réseau de soutien social pauvre et non soutenant.....	35
1. La thérapie interpersonnelle	36
C. Le rôle de l'accompagnant qui guide vers la psychothérapie et établit le protocole de déprescription.	37
1. La psychothérapie et la parole libératrice	37
2. Concept de la psychothérapie	37
3. La psychothérapie de soutien.....	38
4. L'approche centrée sur la personne	38
D. Le patient devient acteur de ses soins	39
1. Les ressources internes : le coping ou stratégie d'adaptation ou d'ajustement.....	40
2. Le sport et l'hypnose	40
E. Le vécu positif de la déprescription	40
1. Les freins initiaux	41
2. Le protocole de déprescription	41
3. Un vécu réel positif.....	42
F. La figure centrale du médecin traitant.....	43
CONCLUSION.....	44
BIBLIOGRAPHIE	45

ANNEXES.....	50
I. Annexe 1 : Lettre d’invitation	50
II. Annexe 2 : affiche complémentaire.....	51
III. Annexe 3 : Fiche explicative	52
IV. Annexe 4 : Fiche information.....	53
V. Annexe 5 : Guide d’entretien.....	54
VI. Annexe 6 : Guide d’entretien	55
VII. Annexe 7 : Fiche synthétique	56
VIII. Annexe 8 : Tableau des Unités Minimales de Signification des entretiens.....	57

INTRODUCTION

Le terme de déprescription a été introduit en 2004 par P. Queneau, comme « l'acte visant à arrêter de façon volontariste une prescription » (1).

Plus récemment, Tannenbaum et Moisan (2) définissent la déprescription comme « un processus de planification visant à réduire ou à arrêter des médicaments qui n'ont plus d'effets bénéfiques ou qui peuvent être nuisibles », ce qui permet d'entrevoir un réel processus dynamique d'optimisation du traitement médicamenteux.

Plusieurs auteurs, tels que Bain (3) et Le Couteur (4), suggèrent d'introduire le principe même de déprescription dès l'étape de prescription.

Plusieurs modèles de déprescription sont proposés (4), (5), souvent en 5 étapes, comprenant une revue générale des médicaments, l'identification des médicaments à arrêter, la priorisation de l'arrêt d'un seul médicament à la fois, la planification de l'arrêt en partenariat avec le patient et enfin une étape de suivi rapproché et de soutien.

Il existe dans la littérature un nombre important d'études se rapportant à la déprescription en général, ou appliquée à des populations particulières (personnes âgées, femmes enceintes...) ou à des médicaments précis (benzodiazépines, les inhibiteurs de la pompe à proton...).

Au sujet des antidépresseurs, la recherche s'oriente sur les raisons des arrêts précoces et de l'inobservance du traitement plutôt que sur leur déprescription.

Actuellement, aucune étude ne fournit de chiffre concernant la déprescription des traitements antidépresseurs.

Pourtant, les antidépresseurs font partie des médicaments les plus consommés en France, arrivant en seconde position parmi les psychotropes. Selon le rapport de l'OPEPS (Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé) de 2006, 10% de la population générale prend un antidépresseur au cours de l'année et 5% en a un usage régulier (6).

La France fait partie également partie des pays les plus consommateurs d'antidépresseurs parmi un panel de six pays européens (France, Italie, Allemagne, Pays Bas, Belgique et Espagne) avec une fréquence d'utilisation de 6% au cours de l'année contre 3.5% en moyenne (7).

Concernant la prescription de ces médicaments, une étude basée sur des données de l'Assurance Maladie, retrouve que dans 81% des cas le médecin généraliste est le prescripteur initial d'antidépresseurs. Viennent ensuite les médecins hospitaliers (9.3%), les psychiatres libéraux (5.8%) et enfin les autres spécialistes (4%). La moyenne d'âge observée était de 50 ans et deux tiers des patients étaient des femmes(8).

Bien que succinctes, les recommandations autour de l'arrêt d'un traitement antidépresseur sont de plus en plus abordées. Elles visent notamment à prévenir la survenue d'un syndrome de sevrage, souvent mal vécu par les patients.

En 2006, l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) (9) propose une période d'arrêt proportionnelle à la durée de prise du traitement : sur quelques semaines, avec des paliers hebdomadaires en cas de prise inférieure à 1 an ; et sur quelques mois, avec des paliers mensuels pour une prise supérieure à 1 an. En 2017, la Haute Autorité de Santé (HAS) (10) recommande « d'arrêter progressivement le traitement antidépresseur, sur plusieurs semaines ou mois, pour prévenir le risque de rechute ».

Ces recommandations insistent particulièrement sur l'importance d'une information des patients, dès l'initiation du traitement, concernant le syndrome de sevrage, et sur la mise en place d'un suivi rapproché tout au long de la déprescription (11).

Dans la pratique courante, notamment lors des renouvellements d'ordonnance, nous avons pu constater que certains patients sont sous antidépresseurs depuis très longtemps et n'en n'ont plus l'indication. Chez ces patients, il est souvent difficile de les guider vers la déprescription de ce traitement auquel ils semblent très attachés.

Afin de mieux comprendre les appréhensions et les motivations, les difficultés et les succès rencontrés au cours de cette démarche et par la suite mieux les accompagner, nous nous sommes interrogés sur le vécu et les représentations de ces patients dont le traitement est en cours de diminution.

MATERIEL ET METHODE

I. METHODOLOGIE

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi directifs.

A. METHODE QUALITATIVE (12), (13)

Le choix de la méthode qualitative découle de la question de recherche que nous nous sommes posée. La recherche qualitative, issue des sciences humaines, ne cherche pas à quantifier ou à mesurer mais permet d'appréhender la complexité des comportements. Son but est la compréhension des phénomènes sociaux dans leur environnement. Elle consiste à recueillir des données, le plus souvent verbales, et d'en réaliser une analyse puis une interprétation. Pour le chercheur, elle fait le lien entre la pratique du clinicien et la théorie.

En effet, pour notre étude, elle permet d'explorer les comportements des patients, leurs expériences, leurs ressentis émotionnels.

B. ENTRETIENS INDIVIDUELS ET SEMI DIRECTIFS, A USAGE EXPLORATOIRE (14)

L'entretien exploratoire vise à comprendre les univers mentaux et symboliques des personnes interrogées.

La réalisation d'entretiens individuels permet d'instaurer un climat de confiance, voire de confiance, entre l'interviewer et l'interviewé, alors propice pour aborder l'intimité de l'individu, son histoire personnelle.

La structure semi dirigée des entretiens permet de centrer la recherche sur des thématiques importantes et en même temps la formulation de questions ouvertes et de relances afin d'explorer les représentations des interviewés. Elle offre donc une liberté d'expression au sein d'un cadre prédéfini.

II. RECRUTEMENT DES PATIENTS

A. CRITERES DE SELECTION DES PARTICIPANTS

La population de notre étude est composée de patients de Loire Atlantique et Vendée.

Les critères d'inclusion sont :

- être âgé de plus de 18 ans,

- être en cours de déprescription d'un traitement antidépresseur, quelle que soit l'indication initiale du traitement antidépresseur.

Nous avons pertinemment choisi d'interviewer des patients « en cours » de déprescription, d'une part pour diminuer le biais de sélection qui viserait à n'interroger que ceux qui ont réussis et d'autre part pour diminuer le biais de mémoire en recueillant le vécu du moment.

De la même manière nous nous sommes intéressés à la déprescription du traitement antidépresseur avant tout, quelle que soit l'indication de prescription initiale, partant du principe que la particularité de la déprescription était reliée à celle du médicament déprescrit et non pas à l'affection originelle.

Nous n'avons pas vérifié le diagnostic des troubles ayant posé l'indication du traitement ni la pertinence de la déprescription. Nous avons jugé que les médecins responsables avaient initié et arrêté le traitement à bon escient.

Les critères d'exclusion sont :

- être mineur(e),
- l'arrêt de la prise du traitement antidépresseur.

Afin d'obtenir un échantillon le plus diversifié possible, le recrutement des patients interrogés a varié sur les critères suivants :

- l'âge,
- le sexe,
- la date d'initiation de la déprescription, soit la phase dans laquelle se situe la déprescription (début, milieu ou fin),
- le spécialiste réalisant le suivi de la déprescription, à savoir le médecin généraliste ou le psychiatre.

La diversification de l'échantillon, selon les variables évoqués ci-dessus, permet de s'assurer de faire ressortir les divergences, s'il en existe, et de ce fait rendre nos résultats généralisables. Il s'agit de la validité externe de notre étude.

B. MODE DE RECRUTEMENT

Les patients ont été recrutés par l'intermédiaire de leur médecin traitant qui disposait d'une « lettre d'invitation » à participer à notre étude, à la fin de laquelle les patients inscrivaient leurs coordonnées afin d'être recontactés secondairement par téléphone ou par mail. (Annexe 1)

Deux des médecins participants ont proposé l'affichage dans leur cabinet d'une « affiche complémentaire » afin d'attirer plus facilement l'attention des patients. (Annexe 2)

Les médecins participants au projet sont connus de l'enquêteur en tant qu'anciens maîtres de stage en médecine générale, directeur de thèse ou anciens co-internes. D'autres médecins traitants, non connus de l'enquêteur, pouvaient participer également au recrutement de patients à partir du moment où ils disposaient de la lettre d'invitation et connaissaient les critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude.

La taille de l'échantillon n'était pas fixée à l'avance mais déterminée par l'atteinte d'une saturation des données, c'est-à-dire lorsque les données recueillies et leurs analyses n'apportent plus d'éléments nouveaux.

III. REALISATION DES ENTRETIENS

A. CONDITIONS DE REALISATION

Le choix du lieu était laissé aux patients. Quatre entretiens se sont déroulés à leurs domiciles, cinq dans un des bureaux d'un cabinet de médecine générale et enfin un entretien dans un café, par commodité pour le patient.

L'entretien était précédé par une information du patient sur le but de l'entretien, en reprenant l'intitulé de la thèse, et sur son déroulé notamment la présence d'enregistrements audiophoniques et la prise de note concomitante. Il était spécifié que l'entretien restait anonyme et confidentiel et que les enregistrements seraient détruits une fois le travail de recherche fini.

A la fin de l'entretien le patient recevait une « fiche explicative » reprenant ces informations essentielles et comportant les coordonnées de l'enquêteur. (Annexe 3)

Enfin, il remplissait une « fiche information » reprenant ses caractéristiques d'âge, sexe, lieu d'habitation, statut marital, niveau d'études, profession, dénomination de l'antidépresseur, date d'initiation du traitement antidépresseur et date d'initiation de la décroissance. (Annexe 4)

B. GUIDE D'ENTRETIEN

Le guide d'entretien démarrait par une question d'ouverture invitant le patient à s'exprimer librement sur le vécu de la diminution de son traitement antidépresseur. Il résumait ensuite les principales thématiques à explorer et comportait des exemples de questions ouvertes pouvant être formulées.

Ce guide a évolué au fil des entretiens et connu plusieurs modifications selon qu'une nouvelle idée émergeait au cours des analyses. (Annexe 5 et 6) Il servait d'aide-mémoire à l'enquêteur pour pas omettre une thématique importante et permettre certaines relances.

Après quelques entretiens, l'enquêteur a préféré conserver ce guide en lecture avant la réalisation des entretiens et emporter une version très synthétique (Annexe 7) lors des entretiens. Cette forme plus courte permettait la prise de note plus aisément et une formulation plus libre de questions ouvertes.

IV. ANALYSE DES ENTRETIENS

A. RETRANSCRIPTION

Les entretiens ont été retranscrits à l'aide d'une application en ligne oTranscribe puis transférés sur le logiciel Word. Ils l'ont été mot à mot, en indiquant les silences, les onomatopées, certaines indications gestuelles (quand celles-ci avaient une importance pour analyser le non verbal) et enfin certaines expressions (rires).

L'ensemble des entretiens est reproduit en Annexe (CD-Rom).

B. ANALYSE VERTICALE PUIS TRANSVERSALE (14) (15)

Ce travail d'analyse verticale et transversale a été réalisé par l'enquêteur et sa directrice de thèse.

L'analyse verticale est une lecture au fur et à mesure des entretiens, un par un, à plusieurs reprises afin de dégager les idées fortes de chacun. Dès qu'une idée nouvelle apparaissait dans un nouvel entretien, celle-ci devait être recherchée dans les entretiens précédents. S'ensuit un découpage des idées retrouvées en UMS (Unités Minimales de Signification), c'est-à-dire le plus petit segment du texte qui comporte encore du sens pour sa compréhension.

L'analyse transversale ou catégorisation a consisté à regrouper toutes les UMS en thématiques et d'analyser les liens pouvant survenir entre ces thématiques.

C. TRIANGULATION DES DONNEES (8)

Il n'y a pas pu y avoir de véritable triangulation des données. Cependant les entretiens ont été analysés par deux intervenants, l'enquêteur et la directrice de thèse afin de diminuer la subjectivité de l'analyse et de renforcer la validité interne de notre étude.

RESULTATS

I. ECHANTILLON ANALYSE

Dix entretiens ont été réalisés entre mai 2018 et juillet 2019. Le premier entretien, considéré comme un entretien test, a pu être intégré à l'ensemble des résultats après une analyse et validation conjointe avec la directrice de thèse.

1. Genre et âge

L'échantillon est composé de 7 femmes et 3 hommes, âgés de 37 à 85 ans. Hormis les populations des jeunes adultes (18-24 ans et des 25-34 ans), toutes les tranches d'âge sont représentées.

2. Statut marital

La grande majorité des interrogés vit en couple (marié, union libre, pacsé). Une seule personne vit seule.

3. Niveau d'études et profession actuelle

Le niveau d'étude des participants va du certificat d'études à baccalauréat + 5. Les professions actuelles sont variées : certains sont retraités, en invalidité ou en arrêt longue maladie ; d'autres sont actifs.

Les caractéristiques démographiques de l'échantillon sont résumées dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1

	Age	Sexe	Statut marital	Niveau d'études	Profession actuelle
E1	85ans	Femme	Veuve	Certificat d'études	Retraitée
E2	69ans	Femme	Mariée	CAP	Retraitée
E3	57ans	Femme	Mariée	CAP	Factrice, en arrêt longue durée
E4	37ans	Homme	Pacsé	Bac +5	Fonctionnaire territorial
E5	37ans	Homme	Union libre	Bac +3	Agent immobilier
E6	59ans	Femme	Union libre	CAP	Employée administrative, en invalidité
E7	49ans	Femme	Mariée	CAP	Secrétaire
E8	52ans	Homme	Marié	BTS	Technicien responsable montage
E9	40ans	Femme	Mariée	CAP	Conductrice de bus scolaire
E10	54ans	Femme	Mariée	BTS	Monitrice d'atelier

4. Antécédents dépressifs ou de troubles anxieux

La grande majorité ont des antécédents d'épisodes antérieurs.

5. Traitement antidépresseur actuel

Les patients sont sous ISRS (Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine) ou IRSNa (Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline).

6. Chronologie de déprescription (début, milieu, fin)

Quatre interrogés étaient en début de leur processus déprescription (E2, E6, E8 et E9), deux au milieu (E5 et E7) et quatre en fin (E1, E3, E4, E10).

7. Suivi de la déprescription

La grande majorité sont suivis par leur médecin traitant.

8. Durée de entretiens

Les entretiens ont duré entre 30 et 77 minutes.

Ces caractéristiques sont résumées dans le tableau 2 ci-dessous.

Tableau 2

	Antécédents dépressifs (ED) / troubles anxieux (TA)	Traitement antidépresseur actuel	Date d'initiation du traitement	Date d'initiation de la déprescription	Date de l'entretien	Suivi déprescription	Durée de l'entretien (minutes)
E1	2 ED	Venlafaxine	2014	Décembre 2017	14 Mai 2018	Médecin traitant	37
E2	7-8 ED	Venlafaxine	Mai 2017	1 ^{er} Juin 2018	5 Juin 2018	Médecin traitant	37
E3	2 ED	Paroxétine	Avril 2017	Décembre 2017	19 Juin 2018	Médecin traitant	77
E4	1 ED	Duloxétine	Décembre 2016	Février 2018	25 Juillet 2018	Médecin traitant	61
E5	Aucun	Paroxétine	2011	Printemps 2017	3 Janvier 2019	Médecin traitant	45
E6	2 ED	Escitalopram	Juillet 2018	Janvier 2019	05 Février 2019	Psychiatre	67
E7	ED multiples	Venlafaxine	2008	Début 2018	17 Février 2019	Médecin traitant	34
E8	1 ED	Escitalopram	Janvier 2016	Janvier 2019	28 Février 2019	Médecin traitant	62
E9	2 TA	Paroxétine	2014	Avril 2019	24 Mai 2019	Médecin traitant	30
E10	2 ED	Paroxétine	2014	Octobre 2018	24 Juillet 2019	Médecin traitant	43

II. ANALYSE THEMATIQUE

L'analyse thématique des 10 entretiens a permis de distinguer 8 grandes catégories, à savoir : les représentations des patients, la communication avec l'entourage, le réseau de soutien social, le patient acteur, l'accompagnant, le vécu de la déprescription, la figure centrale du médecin traitant et les grandes absentes.

L'ensemble des UMS (Unité Minimale de Signification) est classée sous forme de tableau (Annexe 8)

A. LES REPRESENTATIONS TRAVERSEES PAR LA PEUR DE LA STIGMATISATION.

Les représentations abordées par les patients concernent la dépression et les troubles anxieux, le traitement antidépresseur, la déprescription et le rapport à la normalité.

1. Représentations de la dépression ou des troubles anxieux.

La dépression ou les troubles anxieux sont décrits comme un « mal être » intimement lié au fait même de « penser ».

Dissimulés tels un « secret » ou bien tus, considérés comme « tabou », nous verrons plus précisément qu'ils font l'objet de peu de communication. « *c'est des choses faut pas le dire* », « *c'est ce genre de choses qu'on ne communique pas trop* ».

Bien que ces troubles soient évoqués comme une « affection répandue », avec la prise de conscience qu'elle touche aussi les autres, voir même tout le monde, ils sont cachés aux autres par crainte d'une stigmatisation. « *enfin ça touche tout le monde* », « *C'est très répandu les dépressions, tout ça...* ».

Les patients redoutent d'endosser une étiquette de « fou » ou de « faible », stigmates communs à la société et qu'ils partagent inconsciemment.

Le stigmate de la « faiblesse » assimile la dépression à une incapacité à faire face aux difficultés et la prise de l'antidépresseur à une « solution de facilité » « *Quand on est malade, il y a une certaine volonté qu'on a quand même en soi. T'en as tout de suite qui ont le moral à zéro, et puis d'autres [...] je parle de moi-même [...] je pense pas toujours à ça quoi!* », « *une famille de dépressifs notoires, on va dire qui se...qui se contemplent là-dedans.* »

Le stigmate de la « folie » assimile les gens dépressifs à des malades mentaux et à un degré plus élevé aux fous psychiatriques « *ceux qui ont des maladies par exemple, comme la schizophrénie [...] des fois on entend, voilà aux informations..."Ah bah tiens il n'a pas pris son, son traitement, donc voilà il est sorti dans la rue avec un couteau"* ».

De là découle la notion d'« exclusion » et de rejet social des personnes dépressives que constatent les patients et qu'ils appliquent parfois eux-mêmes en retour « *on les laisse un peu de côté.* », « *c'est pas forcément le genre de gens qu'on aime aller voir !* ».

Le « caractère périodique » ou récurrent, en lien avec des événements de vie difficiles, est rapporté. « *En fait c'est par périodes.* », « *j'ai des périodes comme ça où je déprime* ».

Nous retrouvons une distinction sur plusieurs niveaux de « sévérité » dans leurs troubles. L'acceptation du traitement antidépresseur est proportionnelle à la sévérité des troubles. L'inverse se produit pour l'acceptation sa déprescription. « *j'appelle pas ça une grosse dépression* », « *je ne suis pas au même stade* », « *j'ai attendu d'être gravement atteint avant d'accepter de pouvoir en prendre* ».

Différentes causes sont attribuées à leurs maladies : les « causes intrinsèques », les « causes extrinsèques », le « caractère héréditaire », un « épuisement des ressources internes », ou l'influence de la « saison hivernale ».

Les traces laissées par des difficultés rencontrées dans leur enfance notamment « *les fêlures de toute ma jeunesse, adolescence* », les carences « *il y a eu un manque...des parents là* », ainsi que le caractère constitutionnel de l'affection « *ça a toujours été depuis que je suis gamin* », « *je suis d'un naturel stressé* », sont évoquées comme causes intrinsèques. S'y adjoint la notion de blocage psychologique interne « *C'était plus, plus dans ma tête [...] que j'arrivais pas à passer trop là-dessus* », « *c'est moi intérieurement qui me crée je sais pas quoi !* ».

Comme causes extrinsèques, les éléments de vie difficiles tels que la maladie, l'isolement, les décès et le travail, sont considérés comme des « déclencheurs » responsables de la survenue de

l'épisode dépressif. *« suite, justement à la perte d'un proche généralement ...ou...suite à un choc émotionnel... », « ça vient de mon travail... ».*

Le terme de « ressources dépassées » traduit une accumulation de « *problèmes, de choses compliquées, difficultés* » jusqu'à un trop plein, dépassant les capacités de la personne.

Le caractère héréditaire et donc transmissible est évoqué *« c'est de famille quoi! », « ça se transmet de mère en fille ».*

Enfin la saison hivernale semblerait propice aux dépressions, *« ça joue sur le moral! ».*

2. Représentations du traitement antidépresseur

Tout comme la dépression et les troubles anxieux, le traitement antidépresseur est entouré de «secret » et de « tabou », en lien avec les stigmates de la dépression que nous avons développés.

Il est décrit comme « une drogue » vis-à-vis de laquelle s'est déjà installée ou pourrait s'installer une dépendance physique *« c'est ce qu'il y a dans le médicament aussi qui fait que le corps s'habitue ...enfin au traitement », « je trouve que j'ai pas envie de devenir dépendante de ça ».* C'est cette dépendance physique qui mènerait alors à une addiction au traitement déjà ressentie pour certains, ou seulement crainte pour d'autres *« le produit est addictif en soi », « on arrive pas à s'en débarrasser », « si on continue, il y a une accoutumance donc on va en vouloir plus! Ça devient comme une drogue. Et faut pas en prendre ».*

Comparé aux « *petites habitudes qu'on a avec la nourriture...avec les boissons pour certain, les cigarettes pour d'autres* », le traitement antidépresseur provoque également une dépendance psychique par « *habitude du geste* » et ritualisation de la prise. *"tous les soirs d'aller dans la boîte à médicaments couper le truc en 2 et puis prendre le cachet.*

La survenue d'un syndrome de sevrage à l'arrêt *« quand on voit l'effet que ça fait quand on arrête...On se dit, voilà c'est...c'est...on en est dépendant quoi »* et les exemples dans l'entourage de personnes sous traitement au long cours *« ma mère [...] qui a essayé d'arrêter! [...] ça fait 50 ans qu'elle est sous antidépresseurs »* renforce cette notion d'addiction au traitement.

Par ailleurs, la durée de traitement est évoquée comme un facteur pouvant induire une addiction *« éviter de prendre ça...sur une durée après trop longue ! », « le corps il est habitué en fait. Ça fait des années qu'il a, qu'il a pris ».*

Partant du principe que tous les médicaments sont délétères et d'autant plus quand ils sont pris sur une durée importante, la méfiance générale s'applique également et même plus aux antidépresseurs, perçus alors comme « nocifs » pour l'organisme, chimique et ayant un potentiel dangereux. *« tout médicament a des effets secondaires. Même le paracétamol [...] Alors du coup à long terme », « je doute que ce soit des plantes. », « ce n'est quand même pas anodin ».*

Dans la même lignée, l'antidépresseur peut entraîner une « atteinte des fonctions cognitives » notamment de la mémoire et du fonctionnement cognitif *« comme ceux qui ont la maladie d'Alzheimer [...] ils ont peut-être pris trop de remède pour calmer [...] le cerveau il a plus*

fonctionné ! », « j'ai beaucoup de troubles de la mémoire [...] je perds mes mots [...] c'est peut-être l'effet du traitement ».

Il peut également « influencer sur la personnalité » et modifier les comportements « *Si j'avais continué? Est-ce que je serai plus docile?* », « *C'est pour ça que tu prends moins de décisions. [...] on est quand même moins dans l'action ou pas dans les mêmes actions* ».

L'altération cognitive ou la modification de comportement peut être mise en lien avec un effet anxiolytique supposé de l'antidépresseur « *trop de remèdes pour calmer* », « *un anxiolytique-dépresseur [...] pour moi c'est à peu près la même chose dans ma tête.* », « *je suis sous médicaments pour essayer de me calmer* ».

Pour autant il aussi perçu de manière positive comme une « aide », une sorte de « béquille » ou « bouée ». A l'extrême, il peut avoir pour certains l'effet d'un bouclier ou d'un talisman qui traduit une forme de dépendance psychologique au traitement « *Je me dis qu'en le prenant je ferai pas de crise d'angoisse* », « *si j'arrête trop brutalement [...] ne serait qu'un simple mauvais résultat. Donc je sais que tout ça va me retravailler* ».

Le traitement antidépresseur est considéré comme un traitement « temporaire », « nécessaire » à un moment donné, en lien avec la sévérité des troubles, mais « non indispensable », à l'inverse de certains traitements somatiques « on en a pas besoin tout le temps », « *quand quelque chose de trop grave vous arrive, on est bien obligé d'avoir recours* », « *un traitement comme j'ai là pour la tension, t'as pas le choix, faut en prendre [...] mais là c'est pas obligatoire j'ai envie de dire* ».

Nous retrouvons une relation « dose-effet » du traitement, avec une notion d'efficacité reconnue comme liée à la dose. « *10 mg de Paroxétine par jour, c'est pas grand-chose quoi [...] ça influence pas beaucoup mon corps* ».

3. Représentations de la normalité

La prise du traitement antidépresseur questionne les patients dans leur rapport à la normalité, telle qu'elle est conçue par la société dans laquelle ils vivent, et dans le rapport à leur propre normalité, c'est-à-dire l'image qu'il ont d'eux-mêmes.

La normalité consiste à pouvoir assumer ses « fonctions sociales » tels que le travail, la vie de famille ou les actes de la vie quotidienne, avec la volonté de ne pas être une charge pour leur entourage. « *en ayant le traitement je n'ai jamais eu d'arrêt de travail pour ça...j'ai, j'ai toujours quand même fait ce que j'avais à faire!* », « *si moi je vais bien, je me sens bien, je peux apporter du bien à ma famille et être là pour eux [...] et de ne pas être une charge pour eux* ».

Etre normal c'est également être à nouveau « soi sans médicament », comme un retour à la normalité vis-à-vis de la société et vis-à-vis de soi « *la normalité on la perçoit comme quelqu'un qui ne prend pas de médicament.* », « *je peux vivre moi-même sans* », « *Arrêter pour [...] continuer normalement sans médicament !* », « *un retour à la vie normale* ».

Le ressenti négatif concomitant à la diminution du traitement antidépresseur est également questionné quant à sa normalité. *« on est de mauvaise humeur [...] c'est parce qu'on est en baisse [...] Ou est-ce que tout simplement c'est un état normal, logique ».*

Après une phase d'incompréhension ou de déni, présente initialement à l'étape du diagnostic, émerge une acception de la dépression comme une nouvelle normalité qui leur est propre. *« ça fait partie de ce que je suis », « enfin je suis d'un naturel stressé, faut que je vive avec quoi ».*

La « comparaison avec pire que soit » offre un repère salutaire, permettant de relativiser son état. *« Faut toujours voir plus malheureuse, plus malheureux que soit. », « Voilà il y en a d'autres qui ont vécu des choses comme ça et qui n'ont pas eu cette chance là et nous on l'a! ».*

Cependant, la prise de l'antidépresseur permet un retour à la normalité, tout en étant inconfortable avec les stigmates rattachés au traitement *« dans mon métier parce que si on dit "Ben voilà on est sous antidépresseur..." [...] ça peut être une faute », « vous voyez que la folie en face de l'antidépresseur ».*

Finalement la volonté de trouver une nouvelle normalité, et ainsi une forme de paix intérieure, est sans cesse contrebalancée par la peur du regard des autres, renvoyant les patients à leur propre peur de la stigmatisation *« mon entourage est plutôt sain ! Non c'est aussi pour ça que je préfère garder ce genre de choses pour moi... », « "antidépresseur", ils doivent se dire "Ben tiens, pourquoi elle prend l'antidépresseur ? ».*

4. Représentations de la déprescription

Même si les appréhensions de la déprescription ne sont pas reconnues explicitement comme telles, elles sont retrouvées dans tous les verbatims.

Les représentations de la déprescription s'attachent essentiellement aux « peurs ».

La peur de « la rechute » décrite comme le retour des symptômes antérieurs sans délai d'apparition précis. *« ce que je crains c'est que si j'arrête [...] que mes angoisses reviennent ».*

La peur de la « dépendance physique » ou de l'« accoutumance » employée comme synonyme, menant alors au cercle vicieux de « l'addiction » *« que finalement ce soit tellement une accoutumance que...que ça prenne tellement de place, que ce soit...quelque chose dont on ne peut plus se séparer », « c'est un peu un cercle vicieux [...]c'est dur de pouvoir en sortir quoi! ».*

Enfin la peur de « rompre un équilibre » établi, *« que si vous l'enlevez... tout est chamboulé ».*

La peur du syndrome de sevrage est abordée comme la peur d'un « manque » physique dont l'intensité est proportionnelle à la durée de prise du traitement et à sa posologie *« quand on veut diminuer, est ce que le corps il ne réclame pas, justement le complément qui manque quoi! », « C'est pas fort du tout...vous n'aurez aucun problème pour l'arrêter! », « au bout de 2 ans c'est peut-être plus facile de l'arrêter qu'au bout de 4-6-8 ».*

La déprescription rencontre plusieurs « freins » notamment « les expériences antérieures de rechutes et de récives » et les « expériences antérieures de syndrome de sevrage » *« comme*

on a connu cette diminution, tout va...qu'on arrête...et on rechute...on se dit [...] est ce qu'on est reparti sur ce même parcours ? », « quand j'essaye et ben c'est...c'est horrible quoi! C'est vraiment le...le manque ! ».

B. LA COMMUNICATION AVEC L'ENTOURAGE : UN TABOU

La communication autour des troubles dépressifs ou anxieux, de la prise d'un traitement antidépresseur et de la déprescription, est tabou. Elle reste alors limitée au « cercle proche » et de façon assez « minimale » voir purement informative. *« à part ma femme qui sait que je prends un cachet, personne ne le sait quoi! », « Ils savent que je prends ce médicament pour ça. Mais voilà quoi ».*

Un focus sur la « communication au sein du couple » permet de constater que la communication est de la même manière très succincte. *« je lui ai expliqué ce que c'était...mais je ne suis jamais rentré dans le détail », « Quand je lui ai dit que ben j'allais arrêter [...] Mais après on en a pas rediscuté ».*

Le lien fort existe entre cette absence de parole et la peur de la stigmatisation. Parmi ceux qui ont réussi à parler sommairement de leurs troubles et ceux qui l'envisagent, tous ont posé comme condition que leurs interlocuteurs soient des personnes compréhensives et non jugeantes *« vous en parlez avec des gens [...] bien sélectionnés », « si je lui en ai parlé, c'est parce que je savais qu'elle pouvait comprendre... ».*

Si parfois la parole de l'entourage peut avoir une influence facilitatrice lorsqu'elle est compréhensive *« Tu as raison hein! Si c'est [...] pour t'aider psychologiquement... »*, le plus souvent elle renvoi à la peur de la stigmatisation. *« Oh tu prends ça , tu sais c'est pas bon d'être toujours... », « Ben oui mais enfin c'est dans ta tête, t'as qu'à te secouer ! ».*

Le tabou, qui pèse sur la communication autour des troubles dépressifs et anxieux, concerne également d'autres événements de vie difficiles ou parfois le modèle de communication transmis par les parents. *« faut pas parler de rien, ni des morts, rien. », « chez moi, on ne dit pas! [...] n'importe quelle maladie il ne fallait pas trop en parler [...] ça fait partie de l'éducation que j'ai »*

C. LE RESEAU DE SOUTIEN SOCIAL : PAUVRE ET PEU SOUTENANT

Le réseau de soutien social est l'ensemble des personnes qui peuvent offrir un soutien émotionnel ou sur qui on peut compter en cas de nécessité, offrant alors une stabilité (16).

En dehors du cercle familial, ce réseau est très souvent « pauvre » *« j'ai peu d'amis quoi ! J'ai peu de...même de connaissances », « Ici je n'ai pas réussi à me faire d'amis au travail. », « c'est pas dans mon cas, d'avoir un entourage euh...en qui j'ai totalement confiance, c'est à dire...dans le jugement! ».*

Bien que ce réseau soit peu étayé et exclu de la communication intime, il est identifié comme un « soutien positif » mais plutôt de type occupationnel voir distractif. « *On voit du monde ! [...] On fait partie d'un club de marche* », « *boire un verre avec des amis en terrasse* ».

De la même manière, une « personne aidante », faisant partie du cercle familial proche (conjoint ou enfant), est identifiée comme soutien sans pour autant que la communication soit totalement libérée de son tabou « *quand il se lève il me dit "Ca va bien? Ca va?"* », « *on a pas le rôle que peut avoir un médecin [...] un psy [...] un confident où on peut parler librement sans jugement...* ».

Ce tabou autour de la dépression se retrouve aussi « en miroir » concernant des personnes de leur « entourage » souffrant de dépression. « *J'avais une amie qui en prenait aussi* », « *Je ne pose pas de questions moi. Je ne suis pas curieuse moi ! Enfin je m'occupe de moi.* ».

D. LE PATIENT DEVIENT ACTEUR DE SES SOINS

Le statut du patient évolue au cours de son histoire de la maladie, passant de « spectateur » à « acteur » au cours de deux démarches personnelles que sont la mobilisation des ressources internes et la « prise de décision d'initier le processus de déprescription ».

Les « expériences antérieures sur la déprescription » lui tiennent lieu de référence.

Les « conditions préalables à l'initiation d'une déprescription » sont posées directement par lui.

Les « motivations » citées agissent comme impulsion et moteur de son action.

1. Mobilisation des ressources internes

Les « ressources internes » mobilisées au cours de l'épisode dépressif permettent au patient d'avancer vers la guérison. Elles sont souvent évoquées comme un travail personnel sur ses points faibles pour mieux tolérer la situation « *un travail sur moi-même* », « *je travaille plus sur ma colère interne* », « *je pense différemment.* », dans l'optique de ne pas compter uniquement sur l'antidépresseur « *de ne pas attendre le cachet que...la solution* », « *c'est pas le médicament qui résout le problème. Il, il est là pour aider* ».

Les « méthodes alternatives ou complémentaires » agissent en renfort ou en relais du traitement antidépresseur, dans le cadre de la déprescription, et incluent « les médecines douces », la pratique d'une « activité sportive », les « activités occupationnelles » et le « changement de mode de vie ».

L'hypnose, l'homéopathie, l'acupuncture et la sophrologie, identifiées par les patients comme médecines douces, nécessitent souvent d'être essayées successivement avant de trouver celle qui leur convient personnellement. Ces médecines douces semblent également plus en accord avec les croyances du patient. « *je suis plutôt médecine douce comme ça que traitement* ».

La pratique d'une « activité sportive », déjà en place ou à l'étape de projet, est identifiée comme bénéfique. « *il faudrait que je fasse beaucoup de sport pour évacuer un peu ces tensions, ce stress* ».

Les « activités occupationnelles » regroupent les loisirs qui favorisent la sociabilisation ou le développement personnel. « *concerts* », « *voir du monde* ».

Le « changement de mode de vie » fait partie de ces solutions, avec l'importance de « *l'hygiène de vie* » et du « *temps pour soi* ».

2. Le traitement antidépresseur comme soutien

Le soulagement que procure le traitement est identifié par les patients comme un « soutien » leur ayant permis dans un second temps de mettre en place d'autres stratégies en relais « *quelque chose qui contribue à remonter et à aller bien* », « *l'antidépresseur fait partie de ces solutions-là* », « *c'est pas le médicament qui résout le problème. Il, il est là pour aider.* »

3. Les expériences antérieures de déprescription

Le succès rencontré lors d'un précédent arrêt du « traitement antidépresseur » est souvent interprété comme une absence d'addiction et renforce la volonté de réitérer l'expérience « *Pendant des années j'en ai pas pris ! Des années !* », « *j'ai toujours réussi à m'en passer* ».

Paradoxalement l'échec ne constitue pas un frein aux futurs essais et, bien que faisant partie des peurs légitimes, il permet, bien au contraire, des aménagements du protocole de déprescription ou une meilleure préparation « *j'aurais peut-être dû prendre plus mon temps* », « *je l'ai fait rapidement [...] j'étais pas prêt* ».

L'arrêt d'un « autre type de traitement », tels que des hypnotiques, renforce la confiance en sa capacité d'arrêter un traitement « *le Zolpidem® j'ai réussi à m'en passer* ».

Soit peu explorées ou abordées de manière synthétique, les « expériences antérieures des proches » sur l'arrêt d'un antidépresseur, influencent peu la conduite des patients. « *On a pas abordé ça. Puis en plus, c'est assez lointain [...] enfin on ne se connaissait pas à l'époque.* »

4. Le changement de statut de « passif » à « actif »

La bascule d'un état « passif » vers un état « actif » se concrétise en prenant la décision de s'engager dans le processus de déprescription.

Une réticence première suivie d'une « forme de passivité » liée au caractère obligatoire du traitement, sont présentes à l'initiation de l'antidépresseur.

Bien que souvent partagée, la mise en route de la déprescription est plutôt rapportée comme étant l'« initiative des patients ». « *c'est même moi qui lui ai dit que oui là je voulais l'arrêter quoi!* », « *c'est moi qui lui en ai parlé hein!* ».

De la même manière, la décision de leurs soins leur revient avec une présence forte du « je », « *je décide d'aller voir le médecin. Donc déjà c'est quand même une décision de moi-même!* ». On peut parler alors de patients « acteurs ».

L'« autonomie » qu'ils rencontrent dans l'application du protocole de déprescription leur permet de gérer eux-mêmes l'initiation d'un nouveau palier, sa durée, ou la possibilité d'une ré-augmentation temporaire.

Au final, une « forme d'expertise » se développe au sujet de leurs maladies, ses symptômes et leurs prises en charge ainsi que la détection de troubles similaires chez les autres. « *quand je ne dors plus, que je fais que de pleurer et que je...je mange moins! [...] c'est mes premiers...ça veut dire que je ne suis pas bien dans ma tête* », « *une fois que vous avez connu ça, vous percevez aussi chez les ... chez d'autres, et des signes...* ».

5. Les conditions préalables à la déprescription

Les conditions préalables à la déprescription sont déterminées par les patients eux-mêmes.

Le « ressenti positif » du moment et la nécessité « d'être guéri » sont primordiales. « *Maintenant ça va bien, on peut l'arrêter!* ».

Dans l'optique de réduire les facteurs de rechute, choisir la « bonne période » que ce soit une « *période de stabilité* » ou juste un moment choisi par le patient lui-même, semble préférable. « *tout est stable [...] tous les faisceaux, tous les indices sont au vert* », « *après les fêtes! Parce que je voulais profiter* ».

Du fait d'un meilleur ensoleillement, la « saison printemps/été » semble plus propice à l'arrêt « *les beaux jours peuvent jouer* ».

L'« intention d'arrêt », définie comme la détermination propre à vouloir atteindre un objectif d'arrêt (17), reflète l'envie et la volonté qu'ont les patients d'arrêter quoiqu'il en soit leur traitement. « *je voulais l'arrêter quoi!* », « *j'ai décidé dans ma tête "Oui"* ».

La « projection positive » où le patient se visualise dans le futur sans traitement antidépresseur en étant « *capable de faire sans* » et « *de continuer à être bien* » est souvent en lien avec le fait de trouver le traitement « obsolète », dorénavant inutile. « *maintenant c'est vrai que je n'ai plus lieu trop d'en prendre.* ».

6. Les motivations

La « nocivité redoutée » du médicament et la « prise de poids » comme un effet indésirable constaté, incitent à arrêter le traitement. « *faut pas le prendre trop longtemps [...] tout médicament a des effets secondaires* ».

La volonté de ne pas prendre « le traitement à vie » est très présente, afin d'éviter la survenue d'une dépendance physique « *c'est bien [...] de pouvoir s'en séparer parce qu'autrement on devient...dépendant!* » et se débarrasser d'une dépendance psychique « *nos petits habitudes qu'on aimerait bien arrêter quoi!* ».

Enfin la possibilité de prendre « le moins de médicaments » possible, voire de ne prendre aucun médicament, permet de « libérer l'esprit » et de ne plus avoir la contrainte d'une prise médicamenteuse. « *je suis contente parce que je ne prendrais plus aucun médicament!* », « *ne pas avoir à prendre un cachet tous les soirs* », « *c'est une liberté* ».

E. L'ACCOMPAGNANT

Comme son étymologie l'indique, il prend place aux côtés des patients. Pouvant être le médecin traitant ou le psychiatre, il explique aux patients les « modalités de déprescription » et oriente le patient vers « la psychothérapie », voire la réalise avec lui.

1. Les modalités de déprescription

Les modalités de déprescription concernent les « contre-indications » et le « protocole de déprescription ».

a. Les contre-indications de la déprescription

Un « ressenti négatif », une « durée insuffisante de traitement », ainsi que la « saison hivernale » sont les contre-indications évoquées par les patients. « *quand on est pas bien, c'est pas la peine de commencer* ».

b. Le protocole de déprescription : un cadre rassurant

Le protocole permet de poser un cadre rassurant pour les patients.

Sous forme d'une « décroissance progressive », la diminution se fait « *palier par palier* », « *tout doucement* », « *au fur et à mesure* ».

Dans la même lignée, la « durée des paliers » ainsi que la « durée totale » du processus sont modulables selon les situations rencontrées « *J'étais plus longue à ...à diminuer [...] ça doit dépendre de la cause, « j'attendais [...] par rapport à mon cancer* ».

La « notion d'essai » permet de considérer l'expérience comme une tentative de diminution, sans pression de résultat, et de tester également si le médicament est toujours nécessaire « *Ben essayez puis on voit à ce moment-là* », « *on va commencer à diminuer de moitié pour voir !* ».

Y est fortement associée la notion de « ré-augmentation possible » permettant un retour à des doses antérieures en cas de difficultés « *si ça ne va pas, vous reprenez 1 par jour* », « *reprendre dans l'autre sens* ».

Sur conseil du médecin ou suite à un essai antérieur, l'« arrêt brutal » du traitement est déconseillé par les patients eux-mêmes « *Un traitement antidépresseur, on l'arrête pas comme ça du jour au lendemain* ».

Le « médecin référent », interlocuteur principal dans le processus de déprescription, joue un rôle central dans le protocole, en organisant le suivi, en prodiguant des conseils et en validant, étape par étape, l'avancée de la décroissance en accord avec les patients « *Elle me rassure. Elle me dit comment faire pour diminuer...On se voit régulièrement...tout ça quoi* ».

Une distinction nette s'opère entre médecins et pharmaciens. Bien que reconnu comme aidant et non jugeant, le « rôle du pharmacien » se résume à la délivrance du traitement ordonné par le médecin « *Le pharmacien, il fait qu'exécuter!* », « *en soi ils ne sont pas médecins* ».

2. La psychothérapie ou parole libératrice

La « psychothérapie » est réalisée par le médecin traitant, le psychiatre ou le psychologue.

Que ce soit sous forme de psychothérapie encadrée ou sous une forme moins conventionnelle d'échanges répétés avec l'accompagnant, la « parole » occupe une place primordiale. Elle est considérée comme « *un besoin* » et le fait de parler devient alors « libérateur » « *si j'ai quelque chose qui, qui qu'est dans le fond de moi qui n'est pas réglée, il faut que j'en parle* », « *j'en ai beaucoup parlé [...] parce que j'en avais besoin[...] ça m'a beaucoup aidé !* », « *on a besoin de parler, parler, parler, parler...* ».

La psychothérapie occupe une place prépondérante dans la démarche de guérison, devant le traitement antidépresseur qui lui sert de soutien ou qui peut être ressenti comme facultatif « *le traitement m'a aidé. Et le fait d'en parler* », « *il faudrait pouvoir les , les voir toutes les semaines et parler, parler, parler...et là on ne prend pas d'antidépresseurs* ».

La « relation au thérapeute » est souvent forte et basée sur « *l'écoute* » et « *la confiance* ». La parole du thérapeute est souvent rapportée comme étant de précieux « *conseils* » dépourvue de jugement « *un contrat de confiance et une relation avec le...le patient!* », « *le rôle que peut avoir un médecin [...] un psy [...] un confident où on peut parler librement sans jugement* ».

La modification des perceptions erronées, le travail de la confiance en soi et le changement d'attitude sont possibles grâce au thérapeute et à la relation qu'il crée avec le patient. « *il me voit différemment...* », « *fasse le ménage avec plein de choses [...]mettre les choses à plat* », « *je me sens écoutée donc...entendue...ben j'ai l'impression d'exister quoi !* ».

L'hypnose est un perçue comme un outil fréquemment utilisé en complément « *une autre psychologue [...] elle fait aussi de l'hypnose* », « *séances d'hypnose aussi pour essayer d'évacuer tout ça* ».

Les « représentations de la psychiatrie, psychologie et hypnose » sont positives, étant associées à un déblocage de la communication « *ce que j'avais besoin c'est d'un psychiatre ! Parler !* », un déclencheur de l'initiation de la déprescription « *elle a été déclencheur déjà de me dire que j'étais [...] vraiment prêt à pouvoir le faire* » et enfin un changement vers plus de maturité « *J'ai grandi dans ma tête* ».

Lorsque ces représentations sont négatives, elles le sont souvent à cause d'« expériences antérieures » négatives, personnelles ou de l'entourage. « *ma mère des psychiatres elle en a suivi plein! [...] pour moi c'est des charlatans!* », « *un peu trop à la chaîne* », « *c'était un peu un business...* ».

F. LE VECU POSITIF DE LA DEPRESCRIPTION

Les « effets ressentis » lors de la déprescription s'intéressent avant tout au « syndrome de sevrage », aux épisodes de « rechute », ainsi qu'à l'« addiction ».

Le syndrome de sevrage comporte symptômes physiques et psychologiques, d'intensité légère à modérée, souvent de manière temporaire et finalement sans retentissement majeur sur le fonctionnement de la personne « *des tout petits malaises très légers* », « *des vertiges* », « *je suis nauséuse* », « *un peu plus nerveux* », « *des petites angoisses mais qui sont pas les mêmes qu'elles étaient au départ* », « *Ça dure un mois et demi* », « *Même si j'ai eu ces symptômes là, ça ne m'a pas empêché d'aller travailler le matin* ». Il est à noter que son absence est remarquée « *pas de ressenti physique* », « *dans les humeurs [...] non pas particulièrement* ».

Lorsqu'elle est présente, la rechute questionne son lien avec la prise d'antidépresseurs au long cours « *A prendre des antidépresseurs pendant de longues années... je sais pas si c'est pour ça que ça revient* ».

L'une ou l'autre de ces manifestations induit parfois un retour à la dose antérieure du traitement. « *donc je suis repassée à 1 par jour au lieu de 1 sur 2 quoi.* ».

Enfin, les échecs répétitifs de déprescription et finalement la prise au long cours du traitement signent l'« addiction » « *là ça fait quand même quelques années quand même que je prends ça donc... Voilà j'arrive pas à m'en débarrasser quoi!* ».

Malgré ces manifestations, le vécu de la déprescription reste « positif » « *je suis fière* », « *c'est bien de diminuer des remèdes qui sont pas utiles!* », « *Je vais peut-être tourner une page...[...]* je me dis que c'est une victoire ! ».

La diminution étape par étape permet de réaliser les avancées, ce qui encourage pour progresser vers un arrêt total « *ça motive* », « *c'est encourageant* », « *pendant qu'on diminue, ça galvanise un peu parce que ça apprend à se faire confiance* », « *Alors même si j'ai eu cette période dure, qu'après ben j'ai réussi* ».

En pratique, une part « d'auto-expérimentation » survient. Les patients font des essais, modulent eux-mêmes leur traitement « *si j'oublie un soir, j'en prends soit un entier le lendemain soir [...] si je suis un peu stressé.* », « *moi je n'en fais qu'à ma tête (rires) [...] j'en prends 1 et puis des fois pendant 2-3 jours, je ne le prends pas !* ».

En pratique aussi, le « conditionnement du médicament » ainsi que sa « forme galénique » entrent en jeu dans le déroulement de la déprescription « *j'irai en chercher une boîte et je terminerai ma boîte, après ce sera clos quoi* », « *1 sur 2. Après c'est 1 sur 3, 1 sur 4...parce qu'il n'y a pas en dessous de 37,5. Il n'y a pas de...dosage plus bas* ».

Enfin, dans une approche systémique, la présence d'un conjoint dépressif ou une conjointe dépressive peut être soutenante ou délétère notamment dans la décision d'entamer la déprescription. « *Lui aussi il est en train de diminuer petit à petit. On est un peu tous les 2 pareils là !* », « *ma femme c'est plutôt...elle, elle voudrait bien arrêter les médicaments plus tôt mais que moi je les continue pour qu'elle soit tranquille !* ».

G. LA FIGURE CENTRALE DU MEDECIN TRAITANT

A fils des verbatims, se dessine « la figure centrale du médecin traitant » tant pour le suivi de déprescription que pour la prise en charge globale de la personne.

« Interlocuteur principal » et privilégié des patients, la communication s'établit préférentiellement avec le médecin traitant qui possède une réelle écoute « *elle écoute bien ce qu'on a à dire...elle prend le temps...* » et reste une personne de « confiance » « *Et j'ai entièrement confiance en elle.* » « *C'est vraiment une personne à qui je peux me confier, qui est là.* ».

Le médecin traitant est une « personne très appréciée » des patients, qui a su tisser un « lien fort » avec eux au fils du temps et des épreuves traversées ensemble « *mon médecin à moi* », « *J'adore Madame S [...] Il n'y a qu'elle* », « *Elle nous a accompagnés au décès de mon papa. Elle a toujours été là.* »

La relation médecin-patient est basée sur le mode de l'« alliance thérapeutique » et la recherche d'un partenariat avec le patient, le médecin se positionnant alors plutôt comme un « guide » « *sur les pistes du médecin* ». L'emploi du « on » revient souvent « *on a échangé* », « *on fait la démarche d'arrêter* », « *des choses [...] qu'on a mis en place avec le médecin* », « *on se lance dans la décision* ».

Souvent médecin de « premiers recours », de par sa proximité et sa disponibilité, on lui reconnaît également une qualité d'« expertise » médicale, importante aux yeux des patients « *elle me dit bien que si ça ne va pas je peux venir* », « *j'ai consulté rapidement le médecin généraliste* », « *Elle ne s'est jamais trompée ![...] elle suit tout bien, comme il faut quoi.* ».

Enfin, il occupe la place du « médecin de famille » qui rentre dans « l'intimité » du cercle familial « *je la considère comme le médecin de famille* ».

H. LES GRANDES ABSENTES

Deux grandes thématiques figurent au tableau des absentes : l'absence de discours sur une proposition de « psychothérapie à l'initiation du traitement antidépresseur » et l'absence d'évocation de la « déprescription à l'initiation du traitement antidépresseur ».

DISCUSSION

I. FORCES ET LIMITES

A. FORCES

1. L'originalité du sujet

La littérature contient peu d'études sur la déprescription des antidépresseurs et aucune thèse de médecine générale ne s'est encore intéressée à celle-ci.

Notre thèse s'est intéressée à cette déprescription fréquemment rencontrée dans la pratique des médecins généralistes.

2. La validité de notre méthode

La retranscription exacte des entretiens et leur relecture par une seconde lectrice, à savoir la directrice de thèse, assure la rigueur de ce travail et permet de croiser les interprétations afin de diminuer l'influence des représentations et des hypothèses préalables de l'interviewer. Cela renforce la validité interne de notre étude.

Les biais d'analyse et d'interprétation, inhérents à la méthode qualitative qui s'appuie sur une démarche intuitive, ont pu être limités grâce à la double lecture et double analyse des entretiens, permettant d'en réduire la subjectivité.

B. LIMITES

1. Biais de sélection

Les éléments suivants ont pu entraîner un biais de sélection des participants dans notre étude.

Nous n'avons pas documenté les refus de participation à l'étude mais en discutant avec les médecins qui nous ont recruté des participants, le principal frein évoqué était une réticence à parler de leurs troubles et à un interlocuteur inconnu.

Nous avons recruté les participants auprès de médecins généralistes, ce qui a pu majorer l'importance du rôle du médecin généraliste dans leur prise en charge.

Enfin, nous avons recruté la majorité de nos participants au sein d'un même cabinet de groupe de médecins généralistes dans lequel il existe possiblement une uniformisation des pratiques concernant la déprescription des antidépresseurs.

2. Biais d'intervention

Les éléments suivants ont pu entraîner un biais d'intervention de l'enquêteur.

Les entretiens ont été menés par un seul enquêteur, initialement novice dans la réalisation d'entretiens semi dirigés. Il a pu manquer certaines questions et relances pertinentes, induire ou interrompre certaines réflexions.

Les enquêtés connaissaient le statut de médecin de l'enquêteur (du fait de la réalisation d'une thèse de médecine) ce qui a pu influencé certaines de leurs réponses. A l'inverse cela a pu également renforcer la confiance dans l'interviewer soumis au secret médical.

Enfin, l'enregistrement audiophonique a pu être une source d'inconfort pour certains et freiner la fluidité de leur discours.

Après avoir présenté les forces et faiblesse de notre étude, nous allons discuter de nos principaux résultats en les comparant aux données actuelles de la littérature.

II. DISCUSSION DES RESULTATS

A. LA PEUR DE LA STIGMATISATION : STIGMATISATION DE LA DEPRESSION ET DU TRAITEMENT ANTIDEPRESSEUR ET QUESTIONNEMENT DE LA NORMALITE

Les représentations négatives de la dépression et du traitement antidépresseur retrouvées dans notre étude questionnent le patient sur son rapport à la « normalité » et suscitent la peur d'être stigmatisé.

1. Quelques notions autour des représentations sociales et de la stigmatisation (18), (19)

Les représentations sociales sont des « élaborations groupales, des produits de la pensée qui reflètent, à un moment donné, le point de vue prévalent d'un groupe ou d'une communauté ». Elles vont servir de grille de lecture pour une situation donnée et vont ainsi déterminer, en conséquence, le comportement de la société. Leur impact est fort car, en grande partie inconscients, elles sont véhiculées par l'ensemble de la population, y compris par les patients eux-mêmes.

La stigmatisation est « une attitude générale de l'ordre du préjudice [...] La méconnaissance ou l'ignorance d'une situation, va générer des conduites ou comportement de discrimination ».

Ainsi la stigmatisation transforme le diagnostic d'une maladie en une marque négative pour la personne et l'étiquette comme quelque chose d'anomale ou de mal.

La stigmatisation peut être vécue avec des expériences de discrimination positive et négative.

Elle peut également être anticipée et rejoint alors le concept d'auto-stigmatisation dans lequel la personne qui se sent stigmatisée finalement adhère aux stéréotypes qui la stigmatise et se l'applique à elle-même en anticipation et par évitement.

2. Stigmatisation de la dépression

Dans notre étude, les patients présentent une réticence initiale à l'acceptation du diagnostic de dépression et la prise du traitement dépresseur par peur d'une stigmatisation vécue et anticipée en lien avec la maladie.

La littérature montre que la stigmatisation concerne l'ensemble des troubles psychiques, dont finalement fait partie la dépression.

L'étude INDIGO (International Study of Discrimination and stigma Outcome) de 2009 (20) et son questionnaire DISC (Discrimination and Stigma Scale), met en évidence de nombreuses expériences de discrimination négative vécue et anticipée dans les domaines du travail, de la vie relationnelle, du logement et des loisirs chez les personnes souffrant de schizophrénie. Ce même questionnaire réalisé chez des personnes souffrant de dépression donne des résultats similaires.

Chez nos patients enquêtés, cette peur s'explique par les représentations négatives et stigmatisantes qu'ils ont de la dépression à savoir celles de la folie et de la faiblesse.

Lorsque le traitement antidépresseur a été prescrit pour un trouble anxieux, cette indication est soulignée fortement en opposition à une prescription pour dépression.

3. La représentation de la folie

Dans notre étude, la dépression était rattachée à la psychiatrie et aux troubles mentaux et donc par extension à la peur de la folie.

Historiquement, l'assimilation des troubles mentaux à la folie prend ses racines dans la Bible où les personnes souffrant de ce type de troubles étaient considérées comme possédées par le démon. Brûlées au Moyen Age et exterminées sous l'Allemagne nazie, puis internées dans des asiles au 20ème siècle, elles connaissent toujours une forme d'exclusion dans la société actuelle (21).

Cependant, l'étude française « Santé mentale en population générale : image et réalités » réalisée entre 2000 et 2004 , a montré des perceptions sociales bien distinctes du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » (22). Le « fou » est par essence fou. Il est inadapté au monde et à la société, échappe à la raison, est imprévisible donc hautement dangereux. Le « malade mental » a une maladie mentale, avec une explication organique de ses troubles ce qui offre une vision déjà plus rassurante car comprise de la médecine. Il souffre d'un handicap lourd, souvent identifié comme étant un handicap intellectuel. Enfin le « dépressif » fait une dépression. Il est considéré comme quelqu'un de triste, pleurant, ayant perdu le goût de vivre et voyant la vie en noir.

A noter que dans cette étude, les auteurs avaient distingué au préalable les termes de « fou », de « malade mental » et de « dépressif », ce qui a pu restreindre la confusion entre les pathologies.

A l'inverse, nos patients qui se perçoivent comme souffrant d'une pathologie mentale, nous ont livré spontanément leur peur d'être assimilés à la folie.

4. La représentation de la faiblesse

Dans notre étude la peur d'être associé au stigmate de la faiblesse est très présente. En effet, les patients interrogés ont soit déjà entendu des réflexions à ce sujet « *T'as qu'à te secouer* », soit nous donne des exemples autour d'eux de personnes qu'ils considèrent comme faibles parce que dépressives.

La représentation de faiblesse attachée à la dépression correspond à une « faiblesse de l'esprit » et une « faiblesse émotionnelle » (23), (24).

En effet, dans leurs études Interian et al. (24) et Malpass et al. (25) ont mis en évidence que la dépression est perçue comme une incapacité à faire face aux problèmes, une forme de « défaillance ».

L'explication d'un déficit en sérotonine comme cause de la dépression, peut à la fois soulager l'individu d'une responsabilité personnelle dans sa dépression, et à la fois signifier encore une fois, sa faiblesse sous la forme d'une « déficience », une incapacité à s'autoréguler face à l'adversité (25).

Cette faiblesse renvoie l'image d'une personne passive et dépendante qu'il faut assister au quotidien. L'étude Inecom (26), retrouve que 72% des personnes interrogées estiment qu'accueillir un proche « dépressif » chez eux serait une charge à la maison.

5. Les représentations liées au traitement antidépresseur et le rapport à la normalité

Nous avons observé dans notre étude que les représentations liées au traitement antidépresseur sont identiques à celle de la dépression en ce qui concerne la folie et la faiblesse.

L'antidépresseur est considéré comme un médicament nocif, chimique et potentiellement dangereux dans un contexte de méfiance générale autour des médicaments.

De plus l'antidépresseur est perçu comme une drogue ayant un fort potentiel addictif, comme un médicament délétère pour les fonctions cognitives et enfin comme un modificateur de la personnalité.

Cette peur de l'antidépresseur est ambivalente. En effet les patients oscillent entre leur méfiance vis-à-vis de l'antidépresseur et la peur de rechuter en l'arrêtant.

A l'initiation du traitement, cette peur de l'antidépresseur comme molécule potentiellement dangereuse est mêlée à la peur de la stigmatisation qui lui est associée.

Par la suite le dilemme, entre la peur de la stigmatisation et la peur de sortir d'une « zone de sécurité » sous traitement et de rechuter, est présent pour chacun des interrogés.

Force est de constater que la prise du traitement antidépresseur et la symbolique qui y est rattachée, questionne la personne sur son « identité de soi » et son rapport à la normalité.

a. Les mêmes stigmates de la folie et faiblesse

Castaldelli-Maia et al. ont identifié que les stigmates relatifs à la prise d'un traitement antidépresseur sont similaires aux stigmates de la dépression (faiblesse et folie) (27).

Dans leur étude, Hoencamp, Stevens et Haffmans (28) reprennent que 17% des patients dépressifs perçoivent effectivement la prise de leur antidépresseur comme un signe de faiblesse.

b. Un médicament nocif, potentiellement dangereux

Plusieurs scandales dans l'industrie pharmaceutique (autour du Médiator®, Distilbène® et Vioxx® par exemple) ont pu suscité une méfiance générale au sujet des médicaments et semer le doute que dans un futur proche on découvre que finalement tel médicament soit dangereux.

c. Une drogue

Les patients considèrent le traitement antidépresseur comme une drogue soit parce qu'ils se questionnent sur le risque de développer une dépendance physique et une addiction soit parce qu'ils affirment clairement que le traitement est addictif.

L'existence d'un syndrome de sevrage lors de l'arrêt du traitement soulève le doute ou renforce l'idée d'une dépendance physique et d'une d'addiction aux antidépresseurs.

Cette notion de dépendance associée aux antidépresseurs est retrouvée dans plusieurs études explorant l'image qu'ont les patients des antidépresseurs (29), (27), (30).

La similitude des symptômes rencontrés dans les syndromes de sevrage des benzodiazépines et des antidépresseurs, a amené plusieurs auteurs à questionner la possibilité d'une addiction aux antidépresseurs (31), (32). Dans le DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (33), bien que la prise au long cours d'un antidépresseur et la survenue d'un syndrome de sevrage remplissent 2 des 11 critères diagnostiques d'un trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue), la définition rappelle que l'usage de la substance doit conduire à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, ce qui n'est pas le cas pour les antidépresseurs.

A l'heure actuelle, aucune étude n'a pu faire le lien entre antidépresseurs et addiction (31). Pour autant la notion d'addiction est toujours très controversée selon les auteurs (32).

Certains suggèrent alors de remplacer le terme de syndrome de sevrage, qui sous-entend une dépendance, par celui de syndrome de discontinuation (34). Cependant, le changement d'un terme par un autre ne suffit pas à faire disparaître la représentation sociale et la stigmatisation qui lui sont associées (35).

Les enquêtés évoquent également une dépendance psychologique à l'antidépresseur qui s'est installée par une habitude et une ritualisation de sa prise. D'autre part, la peur de la rechute est tellement grande que la prise de l'antidépresseur permet de catalyser et de contrecarrer cette peur. Il existe une forte croyance autour de l'effet protecteur de l'antidépresseur vis-à-vis d'une rechute tant que le traitement se poursuit, même si c'est bien au-delà des recommandations. Ainsi le fait de ne pas l'arrêter traduit une forme de dépendance psychologique.

Malpass et al. (25) et Knudsen et al. (36) abordent de la même manière cette notion de dépendance psychologique freinant l'arrêt, en rappelant le dilemme auquel font face les patients, entre la volonté d'arrêter le traitement et la peur de la rechute.

d. Un médicament délétère pour les fonctions cognitives

L'antidépresseur est rapporté comme pouvant être à l'origine d'une atteinte des fonctions supérieures. Il serait responsable d'une altération de la mémoire à force de trop en prendre ou bien entrainerait une perturbation de la mémoire le temps de la prise. Cela renvoie l'idée que l'antidépresseur entrainerait une sorte de saturation du cerveau et altérerait son fonctionnement de manière temporaire ou définitive.

La notion de peur autour d'une atteinte des fonctions cognitives est retrouvée dans d'autres études (37), (38).

Dans leur étude, Carvalho et al. (39) font une revue de la littérature au sujet des effets indésirables des nouveaux antidépresseurs (ISRS, IRSNa et apparentés) chez les utilisateurs à long terme. Leur usage peut être associé à des perturbations cognitives telles que l'inattention, les oublis, la difficulté à trouver ses mots et un ralentissement psychique, avec une variabilité individuelle et une rémission partielle ou complète des symptômes. En contrebalance, une amélioration du fonctionnement cognitif sous traitement est également décrite.

e. Un modificateur de la personnalité

L'antidépresseur pourrait contribuer à influencer sur la personnalité en changeant le comportement habituel (en l'occurrence plus calme) ou en entravant la prise d'initiative. En filigrane, les interrogés se questionnent plutôt sur un retour de la dépression ou sur un retour de leur état normal.

Cependant, il est vrai que certains antidépresseurs sont connus pour leur effet anxiolytique tels que la Paroxétine et la Sertraline (40).

Dans leur étude, Maund et al., retrouvent comme principal effet indésirable d'ordre psychiatrique, un « emotional numbing » ou « émoussement affectif » très désagréable pour les patients.

D. Rigde et al. (41) évoquent plutôt une crainte de modification du comportement en faisant référence à la controverse liée à la Fluoxétine (qui avait soulevé la question de conduites auto et hétéro-agressives induites par le traitement)

6. Le questionnement de la normalité

Nos patients définissent la normalité comme la capacité à remplir ses fonctions sociales (travail, famille essentiellement). Cette définition donnée de la normalité, qui considère qu'un individu normal est un individu fonctionnel et productif et qui répond finalement aux attentes de la société, est reprise par Garfield et al. (38) et Malpass et al. (25).

Enfin à noter qu'une des stratégies mises en place par les patients eux-mêmes afin de réduire le stigmate ressenti est la comparaison à pire que soit. Ce mécanisme de gestion du stigmate, ainsi que d'autres stratégies, sont théorisés par Garfield et al. (38).

Nos patients se considéreront normaux, à leurs yeux et aux yeux de la société, qu'une fois qu'ils se seront séparés de leur antidépresseur, ce qui motive grandement leur démarche de diminution. Cet aspect de normalité sans traitement est retrouvé dans les études de Verbeek-Heida et Mathot (29) et de Leydon et al. (42).

En effet, la prise du traitement antidépresseur marque un tournant dans l'image de soi. Elle concrétise le passage du statut de « sain » / « normal » à celui de « malade » / « différent » / « anormal » et toujours la crainte de la stigmatisation qui accompagne ces étiquettes.

Paradoxalement, la prise du traitement permet un retour à un fonctionnement normal mais induit un inconfort avec l'idée de prendre un antidépresseur à cause de ces stigmates. Ce vécu est retrouvé dans l'étude de Garfield et al. (38) et celle de Knudsen et al. (36).

L'antidépresseur permet de se sentir à nouveau bien, de vivre une vie ordinaire qualifiée de normale, mais pour autant questionne l'individu son rapport à la normalité : peut-on se considérer « normal » tandis que l'on est sous antidépresseur ?

Finalement ce questionnement autour de la normalité de la prise d'un antidépresseur reste entier chez nos patients alors même qu'ils sont déjà en train de diminuer leur traitement.

B. LE TABOU RETROUVE DANS LA COMMUNICATION AVEC L'ENTOURAGE ET LE RESEAU DE SOUTIEN SOCIAL PAUVRE ET NON SOUTENANT.

De l'analyse des verbatims se dégage la présence d'un tabou majeur autour de la dépression, du traitement antidépresseur et de sa déprescription.

Le tabou est « ce sur quoi on fait silence, par crainte, pudeur. » (43)

Ce tabou est présent dans la communication avec leur entourage proche. Les patients communiquent de manière minimaliste : ils détaillent peu leurs vécus et restent seulement informatifs sur le diagnostic, le traitement et la déprescription. Au sein même de leur couple, le tabou s'imisce et bloque la communication dans un cadre qu'on aurait pu penser plus propice à la confiance.

En effet les patients n'envisagent d'en parler qu'à des personnes « bien sélectionnées », c'est à dire des personnes capables de comprendre, alors identifiées comme non jugeantes. Par le passé certains ont pu subir des jugements négatifs, tandis que d'autres craignent ces paroles stigmatisantes. Ils préfèrent tous, par prudence, se taire.

Ce silence omniprésent s'explique donc essentiellement par la stigmatisation ressentie et anticipée.

Dans leur étude (41), Rigde et al., parlent de « selective disclosure » ou « divulgation sélective » pour décrire que la prise d'un antidépresseur n'est divulguée que de manière restreinte à un groupe d'individus appartenant souvent au cercle proche.

Nous allons voir que le tabou dans la communication avec l'entourage est en résonance avec la pauvreté du réseau de soutien social.

Dans notre étude, les patients interrogés sont très isolés d'un point de vue social. Leur réseau se limite souvent au cercle familial (enfants, petits-enfants, frères et sœurs) et à quelques connaissances vues occasionnellement.

Sûrement par réflexe de protection, ce réseau est exclu de leur communication intime. Cette mise à distance appauvrit d'autant plus la teneur et la solidité de leur réseau. Il ne constitue pas alors un réseau de soutien au sens de « personnes qui peuvent offrir un soutien émotionnel ou sur qui on peut compter en cas de nécessité » ou ayant la « qualité de relation aidante » (16).

Dans l'idée d'un cercle vicieux, le tabou autour de la dépression freine la constitution d'un réseau social vraiment soutenant, ce qui fragilise d'autant plus la personne dépressive.

Cette interaction entre communication, réseau social et dépression est développée en thérapie interpersonnelle.

1. La thérapie interpersonnelle

La thérapie interpersonnelle s'appuie sur la théorie de l'attachement (Bowlby), la théorie interpersonnelle contemporaine (Kiesler) et la théorie sociale (Hendersen) (44).

Bowlby décrit l'attachement comme un besoin primaire et inné de rentrer en relation avec autrui. Le type d'attachement se développe dès l'enfance en fonction des types de réponse de sa figure d'attachement en cas de détresse. L'enfant va développer un style d'attachement sécure ou insécure si ses besoins d'attachement sont satisfaits ou insatisfaits. Ce type d'attachement se retrouve dans ses relations interpersonnelles une fois adulte.

La théorie de la communication de Kiesler décrit que les besoins d'attachement sont communicables aux relations de confiance. En cas d'attachement insécure, la communication peut être non adaptée aux besoins de l'individu et aboutir à un rejet de sa demande d'aide.

Enfin la théorie sociale d'Henderson considère qu'un réseau de soutien insuffisant est un facteur de vulnérabilité dans le développement d'une souffrance psychologique.

C'est l'interaction entre la vulnérabilité individuelle et la qualité du réseau de soutien, qui va déterminer si un individu, confronté à un événement de vie négatif plus ou moins important, va ou non développer un épisode dépressif.

Ainsi la pauvreté du réseau de soutien et la faiblesse des relations interpersonnelles sont des facteurs de vulnérabilité. L'absence de relations interpersonnelles et la pauvreté du réseau de soutien amplifient ainsi l'impact des événements stressants sur l'apparition des dépressions (45).

C. LE ROLE DE L'ACCOMPAGNANT QUI GUIDE VERS LA PSYCHOTHERAPIE ET ETABLIT LE PROTOCOLE DE DEPRESCRIPTION.

1. La psychothérapie et la parole libératrice

Dans notre étude, l'accompagnant oriente les patients vers la psychothérapie ou la réalise lui-même.

Qu'elle soit sous la forme d'une psychothérapie bien identifiée ou sous la forme d'entretiens réguliers moins codifiés, la psychothérapie offre un espace de parole libre et sans jugement.

Cette parole, qualifiée alors de libératrice, va permettre de lever le tabou autour de leur maladie et permettre un cheminement vers une appropriation de celle-ci, une acceptation de "soi malade" et la conception d'un "nouveau soi".

Au lieu de subir la maladie, le patient va pouvoir l'intégrer à son histoire de vie.

C'est grâce à cette relation à l'autre, restaurée au sein de la psychothérapie, que le patient peut se libérer du poids de la maladie vis-à-vis de l'autre et se reconstruire une nouvelle identité, une nouvelle forme de normalité.

Enfin, la psychothérapie est recommandée par les patients eux-mêmes en première intention. Elle supplante le traitement antidépresseur.

2. Concept de la psychothérapie (46)

La psychothérapie est définie par Giusti comme « une rencontre entre deux ou plusieurs personnes, dans laquelle l'une se définit ou est définie comme ayant besoin d'aide et demande à être soignée ou à changer, alors que l'autre possède et est reconnue pour avoir des qualités

personnelles déterminées et un corps de connaissance théorique et technique, qu'elle utilise pour aider l'autre à produire un changement ».

La psychothérapie repose sur 3 éléments : (47)

- un objectif de soulager la souffrance, de trouver un bien être,
- une méthode qui s'appuie sur des moyens psychologiques,
- un cadre qui engage deux personnes dans une relation thérapeutique.

3. La psychothérapie de soutien

Il ne s'agit pas d'un simple soutien apporté mais bien d'une relation de soutien de par la régularité et la continuité du suivi, la présence d'une écoute compréhensive empathique, d'une absence de jugement et d'un engagement dans une relation interpersonnelle.

Pour certains auteurs, il ne s'agit pas d'une psychothérapie à proprement dit, qui sous-tend pour eux une formation spécifique en une thérapie structurée (48). Elle répond pourtant bien aux critères d'une psychothérapie dans « l'établissement d'une relation thérapeutique positive, la compréhension partagée de la problématique du patient et dans la promotion d'un changement comportementale, affectif ou émotionnel » (49).

Cette dévalorisation vient également du fait que les médecins généralistes l'appliquent fréquemment sans avoir conscience (50). Pour autant, les médecins généralistes effectuent au final une prise en charge psychologique adaptée et personnalisée des patients déprimés.

Le rapport « Itinéraire des déprimés » de 2001 (51), reprend que la psychothérapie de soutien, souvent réalisée par le médecin généraliste, est une composante fondamentale du traitement de la dépression.

Les recommandations formulées par la Haute Autorité de Santé en Octobre 2017 (10), rappellent qu'« avant toute prescription médicamenteuse, la consultation du médecin est l'acte thérapeutique initial. Il est recommandé d'effectuer un suivi rapproché du patient dès le début de la prise en charge ; la fréquence des consultations nécessaires est laissée à l'appréciation du clinicien. ».

Il est recommandé de ne pas prescrire un antidépresseur pour traiter les épisodes dépressifs caractérisés d'intensité légère. Pour ceux d'intensité modérée, une psychothérapie de soutien ou structurée doit être envisagée en priorité.

Enfin il est rappelé que le traitement médicamenteux ne se substitue pas à la psychothérapie.

4. L'approche centrée sur la personne (52)

Le développement d'une relation, la communication et l'approche centrée patient sont au centre des compétences génériques du médecin généraliste (53).

Inventeur de la thérapie centrée sur la personne, Rogers part du principe que chaque être humain possède en lui les ressources nécessaires pour se comprendre lui-même et ainsi modifier ses attitudes et son comportement de manière volontaire.

L'exploitation de ces ressources par la personne elle-même est facilitée par des attitudes psychologiques, à savoir :

- La congruence ou authenticité, c'est-à-dire la concordance entre les sentiments qui animent le thérapeute et ce qu'il exprime (verbalement ou dans ses attitudes) à son patient.
- Le regard positif inconditionnel, c'est-à-dire un regard sur autrui ouvert, tolérant, sans jugement et valorisant avec une confiance en la capacité d'autoréalisation de la personne.
- La compréhension empathique, c'est-à-dire la capacité à percevoir avec exactitude les sentiments qu'éprouve la personne, à pénétrer dans son univers afin de le comprendre.

Une phrase de Rogers résume bien cette approche : « L'approche centrée sur la personne s'appuie sur l'instinct d'accomplissement, ou tendance à l'actualisation, que possède tout organisme vivant et qui fait qu'il tend à croître, à se développer, à réaliser tout son potentiel. Elle fait confiance à l'élan vital qui conduit l'homme vers un développement plus complexe et plus complet. Elle se donne pour but de libérer cet élan vital. ».

D. LE PATIENT DEVIENT ACTEUR DE SES SOINS

Dans notre étude, nous avons constaté une évolution chronologique du statut du patient qui subissant initialement ses soins, fini par en devenir le principal acteur.

Cette transformation s'effectue à travers deux démarches actives : lors de la mobilisation de ses ressources internes et lors de la prise de décision d'initier la déprescription de son antidépresseur.

La mobilisation des ressources internes est rendue possible grâce à la prise de conscience de sa capacité à faire émerger ses propres solutions et grâce à la recherche d'alternatives ou de compléments au traitement. De cette manière, le traitement antidépresseur devient une aide temporaire et non une solution pérenne.

Le patient développe d'autres moyens pour « faire face » et finalement se détacher de l'antidépresseur. Les méthodes complémentaires ou alternatives au traitement identifiées par les patients (sport, méthodes de relaxation, hypnose, hygiène et mode de vie) viennent en renfort de la déprescription et sont envisagées en relais du traitement.

Secondairement, il se sent prêt à réaliser une décroissance et se positionne comme l'initiateur de celle-ci. Avec cet acte il concrétise et finalise son passage à l'étape de « patient acteur » en reprenant le dessus sur le médicament, dans l'objectif de l'arrêter.

Il jouit d'une certaine autonomie dans l'application du protocole ce qui lui permet de se sentir concrètement aux commandes de sa diminution. Cela s'exprime également dans la suite des soins dont il devient le « décideur ».

Ces deux démarches marquent donc un tournant vers une reprise de contrôle de la part des patients.

1. Les ressources internes : le coping ou stratégie d'adaptation ou d'ajustement

Dans leur étude, Maund et al. (54) rappellent que la mise en place de stratégies d'adaptation ou coping est identifiée comme l'un des facilitateurs de la déprescription.

Chabrol (55) définit ces stratégies comme des « stratégies d'adaptation mises en place par un individu pour maîtriser, réduire ou simplement tolérer une situation aversive ». Elles sont souvent utilisées face aux situations de stress.

Dans leur article, Nicchi et Le Scanff (56) reprennent une définition de Lazarus et Folkman, qui implique un processus dynamique : le faire face est « un ensemble d'efforts cognitifs et comportementaux en perpétuel changement pour gérer les demandes externes ou internes évaluées comme mettant à l'épreuve ou excédant les ressources personnelles ».

Les auteurs citent les travaux de Paulhan de 1994 qui classe les stratégies de coping en deux catégories :

- Celles centrées sur le problème où les efforts sont concentrés pour gérer ou diminuer le problème à l'origine du stress, par des actions préventives (anticipatoires) ou agressives (correctrices)
- Celles centrées sur l'émotion qui travaillent sur la régulation de la réponse émotionnelle en réaction à l'agent de stress. Elles permettent d'apaiser la personne sans intervenir directement sur sa relation à son environnement grâce à des techniques de relaxation ou un effort cognitif pour changer la signification du problème.

2. Le sport et l'hypnose

La pratique d'une activité physique de manière régulière et intense a un effet bénéfique prouvé sur la dépression et peut venir renforcer la prise d'antidépresseur (54).

Le traité d'hypnothérapie (55) mentionne que l'hypnose est indiquée dans les « troubles dépressifs et apparentés ». Cependant à l'heure actuelle, les études sont insuffisantes pour valider l'indication de l'hypnose dans la dépression (56).

E. LE VECU POSITIF DE LA DEPRESCRIPTION

Les patients évoquent initialement plusieurs freins à la déprescription. Grâce à la mise en place d'un protocole rassurant établi avec le médecin et son suivi régulier, ces freins sont levés et le vécu réel de la déprescription est rapporté comme très positif.

1. Les freins initiaux

Nous retrouvons dans notre étude les freins classiques de la déprescription présents dans la littérature (57), (54), (42), (29) à savoir : la peur d'une rechute, d'une dépendance, de la rupture d'un équilibre et de la survenue d'un syndrome de sevrage ainsi les expériences antérieures personnelles de rechute et de syndrome de sevrage.

Dans leur étude (29), Verbeek et Mathot précisent que la peur de la dépendance physique et de l'addiction peuvent justifier aussi bien la poursuite du traitement que motiver son arrêt.

Les expériences antérieures des proches sur l'arrêt d'un antidépresseur, qu'elles soient positives ou négatives, influencent peu la conduite de nos patients du fait d'une communication limitée. En revanche les paroles encourageantes ou au contraire décourageantes de l'entourage, ont un impact sur la perception que les patients ont de leur démarche.

Les expériences antérieures négatives des proches sur l'arrêt d'un antidépresseur sont identifiées comme pouvant freiner la volonté d'arrêt des patients par Maund et al. (54). L'opinion des proches est également perçue comme un soutien ou un frein dans la démarche de déprescription (57), (54).

2. Le protocole de déprescription

Dans notre étude, le protocole de déprescription, comparable à une « feuille de route », permet de poser un cadre et de rassurer les patients sur le déroulé du processus, la durée des paliers ainsi que la conduite à tenir en cas de complications.

Une fois rassurés, les patients évoluent de manière autonome dans ce cadre pré établi.

Il est décrit par les patients comme une décroissance progressive du traitement, l'arrêt brutal étant identifié comme fortement déconseillé. Elle permet d'une part de prévenir la survenue d'un syndrome de sevrage et d'autre part de préparer psychologiquement les patients à l'arrêt.

La durée des paliers et la durée totale de la décroissance sont adaptables, pour s'ajuster aux situations personnelles.

La notion d'essai et la possibilité de revenir à une dose antérieure est très importante pour les patients car elle désamorce la crainte et la pression d'un engagement irréversible, leur permet de se rendre compte si l'antidépresseur leur est toujours nécessaire, et enfin offre une solution en cas de difficultés rencontrées.

Les patients nous rapportent la présence bienveillante et rassurante d'un médecin référent qui est là pour guider les patients à chaque étape et qui organise le suivi.

A l'inverse du « piège », ou du « cercle vicieux » que les patients ont pu ressentir à l'initiation de l'antidépresseur, la déprescription est perçue comme une invitation à faire un simple « test » avec un protocole personnalisé qui offre des « issues de secours ».

Ferguson (58) nous rappelle que le programme de déprescription doit être dirigé activement par le médecin mais reste la propriété du patient.

L'établissement du protocole de décroissance et son explication sont l'un des socles majeurs du processus de déprescription, comme le soulignent justement Reeve et al. (57).

Bien que n'ayant pas démontré d'effet préventif réel sur l'apparition d'un syndrome de sevrage (59) (60) (61), la réalisation d'une décroissance progressive est recommandée par l'HAS (10) et l'AFSSAPS (9) et couramment pratiquée par les médecins (42).

De la même manière la contre-indication d'un arrêt brutal dans l'optique de prévenir un syndrome de sevrage est cité dans plusieurs études (62) (63) et recommandations (9), (10).

La notion d'essai et celle de ré-augmentation possible sont également abordées par Reeve et al. comme étant essentielles (57). Dans l'étude de Leydon, Rogers et Kendrick (42), une participante décrit un sentiment de sécurité après avoir appris qu'elle pouvait retourner à la dose initiale en cas de difficultés.

Ce protocole repose sur la présence bienveillante et rassurante d'un médecin référent qui est là pour guider les patients à chaque étape (54). L'étude de Verbeek-Heida et Mathot (29) rappelle qu'en l'absence de guidance suffisante, les patients choisissent poursuivre de leur traitement antidépresseur.

Reeve et al. (57) proposent l'intervention d'autres professionnels de santé (infirmiers et pharmaciens) en plus du soutien apporté par le médecin référent. Néanmoins nos patients ne considèrent pas le pharmacien comme un acteur de leur déprescription.

3. Un vécu réel positif

Dans notre étude, le contraste est saisissant entre les peurs exprimées au sujet de la déprescription et finalement le peu d'effets indésirables rapportés et le vécu ressenti décrit comme très positif.

Les patients évoquent de manière très enthousiastes leur diminution de traitement et rapportent l'aspect revalorisant que cette démarche a pour eux. En avançant dans la diminution, ils nous expliquent reprendre confiance en eux, ce qui a pour effet de les conforter dans cette démarche.

Finalement une fois passer le cap de se décider à diminuer, le vécu de la déprescription est positif et encourageant pour les patients, ce qui en fait naturellement la meilleure des promotions !

Dans la littérature, une étude de Reeve et al. (64) montre que les patients sont globalement d'accord pour démarrer une déprescription, avec plus de 90% se déclarant partants. Ce résultat est pondéré par d'autres études (65), (66) montrant que ceux qui acceptent sa mise en œuvre sont souvent moins nombreux et que la volonté d'arrêt dépend largement de la classe médicamenteuse déprescrite, notamment si elle est connue pour provoquer un syndrome de sevrage.

La thèse de M. Guilluy Crest « La déprescription : les patients sont-ils prêts » (67) rapporte que les patients ont peur à l'idée d'arrêter leur traitement par crainte des conséquences négatives possibles notamment la crainte d'une mise en danger ou d'une réapparition des symptômes. Pour autant la majorité des patients interrogés se disent prêts à envisager l'arrêt de leur traitement et en définissent les conditions d'acceptation. Une de ces conditions, majeure, est que la déprescription soit initiée et réalisée par leur médecin traitant.

F. LA FIGURE CENTRALE DU MEDECIN TRAITANT

Dans notre étude, le médecin traitant est désigné comme principale source d'aide et de soutien par les patients qui lui prêtent de nombreuses qualités.

Il est leur interlocuteur principal, celui à qui on peut « tout dire » sans tabou et en toute confiance, et celui qui possède une réelle écoute active et compréhensive.

La relation qui s'est créée avec lui est sur le mode de l'alliance thérapeutique, dans laquelle le médecin est un guide pour les patients et respecte leur autonomie de décision. De plus, les patients lui reconnaissent une qualité d'expertise médicale.

Il est le médecin de premiers recours, disponible et géographiquement proche.

Enfin il est souvent le médecin de famille, celui qui connaît le mieux le contexte de vie des patients et qui a une approche globale de la personne.

Tout cela fait du médecin traitant une personne très appréciée des patients avec qui ils ont tissé un lien très fort.

Toutes ces qualités citées par les patients font de lui la personne idéale pour les accompagner dans leur déprescription.

Plusieurs études reprennent le rôle central du médecin généraliste auprès des patients dans la déprescription (42), (57). Comme nous l'avons vu dans la thèse de M. Guilluy Crest (67), une des principales conditions exprimées par les patients pour accepter la déprescription est qu'elle soit initiée puis réalisée par leur médecin traitant.

CONCLUSION

Il ne faut pas hésiter à proposer la déprescription des antidépresseurs aux patients concernés.

Grâce à un accompagnement personnalisé et à un suivi régulier permettant de dépasser les peurs initiales, l'expérience de la déprescription est revalorisante pour eux et leur permet de gagner en confiance et en autonomie.

Les médecins généralistes notamment, figures de confiance, d'écoute et de soutien déjà connues des patients, sont idéalement placés pour accompagner les patients dans cette démarche de déprescription.

Durant ce processus, nous médecins, devons prendre conscience de deux phénomènes majeurs qui se déroulent du côté des patients. Premièrement, la peur de la stigmatisation rattachée à la dépression et à son traitement est au centre du quotidien des patients sous antidépresseur, même lorsque celui-ci est en cours de diminution. Deuxièmement, ils disposent souvent d'un réseau social pauvre avec lequel la communication autour de leurs troubles est tabou.

De ce fait, notre rôle est de parvenir à réduire la peur ressentie et anticipée de la stigmatisation et les aider à se reconstruire un réseau solide et soutenant.

Tout d'abord, il est important d'explorer leurs représentations de la maladie et leur rapport à la normalité, en adoptant toujours une attitude bienveillante et une écoute empathique et sans jugement, inspirée de l'approche centrée patient de Rogers (52).

Ainsi, de la même manière qu'il faut associer une psychothérapie à la prise d'un antidépresseur, une psychothérapie est nécessaire au moment de sa déprescription.

Nous pouvons ensuite identifier avec eux leurs proches « aidants », ceux avec qui une communication non jugeante peut être établie, et leur proposer que l'un d'eux soit présent au moment des consultations concernant la déprescription de l'antidépresseur.

Enfin, concrètement, il faut prendre le temps d'expliquer chaque point important du protocole de déprescription, qui sont autant de clefs de sécurité et de réassurance pour les patients.

Nous pouvons compléter ou renforcer l'explication orale du protocole par un support écrit, soit sur l'ordonnance délivrée en fin de consultation, soit sous la forme d'un document formalisé.

La réalisation d'un tel protocole de déprescription des antidépresseurs à remettre aux patients, sur le modèle de ceux déjà existants (68) pourrait faire l'objet d'une thèse à part entière.

BIBLIOGRAPHIE

1. Queneau P. La thérapeutique est aussi la science et l'art de «dé-prescrire». Presse Médicale. mai 2004;33(9-C1):583-5.
2. Moisan M, Tannenbaum C. La déprescription. MedActuel - Profession Santé [Internet]. mars 2017;21-4. Disponible sur: https://martinmoisan.com/s/martinmoisan/2017_03_professionsante_2_vf.pdf
3. Bain KT, Holmes HM, Beers MH, Maio V, Handler SM, Pauker SG. Discontinuing Medications: A Novel Approach for Revising the Prescribing Stage of the Medication-Use Process: Discontinuing medications. J Am Geriatr Soc. oct 2008;56(10):1946-52.
4. Le Couteur D, Banks E, Gnjjidic D, McLachlan A. Deprescribing. Australian prescriber. déc 2011;34(6).
5. Woodward MC. Deprescribing: Achieving Better Health Outcomes for Older People through Reducing Medications. J Pharm Pract Res. déc 2003;33(4):323-8.
6. Verdoux H, Tournier T. Pharmacopidémiologie. In: Les antidépresseurs. 2e éd. Paris: Lavoisier; 2012. (Corruble E. Médecine Sciences Publications).
7. Bellamy V, Roelandt J, Caria A. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. Paris: Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques; 2004 oct. (Inserm, Etudes et Résultats).
8. Verdoux H, Tournier M, Bégaud B. Pharmacoepidemiology of psychotropic drugs: examples of current research challenges on major public health issues. Epidemiol Psychiatr Soc. juin 2009;18(2):107-13.
9. AFSSAPS. Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. 2006 oct.
10. Haute Autorité de Santé (HAS). Episode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours. 2 Prise en charge thérapeutique et suivi. 2017 oct.
11. Lejoyeux M, Adès J, Mourad S, Solomon J, Dilsaver S. Antidepressant Withdrawal Syndrome. CNS Drugs. 1 avr 1996;5(4):278-92.
12. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 84:142-5.
13. Borgès Da Silva G. La recherche qualitative: un autre principe de communication. Revue Médicale de l'Assurance Maladie. juin 2001;32(2):117-21.
14. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. 2ème édition. Armand Colin; 125 p. (Tout le savoir).
15. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative - Analyser sans compter ni classer. 2e éd. De Boeck Sup; 2019. 160 p.

16. Caron J, Guay S. Soutien social et santé mentale : concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. *Santé Ment Au Qué.* 2005;30(2):15.
17. Dijkstra A, Jaspers M, van Zwieten M. Psychiatric and psychological factors in patient decision making concerning antidepressant use. *J Consult Clin Psychol.* 2008;76(1):149-57.
18. Giordana J-Y. Qu'est ce que la stigmatisation? In: *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale.* 1re éd. Paris: Elsevier Masson; 2010.
19. Shahrokh N, Hales R, Phillips K, Yudofsky S. *Dictionnaire de psychiatrie.* Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2014. 344 p.
20. Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M, for the INDIGO Study Group. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet Lond Engl.* 31 janv 2009;373(9661):408-15.
21. Bonsack C, Morandi S, Favrod J, Conus P. Le stigmate de la «folie» : de la fatalité au rétablissement. *Rev Médicale Suisse.* 2013;5.
22. Giordana J-Y. Perceptions sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. In: *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale.* 1re éd. Paris: Elsevier Masson; 2010.
23. Comas A, Alvarez E. Knowledge and perception about depression in the Spanish population. *Actas Esp Psiquiatr.* déc 2004;32(6):371-6.
24. Interian A, Martinez IE, Guarnaccia PJ, Vega WA, Escobar JI. A Qualitative Analysis of the Perception of Stigma Among Latinos Receiving Antidepressants. *Psychiatr Serv.* 1 déc 2007;58(12):1591-4.
25. Malpass A, Shaw A, Sharp D, Walter F, Feder G, Ridd M, et al. "Medication career" or "Moral career"? The two sides of managing antidepressants: A meta-ethnography of patients' experience of antidepressants. *Soc Sci Med.* janv 2009;68(1):154-68.
26. INECOM: International Network for Cultural Epidemiology and Community Mental Health. Montreal WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health; 1993. 34 p.
27. Castaldelli-Maia JM, Scomparini LB, Andrade AG de, Bhugra D, de Toledo Ferraz Alves TC, D'Elia G. Perceptions of and Attitudes Toward Antidepressants: Stigma Attached to Their Use-A Review. *J Nerv Ment Dis.* nov 2011;199(11):866-71.
28. Hoencamp E, Stevens A, Haffmans J. Patients' attitudes toward antidepressants. *Psychiatr Serv.* 2002;53(9):1180-1.
29. Verbeek-Heida PM, Mathot EF. Better safe than sorry--why patients prefer to stop using selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) antidepressants but are afraid to do so: results of a qualitative study. *Chronic Illn.* juin 2006;2(2):133-42.

30. Gibson K, Cartwright C, Read J. Patient-Centered Perspectives on Antidepressant Use: A Narrative Review. *Int J Ment Health*. avr 2014;43(1):81-99.
31. Haddad P. Do antidepressants have any potential to cause addiction? *J Psychopharmacol*. 1999;13(3):300-7.
32. Read J, Cartwright C, Gibson K. How many of 1829 antidepressant users report withdrawal effects or addiction? *Int J Ment Health Nurs*. déc 2018;27(6):1805-15.
33. Association AP, Crocq M-A, Guelfi J-D, Boyer P, Pull C-B, Pull M-C. *DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 5e édition. Elsevier Masson; 2015. 1176 p.
34. Pitchot W, Scantamburlo G, Pinto E, Ansseau M. syndrome de discontinuation associé aux antidépresseurs. *Rev Med Liege*. 2007;62(10):624-7.
35. Benoist J. Logiques de la stigmatisation, éthique de la destigmatisation. *Inf Psychiatr*. 2007;83(8):649.
36. Knudsen P, Hansen EH, Traulsen JM, Eskildsen K. Changes in Self-Concept While Using SSRI Antidepressants. *Qual Health Res*. sept 2002;12(7):932-44.
37. Kessing LV, Hansen HV, Demyttenaere K, Bech P. Depressive and bipolar disorders: patients' attitudes and beliefs towards depression and antidepressants. *Psychol Med*. août 2005;35(8):1205-13.
38. Garfield S, Smith F, Francis S-A. The paradoxical role of antidepressant medication - returning to normal functioning while losing the sense of being normal. *J Ment Health*. janv 2003;12(5):521-35.
39. Carvalho AF, Sharma MS, Brunoni AR, Vieta E, Fava GA. The Safety, Tolerability and Risks Associated with the Use of Newer Generation Antidepressant Drugs: A Critical Review of the Literature. *Psychother Psychosom*. 2016;85(5):270-88.
40. Yadak J, Pelissolo A. Antidépresseurs et traitement des troubles anxieux. In: *Les antidépresseurs*. 2e éd. Paris: Lavoisier; 2012. (Corruble E. Médecine Sciences Publications).
41. Ridge D, Kokanovic R, Broom A, Kirkpatrick S, Anderson C, Tanner C. "My dirty little habit": Patient constructions of antidepressant use and the 'crisis' of legitimacy. *Soc Sci Med*. déc 2015;146:53-61.
42. Leydon GM, Rodgers L, Kendrick T. A qualitative study of patient views on discontinuing long-term selective serotonin reuptake inhibitors. *Fam Pract*. déc 2007;24(6):570-5.
43. Collectif. *Dictionnaire Le Petit Robert de la langue française 2019*. Edition 2019. Paris: Le Robert; 2018. 2880 p.
44. Rahioui H. *La thérapie interpersonnelle*. Paris: Presses Universitaires de France; 2016. 288 p.

45. Hardy P, Gorwood P, Dupont C. Evènements de la vie. In: Les Maladies dépressives. 2e éd. Paris: Flammarion Médecine; 2003. (Collection Psychiatrie).
46. Chambon O, Marie-Cardine M. Les bases de la psychothérapie - 3e éd.: Approche intégrative et éclectique. Dunod; 2014. 384 p.
47. Venisse J-L. Introduction. In: Les psychothérapies : approche plurielle. Paris: Elsevier Masson; 2009.
48. Schmitt L. Du soutien à la psychothérapie de soutien. In: Psychothérapie de soutien: POD. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2012.
49. Lejoyeux M. Les psychothérapies en médecine générale. La Revue du Praticien. sept 2006;20(742-743):941-50.
50. Warwick B. Prise en charge psychologique d'un patient déprimé en médecine générale. Etude d'observation des pratiques dans les Yvelines. [Paris]; 2009.
51. Parquet P, Chevallier L, Cuche H. Itinéraire des déprimés, réflexions sur leurs trajectoires en France: Rapport d'experts et documents de synthèse. ENSP; 2001 Fev p. 49.
52. Rogers CR. L'approche centrée sur la personne. Genève; Le Touvet: Ambre Editions; 2013. 544 p.
53. CNGE. Présentation du D.E.S [Internet]. 2012 [cité 20 oct 2019]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/
54. Maund E, Dewar-Haggart R, Williams S, Bowers H, Geraghty AWA, Leydon G, et al. Barriers and facilitators to discontinuing antidepressant use: A systematic review and thematic synthesis. J Affect Disord. févr 2019;245:38-62.
55. Callahan S, Chabrol H. Mécanismes de défense et coping. 2e édition revue et augmentée. Paris: Dunod; 2013. 320 p.
56. Nicchi S, Le Scanff C. Les stratégies de faire face. Bulletin de Psychologie. janv 2005;(475):97-100.
57. Reeve E, To J, Hendrix I, Shakib S, Roberts MS, Wiese MD. Patient Barriers to and Enablers of Deprescribing: a Systematic Review. Drugs Aging. oct 2013;30(10):793-807.
58. Ferguson B. Benzodiazepines: guide to withdrawing in general practice. Prescriber. 2012;23(7):35-9.
59. Christiaens T, De Loof G, Maloteaux JM. Folia Pharmaceutica Manuel pour l'arrêt progressif des antidépresseurs [Internet]. CBIP. 2019 [cité 20 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.cbip.be/fr/folias>
60. Fava GA, Benasi G, Lucente M, Offidani E, Cosci F, Guidi J. Withdrawal Symptoms after Serotonin-Noradrenaline Reuptake Inhibitor Discontinuation: Systematic Review. Psychotherapy and Psychosomatics. 2018;87(4):195-203.

61. Fava GA, Gatti A, Belaise C, Guidi J, Offidani E. Withdrawal Symptoms after Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Discontinuation: A Systematic Review. *Psychother Psychosom.* 2015;84(2):72-81.
62. Renoir T. Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Antidepressant Treatment Discontinuation Syndrome: A Review of the Clinical Evidence and the Possible Mechanisms Involved. *Front Pharmacol.* 2013;4.
63. van Geffen ECG, Hugtenburg JG, Heerdink ER, van Hulten RP, Egberts ACG. Discontinuation symptoms in users of selective serotonin reuptake inhibitors in clinical practice: tapering versus abrupt discontinuation. *Eur J Clin Pharmacol.* juin 2005;61(4):303-7.
64. Reeve E, Wiese MD, Hendrix I, Roberts MS, Shakib S. People's attitudes, beliefs, and experiences regarding polypharmacy and willingness to Deprescribe. *J Am Geriatr Soc.* sept 2013;61(9):1508-14.
65. Williams ME, Pulliam CC, Hunter R, Johnson TM, Owens JE, Kincaid J, et al. The short-term effect of interdisciplinary medication review on function and cost in ambulatory elderly people. *J Am Geriatr Soc.* janv 2004;52(1):93-8.
66. Garfinkel D, Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: addressing polypharmacy. *Arch Intern Med.* 11 oct 2010;170(18):1648-54.
67. Crest MG. La déprescription: les patients sont-ils prêts? Analyse du vécu et du ressenti des patients à qui le médecin généraliste propose une déprescription [Thèse de Médecine]. Paris V;
68. Institut de recherche Bruyère, Centre de recherche, Institut universitaire de gériatrie de Montréal. Dépliants d'information sur la déprescription [Internet]. *Deprescribing.org.* [cité 20 oct 2019]. Disponible sur: <https://deprescribing.org/fr/ressources-pour-les-patients-et-les-prestataires-de-soins-de-sante/depliants-dinformation-sur-la-deprescription/>

ANNEXES

I. ANNEXE 1 : LETTRE D'INVITATION

Madame, Monsieur,

Pour ma thèse de fin d'études, j'ai choisi d'explorer la dé-prescription des traitements antidépresseurs.

Je m'intéresse tout particulièrement au ressenti et au vécu des personnes dont le traitement antidépresseur est en cours de diminution, voire d'arrêt.

Pour cela, je réalise avec vous un entretien au cabinet ou à votre domicile, selon votre convenance.

Vos témoignages me seront précieux.

Si vous êtes intéressé(e) et souhaitez participer à ce travail de recherche, je vous contacterai par mail ou par téléphone selon votre préférence.

Je vous remercie d'avance pour votre participation.

Audrey GAVDAN

audrey.gavdan@etu.univ-nantes.fr

Nom Prénom :

Téléphone :

Mail :

II. ANNEXE 2 : AFFICHE COMPLEMENTAIRE

Madame, Monsieur

Ancienne interne du Docteur, ma thèse porte sur le sevrage en antidépresseurs.

Vous êtes concerné(e) ?

Votre vécu me sera précieux.

Le Docteur vous donnera mes coordonnées.

Avec tous mes remerciements,

Audrey Gavdan

III. ANNEXE 3 : FICHE EXPLICATIVE

1- Enregistrement audiophonique

Je dispose de 2 dictaphones afin d'enregistrer l'entretien et de le retranscrire par la suite.

Si vous souhaitez disposer d'un exemplaire de l'entretien, je vous ferai parvenir une copie sur demande à l'adresse mail : audrey.gavdan@etu.univ-nantes.fr

A la fin de ma thèse, ces enregistrements seront détruits.

2- Confidentialité

Notre entretien reste confidentiel et anonyme.

Votre médecin traitant n'aura pas accès au contenu de notre entretien.

IV. ANNEXE 4 : FICHE INFORMATION

- *Age :*
- *Sexe :*
- *Lieu d'habitation :*
- *Statut marital/situation familiale :*
- *Niveau d'études :*
- *Profession :*
- *Traitement antidépresseur :*
- *Date initiation du traitement :*
- *Date initiation décroissance :*

V. ANNEXE 5 : GUIDE D'ENTRETIEN

1^{ère} question : Comment vivez- vous la diminution de votre ttt antidépresseur ?

<u>Traitement antidépresseur</u> Depuis quand prenez-vous votre ttt antidépresseur ? Est-ce la première fois que vous preniez un ttt antidépresseur ? Si oui, dans quel contexte a –t –il été démarré ? Si non, pouvez-vous me parler des fois précédentes ? <u>Dé-prescription</u> Qui a été à l'initiative de la dé-prescription ? Si médecin, à votre avis qu'est ce qui a fait qu'il vous l'a proposé ? Si patient, qu'est-ce qu'en a pensé votre médecin ? Aviez-vous déjà entendu parler de dé-prescription ? A l'initiation du ttt ? Aviez-vous déjà diminué ou arrêté un traitement ? <u>Syndrome de sevrage</u> Qu'avez-vous ressenti au début de la diminution de votre ttt ? Et par la suite ? Pendant combien de temps ? A votre avis qu'est ce qui cause ces symptômes ? Comment cela a-t-il évolué / comment pensez-vous que cela va-t-il évoluer ? Possibilité de revenir dose antérieure ? <u>Médecin</u> Depuis combien de temps connaissez-vous votre médecin traitant ? Comment définiriez-vous votre relation avec votre médecin ? <u>Pharmacien</u> Comment se passe la délivrance de votre ttt à la pharmacie ? Avez-vous discuté de la diminution de votre ttt avec votre pharmacien ? Comment cela s'est-il passé ?	<u>Entourage</u> Connaissez-vous quelqu'un qui a diminué son ttt antidépresseur ? Si oui, comment cela s'est-il passé ? Avez-vous parler de votre démarche à quelqu'un de votre entourage ? Comment cela s'est-il passé ? Qu'en ont-ils dit ? <u>Domicile familial</u> Qui vit avec vous ? Comment se passe le quotidien à la maison ? Que faites-vous ? <u>Profession/formation</u> <i>Que faites-vous ? Quelles formations/études avez-vous réalisées ? Quel a été votre parcours professionnel ?</i> <u>Peurs/freins</u> Est-ce que vous aviez des appréhensions au début ? Comment vous sentez vous à l'heure actuelle ? <u>Motivations</u> Qu'est-ce qui vous a motivé à diminuer ? Au début ? A l'heure actuelle ? <u>Image de soi</u> Que pensez-vous de votre démarche ? <u>Activités/loisirs/hobbys</u> Est-ce que vous avez/ Quels sont vos hobbys ?
---	--

VI. ANNEXE 6 : GUIDE D'ENTRETIEN

1^{ère} question : Comment vivez- vous la diminution de votre ttt antidépresseur ?

<u>Traitement antidépresseur</u> Depuis quand prenez-vous votre ttt antidépresseur ? Est-ce la première fois que vous preniez un ttt antidépresseur ? Si oui, dans quel contexte a –t –il été démarré ? Si non, pouvez-vous me parler des fois précédentes ? <u>Dé-prescription</u> Pour vous c'est quoi la déprescription ? Qui a été à l'initiative de la dé-prescription ? Si médecin, à votre avis qu'est ce qui a fait qu'il vous l'a proposé ? Si patient, qu'est-ce qu'en a pensé votre médecin ? Quand la dé-prescription/diminution/arrêt a –t- elle été débutée ? Comment cela s'est passé pour vous ? Est-ce qu'il y a eu une période précise pour diminuer/arrêter ? Aviez-vous déjà entendu parler de dé-prescription ? A l'initiation du ttt ? Aviez-vous déjà diminué ou arrêté un traitement ? <u>Syndrome de sevrage</u> Qu'avez-vous ressenti au début de la diminution de votre ttt ? Et par la suite ? Pendant combien de temps ? A votre avis qu'est ce qui cause ces symptômes ? Comment cela a-t-il évolué / comment pensez-vous que cela va-t-il évoluer ? Possibilité de revenir dose antérieure ? <u>Médecin et autres spécialistes</u> Depuis combien de temps connaissez-vous votre médecin traitant ? Comment définiriez-vous votre relation avec votre médecin ?	<u>Entourage</u> Connaissez-vous quelqu'un qui a diminué son ttt antidépresseur ? Si oui, comment cela s'est-il passé ? Avez-vous parler de votre démarche à quelqu'un de votre entourage ? Comment cela s'est-il passé ? Qu'en ont-ils dit ? <u>Peurs/freins</u> Est-ce que vous aviez des appréhensions ? début ? Comment vous sentez vous à l'heure actuelle ? <u>Motivations</u> Qu'est-ce qui vous a motivé à diminuer ? Au début ? A l'heure actuelle ? <u>Image de soi</u> Que pensez-vous de votre démarche ? <u>Domicile familial</u> Qui vit avec vous ? Comment se passe le quotidien à la maison ? Que faites-vous ? <u>Activités/loisirs/hobbits</u> Est-ce que vous avez/ Quels sont vos hobbits ? Qu'est-ce qui vous aide dans votre diminution de traitement ? <u>Pharmacien</u> Comment se passe la délivrance de votre ttt à la pharmacie ? Aviez-vous discuté de la diminution de votre ttt avec votre pharmacien ? Comment cela s'est-il passé ? <u>(Profession/formation)</u> Cf questionnaire
--	--

VII. ANNEXE 7 : FICHE SYNTHETIQUE

ANTIDEPRESSEUR Depuis quand ? Antécédents d'épisode dépressif ? DEPRESCRIPTION Qui ? Quand ? Comment ? Antécédents de déprescription ? Lors de la prescription ? Période favorable ? Appréhensions ? Motivations ? SYNDROME DE SEVRAGE Ressenti à la diminution ? Combien de temps ? Cause ? Evolution ? Possibilité retour dose antérieure ? MEDECIN et AUTRES SPECIALISTES Relation ? Manières, comment, particularités ENTOURAGE En avez-vous parlé ? Qu'en ont-ils pensé ? Antécédents de déprescription ? IMAGE DE SOI Que pensez-vous de votre démarche ? AIDES/ALTERNATIVES Aide lors déprescription ? PHARMACIE Délivrance traitement ? En avez-vous parlé avec votre pharmacien ?	FAIRE DES PAUSES Vous pouvez m'en dire plus ? Vous pouvez préciser ? C'est-à-dire ? Si interprétation ou reformulation : Dites-moi si je me trompe ECRIRE LES MOTS CLEFS
---	---

VIII. ANNEXE 8 : TABLEAU DES UNITES MINIMALES DE SIGNIFICATION DES ENTRETIENS

1 LES REPRESENTATIONS TRAVERSEES PAR LA PEUR DE LA STIGMATISATION

- 1.1 REPRESENTATIONS DE LA DEPRESSION OU DES TROUBLES ANXIEUX
- 1.2 REPRESENTATIONS DU TRAITEMENT ANTIDEPRESSEUR
- 1.3 REPRESENTATIONS DE LA NORMALITE
- 1.4 REPRESENTATIONS DE LA DEPRESCRIPTION

2 LA COMMUNICATION AVEC L'ENTOURAGE : UN TABOU

3 LE RESEAU DE SOUTIEN SOCIAL

4 LE PATIENT DEVIENT ACTEUR DE SES SOINS

- 4.1 MOBILISATION DES RESSOURCES INTERNES
- 4.2 LE TRAITEMENT ANTIDEPRESSEUR COMME SOUTIEN
- 4.3 LES EXPERIENCES ANTERIEURES DE DEPRESCRIPTION
- 4.4 LE CHANGEMENT DE STATUT : DE PASSIF A ACTIF
- 4.5 LES CONDITIONS PREALABLES A LA DEPRESCRIPTION
- 4.6 LES MOTIVATIONS

5 L'ACCOMPAGNANT

5.1 LES MODALITES DE DEPRESCRIPTION

5.1.1 Les contre-indications de la déprescription

5.1.2 Le protocole de déprescription : un cadre rassurant

5.2 LA PSYCHOTHERAPIE OU PAROLE LIBERATRICE

6 LE VECU POSITIF DE LA DEPRESCRIPTION

7 LA FIGURE CENTRALE DU MEDECIN TRAITANT

NE : non évoqué

1 LES REPRESENTATIONS TRAVERSEES PAR LA PEUR DE LA STIGMATISATION

1.1 REPRESENTATIONS DE LA DEPRESSION OU DES TROUBLES ANXIEUX

	E1	E2
Un mal être	"à me descendre dans le trou" , "bourdon" , "maladie"	"je me sentais pas bien dans ma peau", "ça m'avait vraiment foutu un coup", "ce pétrin-là!"
Le fait de "penser"	NE	"on est pas là à se morfondre à la maison", "on pense pas à nos petits soucis [...] qu'on se les monte un peu en épingle." "On a pas le temps! De penser!"
Tabou / secret	NE	NE
Affection répandue	NE	"mari", "fille ", "dans la famille ça fait 3 qui en ont pris quand même hein!", "on en mettait beaucoup [des antidépresseurs] "
Exclusion	NE	NE
Idée de faiblesse ou de faute	NE	"On s'en sort pas! Pour s'en sortir faut [...] être costaud mentalement."
Caractère périodique ou récurrent	NE	NE
La sévérité de l'épisode dépressif	NE	"très très grosse dépression", [différent] "les autres"
Les causes évoquées		
Intrinsèques	NE	"ma première dépression c'était moi! [...] qui en étais en cause" , "je pense que c'était plus dans ma tête [...] que j'arrivais pas à passer trop là-dessus"
Extrinsèques	"mon époux est décédé", "un compagnon pendant 8 ans, et il est mort presque subitement.", "Mon fils ben il a eu son accident de moto", "ma fille elle est morte il y a 3 ans du cancer!"	"suite au décès de ma maman", " des choses familiales", "mon gars qui est schizophrène [...] mon mari qui a eu un grave accident de travail", "ça venait d'une personne en dehors de moi"
Ressources dépassées	NE	"quand quelque chose de trop grave vous arrive", "On s'en sort pas! Pour s'en sortir faut être costaud mentalement."
Caractère héréditaire	NE	NE
Saison hivernale	NE	"l'hiver le temps est triste", "ça joue sur le moral!", "les gens sont plus taciturnes l'hiver"

	E3	E4
Un mal être	"intérieurement, un gros choc psychologique", "un gros mou ", "un gros coup sur la tête", "je suis pas bien dans ma tête" "coups durs" 3 fois , "moral à zéro", "je plongeais dans...dans le gros trou noir ", "le trou noir", "c'était pas dans ma nature quoi!", "ça ne va plus du tout quoi!"	"coup de calgon" , "le corps à dit "Stop"", "je me considérais comme perdu ", "je me suis laissé complètement couler"
Le fait de "penser"	"on a toujours des maux, des idées noires, c'est, c'est le cerveau quoi! Qui travaille tout le temps quoi! ", "c'est vraiment une boucle", "un cerveau tout le temps en activité" , "quand on va pas bien, on pense en fait!"	NE
Tabou / secret	NE	secret " je parle très peu de ce qui a pu m'arriver et comment je l'ai géré en fait"
Affection répandue	NE	"il y a des barrières...qui tombent [...] "Oui moi aussi!"" , "je suis peut-être pas le seul"
Exclusion	NE	NE
Idée de faiblesse ou de faute	"Quand on est malade, il y a une certaine volonté qu'on a quand même en soit même.", "T'en as tout de suite qui ont le moral à zéro, et puis d'autres [...]je parle de moi-même [...]je pense pas toujours à ça quoi!"	NE
Caractère périodique ou récurrent	NE	NE
La sévérité de l'épisode dépressif	"j'appelle pas ça une grosse dépression", "Par rapport à mars 2003 je suis pas au même stade", " le cancer [...] j'étais moins atteinte" , "c'est plus facile de s'en sortir quand on a une cause ! "	NE
Les causes évoquées		
Intrinsèques	"Je suis fragile moi!"	"les fêlures elles étaient là" , "des fêlures accumulées de, de...de toute ma jeunesse, adolescence et ma jeune vie d'adulte" , " les fantômes [...] qui peuvent vous angoisser ou vous empêcher d'aller de l'avant"
Extrinsèques	"j'ai toujours eu que des causes!" "quand il y a le décès d'une personne" , "le cancer"	" des événements de ma vie qui ont induit..." , "il y a des raisons", "des problèmes de santé, " des éléments déclencheurs"
Ressources dépassées	NE	"des fêlures accumulées [...] on ne peut plus les gérer " , "problèmes de santé", "3 mois enfermé à la maison", "plus la paternité[...] difficile à accepter", "mon état psychologique ne me le permettait pas d'avancer"
Caractère héréditaire	NE	NE
Saison hivernale	NE	"Les dépressions ont en a quand même beaucoup plus à une certaine période de l'année et puis pas à d'autres."

	E5	E6
Un mal être	NE	"j'allais pas bien", "je me sentais mal", "j'étais vraiment pas bien", "j'ai plongé carrément!", "mon fils surtout qui me tenait la tête hors de l'eau", "des fois je coulais un peu..."
Le fait de "penser"	"c'est plus dans la tête qu'autre chose quoi.", "j'arrête pas de me projeter en fait dans l'avenir et euh...forcément, ça m'angoisse ! "	"il colorait ma vie ce gars-là! [...] J'avais pas le temps de penser trop!"
Tabou / secret	"c'est le genre de situation où on a pas envie d'être vu", "j'en parle très peu", "ça ne regarde que moi, ça ne regarde pas les autres ", "Ecoute franchement garde ça pour toi! Si ce n'est que subir l'incompréhension des gens, ça va pas t'arranger plus que ça d'en parler!", "Evite de trop parler de ce genre de choses parce tu pourras être amené du coup à être en face de quelqu'un qui...qui ne comprends pas!"	NE
Affection répandue	"Ah non c'est une crise d'angoisse...ça peut arriver à tout le monde..."	NE
Exclusion	"c'est pas forcément le genre de gens qu'on aime aller voir!"	"Les gens dépressifs embêtent le monde alors on les laisse un peu de côté."
Idee de faiblesse ou de faute	NE	"je comprends pas trop. Parce qu'il avait une belle vie, un travail intéressant [...] une femme qui l'adorait ", "elle s'est mise à déprimer [...] c'est surtout elle qui s'est mise dans cette position"
Caractère périodique ou récurrent	NE	"d'après le psychiatre j'ai des périodes!", "j'ai des périodes comme ça où je déprime"
La sévérité de l'épisode dépressif	NE	" là, je ne suis pas dans la même situation"
Les causes évoquées		
Intrinsèques	"ça a toujours été", "depuis que je suis gamin", "je suis d'un naturel stressé", " un anxieux de nature ", "c'est plus dans la tête qu'autre chose", "j'arrête pas de me projeter en fait dans l'avenir et... forcément ça m'angoisse!"	"ça vient de mon enfance", "il y a un manque...des parents là hein!", "il y a eu vraiment un manque [...] pendant plusieurs années", " il aurait quand même manqué...quelque chose [...] pour être heureuse dans ma vie, épanouie...puisqu'on a manqué [...] d'amour! De présence! D'aide!"
Extrinsèques	"c'était lié à mon travail", " période un peu stressante", "je stresse aussi plus facilement pour les autres", "C'est ma vie de famille, ma vie de couple", "la situation de ma femme qui me stresse considérablement"	" esseulée", "seule ", "difficultés à me faire des amis", "j'ai peu d'amis [...] de connaissances.", " le décès de mon mari ", " j'avais laissé mon ancien ami."
Ressources dépassées	NE	"il y a eu beaucoup de choses compliquées là", " l'appartement il était nul! [...] je perdais mon travail!", "je perdais tout! Avec 2 enfants c'était compliqué après."
Caractère héréditaire	"mon père était hyper anxieux aussi donc c'est de famille quoi!"	"ça se transmet de mère en fille ", "de toute façon ma mère était dépressive!", " [mon frère] est décédé de problèmes psychologiques!", "l'autre [...] il s'est entaillé les veines!", "ma sœur qui a fait une dépression"
Saison hivernale	NE	NE

	E7	E8
Un mal être	NE	"ne plus être sûr de soi [...] de craquer! De...de pleurer !", "un état où je ne suis plus...où je n'arrive pas à me dominer"
Le fait de "penser"	NE	NE
Tabou / secret	"garde en moi", "ne montre pas", "la dépression c'est de moins en moins un tabou", "il y a quelques années [...] on n'en parlait pas. Tandis que là maintenant on parle plus facilement de...de ça!"	"ma femme parler d'un dépressif c'est quelque chose qu'elle ne veut pas entendre parler", "elle ne veut surtout pas entendre qu'elle a fait une dépression", "ils ont du mal à entendre parler qu'on puisse être mal, pas bien", "ils ont du mal à comprendre le burnout de ma femme"
Affection répandue	"ça touche tout le monde.", "peut-être qu'il y a plus de gens qui sont dépressifs aussi...", "personne n'est à l'abri!" , "demain on peut être bien et puis hop ça prend"	"ma mère, j'ai mon oncle [...] mon grand-père." , "du côté familial maternel...C'est très répandu les dépressions, tout ça..."
Exclusion	NE	NE
Idée de faiblesse ou de faute	NE	"j'ai quand même une famille de dépressifs notoires [...] qui se contemplent là-dedans" , "d'être toujours dans la dépression, de prendre des médicaments tout le temps!", , "ils ont du mal à entendre parler qu'on puisse être mal", "faut être fort, faut être machin...faut aller jusqu'au bout, faut accepter", "quelque chose de dépressif c'est [...] quelqu'un qui faut qu'on s'occupe."
Caractère périodique ou récurrent	NE	NE
La sévérité de l'épisode dépressif	NE	"j'ai attendu d'être gravement atteint avant d'accepter de pouvoir en prendre" , "à un moment donné il fallait quand même que je fasse quelque chose [...] je suis reparti sur les médicaments."
Les causes évoquées		
Intrinsèques	"c'est moi intérieurement qui me crée je sais pas quoi! Qui me crée des angoisses..."	"mes problèmes personnels avec ma famille et mon enfance!", "il y a un vecteur [...] à retourner dans un état peut être comme j'étais avant quoi"
Extrinsèques	"de plus en plus de gens qui se sentent mal dans leur peaux par rapport au travail", "la vie est différente aussi...courir à droite, à gauche, toujours speeder"	"ça vient plutôt du travail" , "tension nerveuse qu'il y a autour du travail", "comme ma femme est tombé en burout", "quand les conditions se sont remises à peu près dans les mêmes choses"
Ressources dépassées	NE	"il y a tellement de difficultés [...] au travail [...] la situation un peu familiale...le sport de...la gestion de l'équipe", "ça fait beaucoup", "c'est tout ça qui m'a mis dans cet état-là!", "tout est tombé en même temps." , "mis au chômage le jour où il naissait presque !", "elle a eu l'enfant mais en même temps elle a eu sa mutation", "me dire "on cherche un remplaçant pour toi. Toi tu vas redevenir simple technicien ""
Caractère héréditaire	NE	"famille de dépressifs notoires", "ma mère, mon oncle [...] mon grand-père. Donc du côté familial maternel.."
Saison hivernale	NE	NE

	E9	E10
Un mal être	"j'étais vraiment mal", "je fais des grosses crises d'angoisses", "C'était horrible!", "ça a été dur quand même!"	"ça veut dire que notre corps va pas bien ! "
Le fait de "penser"	"tout le temps active! Donc voilà... J'ai pas le temps d'y penser ! ", "Je n'ai pas le temps du tout d'y penser justement"	NE
Tabou / secret	"Je ne pose pas de questions moi [...] je m'occupe de moi, je fais mon petit truc et puis voilà..."	"c'est des choses faut pas le dire...il y a des gens qui ne comprennent pas la dépression donc..."
Affection répandue	"Oh oui il y en a pas mal hein!", "Il y en a beaucoup hein. "	NE
Exclusion	NE	NE
Idée de faiblesse ou de faute	NE	"c'est dans ta tête, t'as qu'à te secouer !"
Caractère périodique ou récurrent	"En fait c'est par périodes.", "avec des arrêts, des coupures", "il y a des passages comme il y a 5 ans, j'ai perdu mon papa "	NE
La sévérité de l'épisode dépressif	"j'ai perdu un bébé [...] et du coup ça a été dur quand même!"	" à un moment elle a pris la décision de, de me donner un traitement parce qu'elle voyait bien que là, c'était plus possible."
Les causes évoquées		
Intrinsèques	"Je suis très très nerveuse", "je suis hyper nerveuse ", "je suis quelqu'un de très actif, de très speed"	"on n'a pas le même terrain tous les 2 : lui est dépressif de, de sa jeunesse...enfin il avait 11 ans quand il a fait sa 1ère dépression"
Extrinsèques	"suite à cette naissance-là [...] baby blues", "après ben j'ai perdu un bébé [...] enceinte de 4 mois et demi", "j'ai perdu mon papa ", "s'il y a un événement vraiment voilà...ben je rechute", "suite, justement à la perte d'un proche généralement ...ou...suite à un choc émotionnel...", "pleins de choses de la vie"	"des éléments déclencheurs par rapport à mes enfants.", "ma fille s'est faite violer par son beau-père», mon fils qui lui est dans le déni complet [...] est dans la drogue et l'alcool lui "
Ressources dépassées	NE	"c'est arrivé par le temps et par les effets de la vie", "tous les problèmes antérieurs ont resurgi", "puis ma vie antérieure qui a été compliquée donc...c'était pas facile hein à assimiler"
Caractère héréditaire	NE	NE
Saison hivernale	NE	NE

1.2 REPRESENTATIONS DU TRAITEMENT ANTIDEPRESSEUR

	E1	E2
Tabou / secret	"je ne parle de rien"	"mon mari qui le sait [...] puis ma fille"
Drogue / addiction	"c'est jamais que des drogues", "ça se dit partout! [...] par des amis...", "comme ceux qui fument! Peuvent pas s'en passer!"	"effet de manque" , " j'ai pas envie de devenir dépendante de ça"
Aide	"ça m'a fait du bien", "ça aide", "remède pour sourire", "demande au docteur si ça serait bon pour toi"	"faut pas rester sans ... sans en prendre [...] faut être aidé"
Nocif / dangereux	"pas bons pour la santé", "faut jamais laisser [...] trainer des années"	NE
Temporaire	"pas [...]prendre tout le temps de sa vie"	"pas à vie"
Nécessaire en lien avec la sévérité	"si j'étais malade, que j'avais une dépression, oui d'accord!"	"quand quelque chose de trop grave vous arrive, on est bien obligé d'avoir recours", "s'il faut qu'ils le prennent [...] faut pas rester sans en prendre" , "[mari] accident de travail [...] obligé à vie"
Non indispensable	NE	NE
Relation dose-effet	"la dernière fois il m'a donné ces remèdes-là. Et ben ils étaient beaucoup plus fort"	NE
Atteinte des fonctions cognitives	"vous devenez gâteux!", "comme ceux qui ont la maladie d'Alzheimer [...] ils ont peut être pris trop de remède pour calmer [...] le cerveau il a plus fonctionné!", "pour calmer", "il fallait pas prendre des choses qui calmaient"	NE
Influe sur la personnalité ou le comportement	NE	NE
Représentation du médicament	"c'est jamais que des drogues! Comme tout ce qu'on prend!"	"les médicaments, en principe, c'est quand même nocif pour la santé [...] qu'on prenne ça régulièrement [...] tout le temps!"

	E3	E4
Tabou / secret	"je ne discute pas de tout ça avec n'importe qui!"	"c'est quand même un tabou", "on en parle pas à tout le monde", "j'en parlerai pas à tout le monde", "on peut pas en parler autour de nous", "c'est pas des choses dont on parle", "c'est pas un médicament [...] que vous criez sur les toits"
Drogue / addiction	"on ne peut pas s'en passer!", "on a du mal à arrêter!"	"prendre un antidépresseur ça va shooter complètement! C'est de la connerie, c'est pas vrai!", "ce soit tellement une accoutumance que...que ça prenne tellement de place [...] quelque chose dont on ne peut plus se séparer"
Aide	"pour que la tête suive", "de se faire aider", "aujourd'hui j'ai besoin d'un coup de pouce", "cure", "si j'arrête trop brutalement [...] un simple mauvais résultat. Donc je sais que tout ça va me retravailler", "j'ai mes comprimés qui sont là pour...pour m'aider à combattre cette mauvaise nouvelle."	"cette béquille", "de travailler à ce que ça aille bien", "la bouée", "quelque chose qui contribue à remonter et à aller bien", "ça permet de remonter en fait", "ça me permet de me relever", "c'est un palliatif, ça permet de pallier les difficultés du moment.", "c'est un doudou"
Nocif / dangereux	NE	"ce satané médicament", "je doute que ces soit des plantes...", "qu'est ce qui est le plus dangereux entre un Effergal et un antidépresseur, je vais vous dire l'antidépresseur!"
Temporaire	"momentanément", "c'est pas un traitement de fond", "je compte bien pas prendre ça toute ma vie"	"on en a pas besoin tout le temps", "c'est pas quelque chose dont j'ai besoin continuellement"
Nécessaire en lien avec la sévérité	"il faut passer carrément aux antidépresseurs", "Par rapport à mars 2003 je suis pas au même stade quand même", "c'est une autre histoire le cancer [...] j'étais moins atteinte"	NE
Non indispensable	"un traitement comme j'ai là pour la tension, t'as pas le choix, faut en prendre [...] mais là c'est pas obligatoire "	"c'est bien de se dire qu'on en a pas besoin", "je suis convaincu qu'on en a pas besoin", "ça ne fait pas partie de mon équilibre aujourd'hui", "on a pas forcément besoin de ce médicament-là!"
Relation dose-effet	NE	NE
Atteinte des fonctions cognitives	NE	NE
Influe sur la personnalité ou le comportement	NE	"on est de mauvaise humeur ou qu'on est ronchon ou...c'est parce qu'on est en baisse, que le traitement en fait il nivèle moins...", "modification de la personnalité, alors absolument pas quoi!"
Représentation du médicament	NE	NE

	E5	E6
Tabou / secret	"ce genre de choses qu'on ne communique pas trop", "à part ma femme qui sait que je prends un cachet [...] personne ne le sait quoi", "je fais ça de manière assez discrète"	"ça" [désignant le traitement]
Drogue / addiction	"le produit est addictif en soi", "comme les petites habitudes qu'on a avec la nourriture...avec les boissons pour certain, les cigarettes pour d'autres", "tous les soirs d'aller dans la boîte à médicaments couper le truc en 2 et puis prendre le cachet", "habitude du geste"	NE
Aide	"C'est plus...c'est plus psychologique", "Je me dis qu'en le prenant je ferai pas de crise d'angoisse", "si j'arrête ça va recommencer!", "C'est le principe du détour sur de l'angoisse"[...] Si je ne fais pas ça, ça va recommencer!""	"béquille", "j'étais mieux [...] et après encore mieux.", "besoin d'aide..."
Nocif / dangereux	"je mets la boîte dans la chambre pour éviter de...pour le gamin", "je les mets [...] en sécurité", "c'est pas dangereux pour moi, pour mon organisme à ces...niveaux de dose", "je ne risque pas grand-chose en soi", "il n'y a aucun risque", "cette dose [...]il n'y a aucune dangerosité"	"Ca m'inquiète quand même!", "Ohlala maman, tu prends ça?", "ça l'inquiétait ouais.", "pourquoi tu prends ça? Mais t'en prends beaucoup de médicaments!", "je m'étais dit "Je n'en prendrais plus!""", "le supprimer le plus vite possible", "faut pas le prendre trop longtemps [...] tout médicament a des effets secondaires"
Temporaire	NE	"je comptais 2 années, j'avais des projets [...] j'aurais peut-être besoin d'aide...", "des moments où...ben j'en eu besoin d'en prendre!", "faut pas le prendre trop longtemps.."
Nécessaire en lien avec la sévérité	NE	"vaut mieux que je prenne quelque chose", "j'avais besoin", "j'en ai eu besoin", "le patient qui est tellement mal, il faut lui en prescrire"
Non indispensable	NE	"je trouve ça très bien aussi ...d'être tombé sur un psychiatre qui ne soit pas spécialement pour prescrire à tout prix le traitement", "Faudrait pouvoir [...] parler, parler, parler...et là on ne prend pas d'antidépresseur!", "quand on sait d'où ça vient...on se dit qu'on devrait même pas avoir à prendre ça quoi!", "Ca peut être la solution hein! Mais pas forcément."
Relation dose-effet	"10 mg de Paroxétine par jour, c'est pas grand-chose.", "des doses comme a en soi, ça change pas grand-chose sur l'organisme", "ça influence pas beaucoup mon corps", "quand j'en prenais 1 par jour [...] je l'oubliais moins parce que du coup le dosage me faisait dire que c'était important de le prendre", "Là un demi, [...] si je l'oublie un soir [...] c'est pas grave"	NE
Atteinte des fonctions cognitives	NE	NE
Influe sur la personnalité ou le comportement	NE	"C'est pour ça que tu prends moins de décisions?", "on est quand même moins dans l'action. Ou pas dans les mêmes actions.", "on ne fait pas la même chose.", "quelque chose qui bloque pour faire les choses plus importantes"
Représentation du médicament	NE	NE

	E7	E8
Tabou / secret	"ils savent mais voilà quoi"	"Je ne m'en suis pas forcément caché.", "vous en avez parlé à qui autour de vous? Je ne sais pas...j'en ai peut-être parlé à des amis"
Drogue / addiction	"molécule", "cachet ", "c'est un peu une...accoutumance", "ce qu'il y a dans le médicament aussi qui fait que le corps s'habitue ...", "si le corps il réclame pas le complément qui manque", "on arrive pas à s'en débarrasser", "c'est un peu un cercle vicieux [...] quand on rentre dans ce cercle là...c'est dur de pouvoir en sortir quoi!", "éviter de prendre ça...sur une durée après trop longue!", "si tu peux éviter d'en prendre, évite d'en prendre", "si ça reste dans le sang, enfin le temps d'évacuer tout ça...", "le médicament il est en nous quoi!", "quand on prend un traitement à longue durée comme ça de pouvoir balayer un peu toutes ces molécules!"	"ma mère [...] qui ne peut pas arrêter", "ça fait 50 ans qu'elle est sous antidépresseurs [...] j'ai fait le lien [...] Dès qu'on m'a dit que ça commençait à sentir une dépression...", "j'ai attendu d'être gravement atteint avant d'accepter de pouvoir en prendre", "c'était passer dans l'étape familiale habituelle où on commençait les médicaments et après on ne s'en sortait plus!", "si on continue, il y a une accoutumance donc on va en vouloir plus! Ça devient comme une drogue. Et faut pas en prendre..."
Aide	"ça me soulageait "	"fallait que je reste sûr de moi avec cette béquille!", "aide", "Il, il est là pour aider "
Nocif / dangereux	"envie de m'en débarrasser", "c'est pas anodin", "à évacuer", "balayer un peu toute ces molécules ", "si on peut éviter d'en prendre autant ne pas les prendre hein!"	NE
Temporaire	"je sais pas après si à vie je peux prendre ça, j'en sais rien?", "je ne sais pas s'il y a des gens qui prennent ça à vie..."	NE
Nécessaire en lien avec la sévérité	"j'en ai besoin ", "arrivé à un moment j'étais obligé "	"j'ai été obligé de prendre des antidépresseurs", "il y a des moments où on a besoin...", "j'ai attendu d'être gravement atteint avant d'accepter de pouvoir en prendre", "si on est vraiment pas bien, faut quand même de l'aide!", "à un moment donné fallait quand même que je fasse quelque chose [...] je suis reparti sur les médicaments"
Non indispensable	"si elle peut éviter d'en prendre...elle est moitié en dépression", "si on peut éviter d'en prendre autant ne pas en prendre"	NE
Relation dose-effet	"costaud, fort", "37,5mg ça va"	NE
Atteinte des fonctions cognitives	NE	NE
Influe sur la personnalité ou le comportement	NE	"je suis sous médicaments pour essayer de me calmer", "Si j'avais continué? Est-ce que je serai plus docile? Ou [...] moins négatif?", "c'est un anxiolytique aussi...", "Pour moi c'est un anxiolytique-dépresseur [...] c'est à peu près la même chose dans ma tête."
Représentation du médicament	"tout médicament a des effets secondaires. Même le paracétamol [...] Alors du coup à long terme"	"elle a des problèmes de...à force de surdosage je pense..."

	E9	E10
Tabou / secret	"Je ne pose pas de questions!", "Et puis alors surtout pas dans mon métier hein !", "ça peut être une faute", "ça peut être mal interprété"	"pas grand monde sait...sait que j'ai un traitement.", "c'est pas quelque chose que je parle.", "j'en parle très peu."
Drogue / addiction	"comme l'effet d'un manque! Comme...comme quelqu'un il était drogué et puis il avait pas "sa dose"", "l'impression qu'il y a un manque quoi!", "en fait on a l'impression qu'on est dépendant de ces médicaments-là", "Qu'il nous faut ce, ce comprimé-là quoi ! [...] comme un drogué qui n'a pas sa dose", "si ça fait des années qu'on le prend, pour l'arrêter ce n'est pas évident ", "le corps il est habitué en fait. Ça fait des années qu'il a, qu'il a pris ça quoi !"	"ça doit être le manque quelque part", " quand on voit l'effet que ça fait quand on arrête...On se dit [...] on en est dépendant", "c'est un sevrage", " si on arrête du jour au lendemain et qu'on a aucun effet, c'est que, voilà notre corps n'en a plus besoin et il peut vivre sans quoi", "est ce que c'est psychologique ou pas, je ne sais pas...", "je compare ça avec une drogue hein!"
Aide	"heureusement qu'il y a des médicaments comme ça qui existe parce que, pendant la période où je n'étais pas bien", "ça fait beaucoup de bien. ", "c'est une bonne chose, c'est bien d'avoir créé ça", "dans des situations comme ça, heureusement qu'on a ça!"	"cette aide là" , " il me fallait une aide!", "je pense que ça a été une aide vraiment !"
Nocif / dangereux	"il y a beaucoup d'effets néfastes !", "Je n'en veux plus de ça."	"ce n'est pas bénin de prendre des antidépresseurs "
Temporaire	"à un moment de temps, voilà, on a recours à ce traitement-là !"	"une aide à un moment donné...", "Notre corps a eu besoin pendant un moment ...", "j'ai eu besoin de ce traitement à un moment parce que ça n'allait plus quoi"
Nécessaire en lien avec la sévérité	NE	"à un moment elle a pris la décision de, de me donner un traitement parce qu'elle voyait bien que là, c'était plus possible.", " il y avait quand même besoin de l'antidépresseur", " Il le fallait! "
Non indispensable	NE	"le diabète, ça serait plus utile d'avoir un traitement [...]. Mais là si je peux vivre sans...au contraire !"
Relation dose-effet	NE	"quand je disais que ça n'allait pas, j'avais une dose un petit peu plus forte...", "maintenant que je prends une faible dose [...] ils se disent "Bon ben ça y est vous êtes bientôt guérie!", " je suis tellement en dose...en mini dose"
Atteinte des fonctions cognitives	NE	"j'ai beaucoup de troubles de la mémoire [...] je perds mes mots [...] c'est peut-être l'effet du traitement.", "mon mari [...] pour lui, tous ces troubles de la mémoire font que ça vient de tous les médicaments qu'il a pris", "une amie aussi qui est [...] une grande aussi dépressive [...], elle dit bien qu'elle a pas, elle oublie plein de choses ", "les émissions sur la médecine! [...] on entend dire que, voilà, ça...ça peut générer des problèmes de mémoire", "d'un côté ça me soigne mais d'un autre côté mon cerveau réagit autrement ! "
Influe sur la personnalité ou le comportement	NE	NE
Représentation du médicament	NE	NE

1.3 REPRESENTATIONS DE LA NORMALITE

	E1	E2	E3
Assumer ses fonctions sociales, ne pas être une charge	NE	NE	"Mais sans arrêt de travail! Je ne voulais pas prendre d'arrêt de travail!", " je ne voulais pas d'arrêt de travail!", " j'avais recommencé une deuxième phase [...] Et toujours sans arrêt de travail!"
Questionnement autour du ressenti négatif	NE	NE	NE
Soi sans médicament	NE	" je veux essayer de me sentir bien sans médicament"	NE
Comparaison avec pire que soi	NE	NE	"Faut toujours voir plus malheureuse, plus malheureux que soit." "je me souviens pas avoir eu des morales à zéro comme lui il avait hein! Après je me dis il était certainement plus malade que moi!", "elle avait peur [...] elle voulait plus aller dans les magasins [...] moi je ne suis pas comme ça quand même. Je n'ai jamais été comme ça.", "T'en as tout de suite qui ont le moral à zéro, et puis d'autres [...] je parle de moi-même euh...voilà [...] je pense pas toujours à ça quoi!"
Emergence d' une nouvelle forme de normalité	NE	NE	"je pense pas que c'est un antidépresseur que je prends hein!", "Ben je me pose pas de question pourquoi que je le prends [...] ils sont à côté de mon bol, je les enfile "
Peur de la stigmatisation	NE	NE	NE
Peur de l'assimilation à la folie	NE	NE	NE

	E4	E5
Assumer ses fonctions sociales, ne pas être une charge	"je veux pas faire subir à mon entourage [...] c'est pas eux qui sont responsables du tout de cette situation-là!"	NE
Questionnement autour du ressenti négatif	"les sauts d'humeur [...] les coups moyens ou les coups de mauvaise humeur [...] qu'on les identifie en fait soit du fait de la baisse du traitement...", "on est de mauvaise humeur ou qu'on est ronchon ou...c'est parce qu'on est en baisse, que le traitement en fait il est...il nivèle moins en fait. Ou est-ce que tout simplement c'est un état normal, logique?", "s'il m'arrive un truc, je me sens moins bien, est ce que c'est parce que je diminue?", "je suis un peu ronchon [...] mais c'est, c'est normal!" "Enfin je veux dire [...] il m'est arrivé un truc, je suis frustré..."	NE
Soi sans médicament	"on est pas né pour prendre des médicaments", "mon corps accepte mais [...] une idée un peu négative" "il n'y a pas besoin effectivement de...d'avoir un médicament pour que ça aille bien!", "la normalité on la perçoit comme quelqu'un qui ne prend pas de médicament.", "je veux être moi et aller bien!", "du retour à la vie normale"	NE
Comparaison avec pire que soi	NE	"c'est pas très grave...il y a des choses plus graves", "c'est pas mon problème qui va les choquer", "il y en a qui suivent des traitements bien plus lourds...", "j'ai des amis qui sont hyper dépressifs", "j'ai une amie qui est dépressive- bipolaire, la pauvre!"
Emergence d'une nouvelle forme de normalité	"c'est dans ta nature de ne pas être, d'être un peu frustré"	"je comprends pas ce qui m'arrive...je suis en bonne santé, je vais bien", "je savais pas ce que c'était", "enfin je suis d'un naturel stressé, faut que je vive avec quoi"
Peur de la stigmatisation	"Même si c'est paradoxal ce que je vais vous dire, moi je l'accepte très bien... je ne le crie pas sur les toits, c'est tout.", "c'est pas des choses dont on parle", "effectivement de s'en débarrasser c'est plutôt pas mal!"	"c'est plus pour soigner du coup l'anxiété", "j'ai pas de problème de dépression", "je ne suis jamais malade", "si j'avais pas ce traitement-là, clairement j'irai jamais chez le médecin", "j'ai pas de problème là-dessus...", "je fais ça de manière assez discrète", "j'en parle très peu", "en soi ça ne regarde que moi, ça regarde pas les autres quoi.", "s'il y a des gens autour[...] j'ai pas de problème avec ça (dit très bas)"
Peur de l'assimilation à la folie	"les antidépresseurs ont à cette folie", "on a plutôt ce lien avec la folie, l'instabilité psychologique", "vous voyez que la folie en face de l'antidépresseur"	"Ecoute, franchement, garde ça pour toi! Si ce n'est que subir l'incompréhension des gens, ça va pas t'arranger plus que ça d'en parler!", "Voilà...j'évite de trop en parler de ce genre de choses, parce que tu pourras être amené du coup à être en face de quelqu'un qui...qui ne comprend pas!", "les gens en général ne comprennent pas les crises d'angoisse", "bah non t'es pas malade", "Ben attends tu vas bien, tu pètes la forme!", "globalement mon entourage est plutôt sain! Non c'est aussi pour ça que je préfère garder ce genre de choses pour moi..."

	E6	E7	E8
Assumer ses fonctions sociales, ne pas être une charge	"mes enfants qui étaient jeunes! J'avais peur qu'on...qu'on me les reprenne [...] même si je travaillais"	NE	"si moi je vais bien, je me sens bien, je peux apporter du bien à ma famille et être là pour eux." , "je vais jouer vieille France mais...je suis le maître de la maison, je suis l'homme de la maison", "Donc le grand responsable [...] c'est moi!", "Et de pas avoir...et de ne pas être une charge pour eux"
Questionnement autour du ressenti négatif	NE	NE	"je ne sais pas si c'est moi ou si c'est dû au médicament que je ne prends plus", "est ce que c'est moi qui suis négatif et qui suis comme ça [...] Est-ce que c'est parce que j'arrête le médicament?", "Est ce que c'est pas le fait d'arrêter le médicament qui fait que je suis de plus en plus négatif", "Si j'avais continué? Est-ce que je serais plus docile? Ou [...] moins négatif? Ou est-ce que je serais pire?"
Soi sans médicament	NE	NE	NE
Comparaison pire que soi	NE	NE	NE
Emergence d' une nouvelle forme de normalité	"A l'âge que j'ai, comme je suis bien maintenant...c'est à moi de me raisonner...on a jamais tout!", "il faut [...] faire le deuil de...de certaines choses, en faire d'autres! Avec les capacités qu'on a aujourd'hui"	NE	"je pense que l'arrivée a été faite plus par un burnout ou par des choses comme ça que...dépressionnaire", "ça fait partie de ce que je suis, de ce que j'ai... que ça a été difficile"
Peur de la stigmatisation	NE	"Les antidépresseurs que je prends donc c'est assimilé à la dépression !", "ils étaient un peu étonnés quand je leur ai dit que je faisais de la dépression et que je prenais ce médicament", "il y a quelques années quand on était dépressif, chacun restait dans sa petite bulle, n'en parlait pas. Tandis que là maintenant on parle plus facilement "	"elle a mis du temps à accepter sa [...] dépression alors elle va m'engueuler parce que c'est pas une dépression pour elle", "c'est quelque chose qu'elle ne veut pas entendre parler. Parce que quelque chose de dépressif [...] c'est quelqu'un ...qui faut qu'on s'occupe.", "ils ne veulent pas comprendre et qu'ils ont du mal à entendre parler qu'on puisse être mal, pas bien"
Peur de l'assimilation à la folie	"c'était pas adapté!", "j'avais peur de ma belle-famille par exemple...vis-à-vis de mes enfants qui étaient jeunes! J'avais peur qu'on, qu'on me les reprenne...", " Maman [...] tu ressembles à un zombi! Là j'étais sous Prozac",	NE	"le moins possible de médicament. J'ai pas envie de vivre elle ce qu'elle vit.", "Là elle est partie à se dire "Je me couche à 4 heures [...] Malgré qu'elle soit en maison de repos..."

	E9	E10
Assumer ses fonctions sociales, ne pas être une charge	"Et là j'ai essayé d'arrêter parce que du coup, je suis conducteur de bus.", " Surtout pas dans mon métier parce que [...] Ca peut être une faute"	"en ayant le traitement je n'ai jamais eu d'arrêt de travail pour ça...", "heureusement qu'il y avait ça pour...pour pouvoir continuer à vivre, enfin à faire les choses du quotidien.", "si je n'en prenais pas à une période, je pense que je n'aurais pas pu me lever par exemple le matin", "les petits enfants arrivent et on a envie aussi d'être bien pour s'en occuper !"
Questionnement autour du ressenti négatif	NE	NE
Soi sans médicament	NE	"Je peux vivre moi même sans ! ", "Arrêter pour [...] continuer normalement sans médicament !", "Aller mieux sans ça ! Et...oui pouvoir m'en passer ! Et puis être bien quand même quoi !"
Comparaison avec pire que soi	"c'est ceux qui ont des maladies par exemple, comme la schizophrénie [...] Mais je pense qu'eux ils doivent prendre des traitements lourds quoi."	" il y en a d'autres qui ont vécu des choses comme ça et qui n'ont pas eu cette chance là et nous on l'a!"
Emergence d' une nouvelle forme de normalité	"j'étais vraiment mal, je ne savais pas ce qui m'arrivait! ", "franchement je croyais vraiment que j'étais malade hein.", "c'est difficile à comprendre...On se demande pourquoi on fait ça quoi ! ", "Je suis très très nerveuse", "je suis hyper nerveuse "	NE
Peur de la stigmatisation	" moi en fait ça n'est pas que je suis mal dans ma peau, pas du tout, c'est que je fais des grosses crises d'angoisses.", "entre parenthèses, c'est un antidépresseur hein! Enfin voilà, Deroxat ça va être considéré comme ça.", "quand on leur donne l'ordonnance, ils voient "antidépresseur"[...]ce n'est pas évident", " ils doivent se dire "Ben tiens, pourquoi elle prend l'antidépresseur ?", "SJ c'est un petit quartier, enfin voilà tout le monde se connaît ",	"elle qui n'est pas du tout dans ce...dans ce schéma là parce que, bon voilà, elle a pas besoin et tout va bien! ", "si je lui en ai parlé, c'est parce que je savais qu'elle pouvait le comprendre", " il y a des gens qui ne comprennent pas la dépression donc...des gens qui disent "Ben t'as qu'à te secouer et puis c'est tout !""
Peur de l'assimilation à la folie	"Est-ce que vous avez eu des retours...alors de manière large hein, sur les traitements antidépresseurs? Non mais il y en a quand ils arrêtent ça peut être grave... c'est ceux qui ont des maladies par exemple, comme la schizophrénie [...] des fois on entend, voilà aux informations..."Ah bah tiens il n'a pas pris son, son traitement, donc voilà il est sorti dans la rue avec un couteau machin et tout !"	NE

1.4 REPRESENTATIONS DE LA DEPRESCRIPTION

	E1	E2	E3
Appréhensions déclarées	"non"	"pas du tout"	"aucune appréhension parce que je suis prête dans ma tête"
Peurs			
"Rechute" / retour des symptômes	"que ça me reprenne!"	"peur quoi de...de rechuter!"	"C'est que je rechute!", "la rechute", "la peur de rechuter en fait! Autant dans la maladie que dans , dans la déprime", " C'est que j'ai peur de rechuter et qu'après que je recommence un traitement encore vraiment plus profond"
Dépendance / accoutumance / addiction	NE	"je veux pas m'habituer à vivre avec ...prendre un médicament ", "faut pas s'habituer"	"c'est qu'on ne peut pas s'en passer! On a, je pense qu'on a du mal à arrêter!"
Rupture d'un équilibre	NE	NE	NE
Syndrome de sevrage	NE	" J'ai aucun effet euh...effet de manque. Hein le jour où j'en prends pas."	NE
Freins			
Expériences antérieures de rechute ou récurrence	NE	NE	NE
Expériences antérieures de syndrome de sevrage	NE	NE	NE

	E4	E5	E6
Appréhensions déclarées	"il y a une appréhension" , "la crainte d'arrêter"	NE	NE
Peurs			
"Rechute" / retour des symptômes	"cette béquille quand on l'a, l'a diminué en fait...ben qu'est ce qu'il advient?" , "on a quand même la frousse!", "est ce qu'on flotte toujours finalement si on enlève le traitement?", "ce spectre de replonger..."	" ma principale inquiétude c'était [...] de recommencer une crise d'angoisse", "ne pas vouloir refaire de crises d'angoisse", "la crainte de faire une crise d'angoisse", "une grande appréhension finalement", "si j'arrête ça va recommencer! Si je ne fais pas ça, ça va recommencer!"	"j'avais peur d'avoir des manques, de pas être bien"
Dépendance / accoutumance / addiction	"ce soit tellement une accoutumance que...que ça prenne tellement de place, que ce soit...quelque chose dont on ne peut plus se séparer"	NE	NE
Rupture d'un équilibre	" dès qu'on l'enlève, on est déséquilibré quoi dans tous les sens du terme..." , "psychiquement d'être déséquilibré ", "que si vous l'enlevez... tout est chamboulé", "la crainte d'arrêter, de vivre sans médicament "	NE	NE
Syndrome de sevrage	"elle a arrêté assez vite parce qu'elle ne l'avait pas pris très longtemps et sur un dosage qui était peu élevé"	"si tu l'oublies 2-3 jours ça passe. Après [...] il peut y avoir quand même quelques...retours"	" C'est pas fort du tout...vous n'aurez aucun problème pour l'arrêter!", "au bout de 2 ans c'est peut-être plus facile de l'arrêter qu'au bout de 4-6-8 "
Freins			
Expériences antérieures de rechute ou récidence	"j'ai arrêté assez rapidement. Et...moins de 6 mois après j'ai fait une rechute. Donc en décembre 2016. J'ai rechuté", "comme on a connu cette diminution, tout va., qu'on arrête, et on rechute...on se dit [...] est ce qu'on est reparti sur ce même parcours?", "j'ai replongé quoi!"	NE	"j'étais en manque à un moment", "je sentais un manque", "vous avez ressenti une sensation de manque, est ce que vous pouvez m'en dire un peu plus? Ben je me sentais encore en déprime! Je replongeais!", "C'était peut-être plus...non, plus psychologique [...] c'était pas pareil. c'était plus de la déprime" , "je me sentais pas trop bien"
Expériences antérieures de syndrome de sevrage	NE	NE	NE

	E7	E8
Appréhensions déclarées	NE	"cette angoisse!", "cette peur", "mon appréhension du moment!"
Peurs		
"Rechute" / retour des symptômes	"ce que je crains c'est que si j'arrête [...] que mes angoisses reviennent", "ben si les angoisses revenaient quoi!"	"comme j'étais avant quoi [...] que je veux éviter quoi!", "je me dis que ça va peut-être arriver, je ne me ferme pas.", "Ben de replonger!"
Dépendance / accoutumance / addiction	"c'est un peu...une accoutumance", "est ce que le corps du coup il ne s'habitue pas à ce dosage", "le corps doit s'habituer aussi à avoir cette molécule, enfin ce qu'il y a dedans.", "avec les années je me dis...à force de prendre toujours la même chose...", "le corps a peut-être du mal à arrêter!", "c'est un peu un cercle vicieux [...] quand on rentre dans ce cercle là...c'est dur de pouvoir en sortir quoi!", "éviter de prendre ça...sur une durée après trop longue!", "qu'on arrive pas à s'en débarrasser"	"c'était passer dans l'étape familiale habituelle où on commençait les médicaments et après on ne s'en sortait plus!", "il ne fallait pas durer [...] pour ne pas retomber dans le schéma typique familial", "si on continue, il y a une accoutumance donc on va en vouloir plus longtemps! Ça devient comme une drogue [...] faut pas en prendre...", "Et ma grande peur c'est que je ne voulais pas finir avec des médicaments tout le temps quoi"
Rupture d'un équilibre	NE	"appréhension de quitter ce médicament!", "est ce que je suis capable de faire sans?", "des petits doutes"
Syndrome de sevrage	"quand on veut diminuer, est ce que le corps il ne réclame pas, justement le complément qui manque quoi!"	"avoir un peu le...machin...", "en manque de médicament", "avoir un petit manque..."
Freins		
Expériences antérieures de rechute ou récurrence	"J'ai eu des périodes où je n'en prenais plus et ça revenait...et...ouais!"	"j'ai essayé de les arrêter le plus tôt possible. Et je suis retombé dedans", "j'ai dû recommencé en 2015", "je suis retombé dedans facile quoi.", "j'ai commencé à reprendre mes médicaments..."
Expériences antérieures de syndrome de sevrage	"Certaines périodes quand je diminuais j'avais des vertiges, des choses comme ça", "Après ben quand je sens que je ne suis pas bien, j'en prends quoi voilà!"	"il y a eu des moments [...] je me suis retrouvé en manque de médicament et au bout de 5 jours, j'ai été complètement H.S", "sevrage mal fait"

	E9	E10
Appréhensions déclarées	" j'ai peur des fois que ça revienne! "	"qu'il y ait de choses qui reviennent! Oui!"
Peurs		
"Rechute" / retour des symptômes	" Les crises d'angoisse peuvent revenir...", "J'espère que je ne vais pas ré-avoir des crises d'angoisse la nuit et tout ça.", "Juste que ça revienne les crises d'angoisse parce que c'est hyper désagréable"	"enfin je ne voulais pas arrêter parce que je m'étais dit que si j'arrêtais je...peut être qu'après ça n'irait plus! "
Dépendance / accoutumance / addiction	"je ne pourrais jamais l'arrêter ! Parce que si j'arrête et ben je ne suis pas bien dans ma peau !"	NE
Rupture d'un équilibre	NE	NE
Syndrome de sevrage	"comme l'effet d'un manque! Comme...comme quelqu'un il était drogué et puis il avait pas "sa dose" ", "si ça fait des années qu'on le prend, pour l'arrêter ce n'est pas évident."	"ça doit être le manque quelque part qui fait ça", "là il a un petit moment où il faut qu'il se réadapte! Faut que le corps se réadapte sans, sans cette aide-là."
Freins		
Expériences antérieures de rechute ou récurrence	"j'ai essayé à plusieurs reprises et en fait avec des rechutes", "ça se passe très bien, pendant 1 an, 2 ans...nickel. Et puis ben après, ben s'il y a un événement vraiment voilà...ben je rechute.", " j'ai perdu un bébé [...] Et là les crises d'angoisse sont revenues", "il y a 5 ans, j'ai perdu mon papa donc là c'est pareil les grosses crises d'angoisse sont revenues..."	NE
Expériences antérieures de syndrome de sevrage	"quand j'essaye d'arrêter complètement [...]je me sens hyper énervée!", "comme l'effet d'un manque! Comme...comme quelqu'un il était drogué et puis il avait pas "sa dose" entre parenthèses", " comme des électrochocs à l'intérieur, des courants électriques", " Ça va durer pendant 3-4 jours.....et puis ben après ça passe.", "vous êtes sur les nerfs, vous ne supportez rien du tout.", " quand j'essaye et ben c'est...c'est horrible quoi! C'est vraiment le...le manque!"	"je l'avais fait par moi-même [...]j'avais arrêté d'un seul coup en plus ", "là j'avais trop souffert. Là c'était trop brutal.", "je n'étais plus moi-même. Et...ça avait duré longtemps. Là cette sensation de...de ne plus maîtriser...nos faits, nos gestes...d'être toujours endormie [...] angoissée...et puis, ouais triste!", "là ça avait été terrible", "Du coup j'avais retrouvé un psychiatre et j'avais repris après un autre traitement."

2 LA COMMUNICATION AVEC L'ENTOURAGE : UN TABOU

	E1	E2	E3
Parole minimaliste et limitée au cercle proche	" je parle de rien à côté du monde, de chez moi. Non, non..."	"je lui ai dit que ben j'allais arrêter [...] Mais après on en a pas rediscuté", "Oui, oui. Avant de diminuer", "c'est pas des gros trucs à raconter... à dire. Donc je lui ai dit. [...]" Puis c'est tout.", "je lui ai dit qu'après elle", "Elle a sa vie...je l'embête pas trop..."	"je ne discute pas de tout ça avec n'importe qui!", "une personne qui en prend elle a peut-être pas envie non plus de me dire ce qu'elle...qu'elle ressent et tout!", "je sais que le leur avait dit que je prends un traitement, oui", "je ne parle pas trop de ça à mon gars parce que [...] j'évite de ...de, de le rendre trop malheureux quand même.", "que je suis en train de m'en séparer oui. [...] si j'avais dû en parler c'est avec les filles", "J'ai une sœur oui. Oh oui j'en ai discuté avec elle"
Parole minimaliste au sein du couple	NE	"Bon ben le matin quand il se lève il me dit "Ca va bien? Ca va? " Bon ben oui! Tous les matins on se dit ça. On se demande (rires).", "Ben si tu te sens capable d'arrêter ton traitement ,ben pourquoi pas!"	"il sait que j'en prends" , "Si, si, il le sait mais[...] mon mari c'est des fois difficile d'en discuter avec"
Influence de la parole de l'entourage	"oh tu prends ça , tu sais c'est pas bon d'être toujours... "	"ben c'est bien maman!"	"C'est toi qui vois! On est pas dans ton corps!", "Tu as raison hein! Si c'est [...] pour t'aider psychologiquement...", sœur "ben c'est bien de faire comme, comme tu fais [...] de pouvoir t'en séparer"
Tabous autres	"faut pas parler de rien, ni des morts, rien, il faut tâcher que je les oublie" , "j'allais au cimetière tous les jours [...] mais je ne lui (mari) disais pas!", "C'est pas d'en parler tous les 5 minutes que ça va la guérir" , "ma fille [...] son gros truc à côté, là de vin et puis son verre plein [...] on en a jamais parlé, je n'ai jamais rien dit "	NE	"mon mari, il avait été opéré de la même chose [...] il me disait pas grand-chose pour pas me faire peur", "je ne voulais pas en parler autour de moi parce que j'avais peur de faire mal aux gens [...] j'avais peur d'avoir des phrases qui me blessent", "je disais à mon mari "On en parle pas! On ne dit rien! Je dis ça qu'aux enfants!"

	E4	E5	E6
Parole minimaliste et limitée au cercle proche	"vous en parlez avec des gens qui ont pas effectivement...bien sélectionnés", "c'est quand même un tabou", "on en parle pas à tout le monde", "j'en parlerai pas à tout le monde", "on peut pas en parler autour de nous", "c'est pas des choses dont on parle", "je parle très peu de...de ce qui a pu m'arriver et comment je l'ai géré en fait."	"à part ma femme qui sait que je prends un cachet, personne ne le sait quoi!", "c'est ce genre de choses qu'on ne communique pas trop", "j'en parle très peu", "en soi ça ne regarde que moi, ça ne regarde pas les autres quoi", "il n'y avait qu'une personne avec qui j'en parlait assez souvent [...] C'était mon meilleur ami", "une écoute un peu plus active en étant fils de médecin et une meilleure compréhension que les autres", "voilà faut tomber sur quelqu'un d'avisé quoi"	"je lui ai dit que précédemment j'en avais pris", "mon fils l'a vu sur la table", "je sais même pas si je lui en ai parlé", "Avec mon ami oui! Du coup je lui ai dit...depuis juillet je prenais ça. Que ça y était là, je diminuais..."
Parole minimaliste au sein du couple	"on a aussi l'un et l'autre une position à...[...] préserver", "on a pas le rôle que peut avoir un médecin [...] un psy [...] un confident où on peut parler librement sans jugement...parce qu'on est, on est dans une relation, un couple", "c'est pas le cadre qui permet de faire porter [...] des interrogations ou des incertitudes qui peuvent avoir lien aussi à la relation [...] ou le cercle familial", "elle donne son avis lorsque je la sollicite", "elle m'a permis d'avoir un avis différent"	"je lui ai expliqué ce que c'était...mais je ne suis jamais rentré dans le détail de comment ça s'est déclenché", "J'en parle pas, ça ne la regarde pas en fait."	"je lui ai dit que j'étais pas bien en juillet...je prends ça...Et je lui ai dit que précédemment j'en avais pris mais que c'était compliqué pour moi à une période.", "on essaye d'être honnête un maximum!", "ben ça m'inquiète quand même!", "Il ne me trouve pas dépressive."
Influence de la parole de l'entourage	"il fallait pas arrêter! T'as arrêté trop vite!"	NE	"Maman [...] tu ressembles à un zombi!", "Ohlala maman tu prends ça?", "c'est pour ça que tu prends moins de décision ou...", "pourquoi tu prends ça? Mais t'en prends beaucoup de médicaments!"
Tabous autres	NE	NE	NE

	E7	E8
Parole minimaliste et limitée au cercle proche	"tout le monde sait que je prends ce médicament", "je ne le cache pas!" "Ils savent que je prends ce médicament pour ça. Mais voilà quoi.", "ils savent que je fais un peu de la dépression", "je leur dit quand j'ai rendez-vous chez le médecin [...] pour mon renouvellement de traitement", "Non, je fais mon truc moi-même!", "j'ai juste dit [...] que j'allais faire des séances d'hypnose", "je ne voyais pas l'utilité de leur dire...", "Après, non je n'en ai pas parlé à mon entourage"	"Que j'ai pris des médicaments, oui. Je ne m'en suis pas forcément caché", "au travail donc j'ai dit que je travaillais dessus que...", "j'en ai peut-être parlé à des amis...", "certains collègues", "ils ont du mal à entendre parler qu'on puisse être mal, pas bien.", "sans en parler à personne", "j'en ai parlé à personne", "du côté de ma mère je n'en ai pas parlé", "j'ai quand même avoué, j'ai dit à ma femme [...] "J'ai diminué depuis 3 semaines.""
Parole minimaliste au sein du couple	NE	"ma femme parler d'un dépressif c'est quelque chose qu'elle ne veut pas entendre parler. Parce que quelque chose de dépressif [...] c'est quelqu'un qui fait...qui faut qu'on s'occupe.", "elle me sent un peu plus nerveux", "elle trouve que...je remonte vite dans les tours", "elle va me dire "Bon t'es un peu machin de temps en temps..."
Influence de la parole de l'entourage	"ils étaient un peu étonnés parce que...ben les gens ne se rendent pas compte que je ne suis pas bien quoi!", amie "c'est des antidépresseurs donc c'est sûr que...si on peut éviter d'en prendre autant ne pas les prendre hein!"	"Je ne suis même pas sûre qu'elle puisse envisager qu'on puisse arrêter le médicament un jour."
Tabous autres	NE	"Mon père était "On ne dit rien aux enfants". Donc...on ne parle pas", "Oui de toute façon avec ton père il fallait toujours tout te cacher", "il vous surprotégeait", "père pour son cancer il ne me l'a pas dit forcément", "on ne parle pas [...] sur les problèmes de famille", "des gens dépressifs...n'importe quelle maladie il ne fallait pas trop en parler." "ça fait partie de l'éducation que j'ai", "je n'aime pas aller demander des nouvelles des gens", "je n'aime aller parler de la maladie"

	E9	E10
Parole minimaliste et limitée au cercle proche	"Ah bah mon mari, oui, il le sait.", " mes enfants non, ils n'ont pas besoin de le savoir", "Jamais. Surtout pas.", "Je ne pose pas de questions!", [mari] non. Non, non, non..."	"pas grand monde sait...sait que j'ai un traitement.", "c'est pas quelque chose que je parle.", "non j'en parle très peu.", "c'est des choses faut pas le dire...il y a des gens qui ne comprennent pas la dépression donc...", "J'ai une collègue à qui j'en ai parlé.", "si je lui en ai parlé, c'est parce que je savais qu'elle pouvait comprendre...", "je lui ai dit il n'y a pas très longtemps [...] voilà le sevrage est pas facile " "Les enfants savent. Ils savent que j'ai un traitement mais voilà ils ne m'en parle pas plus que ça non plus",
Parole minimaliste au sein du couple	"Mon mari oui, il le sait hein.", " il m'a dit "Si ça te fait du bien...si c'est pour toi...". Il m'a dit "Au contraire!"	"C'est quelque chose dont vous discutez ensemble? Oui, oui. Oui, oui, beaucoup", " Mais oui on en discute"
Influence de la parole de l'entourage	NE	"des gens qui disent "Ben t'as qu'à te secouer et puis c'est tout ! Donc ça on l'a entendu", "c'est dans ta tête, t'as qu'à te secouer !", "une amie aussi qui est, qui est une grande aussi dépressive [...] elle oublie plein de choses [...] elle n'enregistre pas tout quoi.", "les émissions sur la médecine! Et c'est vrai que oui on entend dire que, voilà, ça...ça peut générer des problèmes de mémoires...", "elle était surprise que ça pouvait avoir des effets de...au niveau du sevrage "
Tabous autres	NE	"ma fille s'est fait violer par son beau-père, le père de mon fils ", "j'en ai parlé à des gens bien sûr que je sais qu'ils pouvaient comprendre et ...qui n'allaient pas être dans le jugement.", "on a pas cette discussion ensemble en famille...", "tous les frères et sœurs [...] ils le savent quoi.", " je ne le cache pas [...] elle le cache un peu plus "

3 LE RESEAU DE SOUTIEN SOCIAL

	E1	E2	E3
Pauvreté du réseau social	"mon époux est décédé", "un compagnon pendant 8 ans, et il est mort ", "mon fils [...] il est mort sur la route ", "ma fille elle est morte du cancer" , "fils qui est à T mais je le vois pas souvent", "Je connais tout le monde, je les vois tous les jours quand ils vont se promener, et puis je vais jamais chez eux et ils viennent rarement chez moi."	"J'ai eu mes enfants. J'ai arrêté 10 ans de travailler"	"en arrêt depuis quand? Il va y avoir 2 ans", " toute seule" , "Ma fille [...] elle habite dans le bas de la France, je ne la vois souvent.", "je faisais du volley [...] bon ben j'ai arrêté [...] parce qu'avec la chimio "
Soutien positif rencontré	"mon fils, il me téléphone, c'est bon!", "petit fils [...] oh il vient souvent! [...] il me téléphone aussi souvent", "mon gendre [...] "mamie" par-ci, "mamie" par-là", "La voisine à côté"	"On voit du monde!", " On fait partie d'un club de marche", "je m'en vais cavalier avec ma sœur", "fils [...] Je l'ai régulièrement au téléphone", "l'ainée [...] elle habite à S!", "je suis grand-mère"	"ces petits bouts, c'est que du bonheur"
Personne aidante	NE	"[mon mari] le matin quand il se lève il me dit "Ca va bien? Ca va? " , "Ben ça m'a réconforté dans le bon sens!"	"heureusement qu'il est là! [mon mari]"
Entourage souffrant de troubles dépressifs ou anxieux	"je vais voir une dame [...] elle se plaint, elle se plaint!", "Je lui dis "Demande au docteur si ça serait bon pour toi!"	NE	"...oui je connais une autre personne mais alors comment, comment elle avait diminué je peux pas vous dire non plus ", "mon amie là qui a fait une dépression il y 20-25 ans"

	E4	E5	E6
Pauvreté du réseau social	"mes relations sociales...c'est presque bien", "c'est pas dans mon cas, d'avoir un entourage euh...en qui j'ai totalement confiance, c'est à dire...dans le jugement!"	"femme", "son fils qui a 10 ans", "je vois tous mes amis propriétaires", "j'ai des amis qui sont clairement hyper dépressifs hein.", "une amie qui est bipolaire, la pauvre!" "parce qu'avant j'habitais...j'étais en...en N."	"décès mari", "un an que j'avais laissé mon ancien ami...", "mon fils a pris son indépendance", "il y a 2ans", "seule", "je me suis retrouvée esseulée", "j'ai peu d'amis quoi! J'ai peu de...même de connaissances", "en partant du M j'ai laissé [...] le potentiel humain [...] des amis, collègues"
Soutien positif rencontré	"Familial... C'est top ouais", "là j'ai une fille, comme on attends le deuxième...", "les relations sociales sont peut-être plus faciles quand il fait beau.", "boire un verre avec des amis en terrasse "	NE	"je suis grand-mère", "j'ai ma petite fille qui a besoin de moi.", "j'ai un ami donc ça va...ça m'aide!"
Personne aidante	"d'une autre béquille, d'un socle, d'une base, d'un pilier!", "c'est mon oreille ma femme"	"il n'y avait qu'une personne avec qui j'en parlait assez souvent, ben c'est le fils de mon médecin traitant de l'époque. C'était mon meilleur ami."	"je m'en suis sortie [...] mais c'est surtout grâce à mon fils hein! Lui c'est un vrai coach!", "on est très lié...", "quand il avait 16-20 ans, il a amené tous ces copains à la maison...ça apportait de la vie", "il m'a de nouveau aidé"
Entourage souffrant de troubles dépressifs ou anxieux	"dans mon cercle proche", "il y a des barrières...qui tombent [...] "Oui moi aussi!"	"j'ai une amie qui est dépressive-bipolaire, la pauvre! Elle le vit mal.", "j'ai des amis qui sont clairement hyper dépressifs [...] c'est pas forcément le genre de gens qu'on aime aller voir!"	NE

	E7	E8	E9	E10
Pauvreté du réseau social	"il y a mon mari et nos deux enfants", "mes chiens"	"ben il a fallu quitter le NB pour venir ici", "on a été séparé presque 1 an et demi parce que moi j'ai trouvé du travail ici.", "un collègue [...] il est parti [...] ça faisait presque 15 ans qu'on mangeait ensemble...", " Ici je n'ai pas réussi à me faire d'amis au travail.", " la famille, j'ai mis une barrière "	"J'ai mon travail. Je rentre à la maison j'ai mes enfants.", " j'en ai 5 à la maison. [...] j'ai une grande de 20 ans, je vais être mamie.", "quand j'avais ces crises d'angoisse là, je ne travaillais pas [...] avec un bébé, vous vous débrouillez toute seule..."	"une amie aussi qui est, qui est une grande aussi dépressive", " J'ai une collègue à qui j'en ai parlé.", "enfin mon mari à 3 enfants, il était veuf lui. Donc à nous deux on a 5 enfants.", "nos enfants [...] ils sont présents [...] près de chez nous."
Soutien positif rencontré	"mes collègues [...] il sont fait plus attention"	NE	"mon entourage le sait [...] quand j'ai besoin d'être tranquille et de me poser...il faut me laisser."	"on a une vie de famille stable", " nos enfants ! Ils aident beaucoup parce que voilà, ils sont présents", "mes petits-enfants [...] ils me boostent énormément "
Personne aidante	NE	"la seule personne qui me soutient là-dedans c'est ma femme."	" j'ai un mari qui m'aide bien.", " J'ai beaucoup de temps pour moi, parce que, bon, mon mari m'aide beaucoup aussi."	"j'ai la chance d'avoir un mari avec lequel on peut beaucoup parler de tout ça" , "mon mari me le dit souvent "Ben oui mais ça serait bien que tu fasses des choses pour toi !""
Entourage souffrant de troubles dépressifs ou anxieux	"Actuellement, j'ai une copine qui prend du Deroxat.", "je lui ai dit "Si tu peux éviter d'en prendre, évite d'en prendre""	NE	"J'avais une amie qui en prenait aussi", "Je ne pose pas de questions moi. Je ne suis pas curieuse moi ! Enfin je m'occupe de moi"	"une amie aussi qui est, qui est une grande aussi dépressive"

4. LE PATIENT DEVIENT ACTEUR DE SES SOINS

4.1 MOBILISATION DES RESSOURCES INTERNES

	E1	E2	E3
Ressources internes / force intérieure	"il faut bien que ça aille", "Mes morts ils sont là [...] je tâche de pas y penser! Ou j'y pense en bien, c'est tout"	"j'ai davantage pris sur moi quoi!", "essayer de surmonter un petit peu", "prendre un peu sur soi pour certains petits trucs", "reprendre sur moi pour des trucs qui n'ont pas d'importance", "on est pas immortel", "la vie, elle est pas toute rose hein!", " faut que je me sorte de ce...de ce pétrin-là!"	"ben voilà, je...je positive!", "je sais qu'il faut que je me protège", "une force en soi même de pouvoir combattre tout ça [...] de garder le moral", "Quand on est malade, il y a une certaine volonté qu'on a quand même en soi-même [...] la volonté de pouvoir ... de guérir!", "Inconsciemment vous vous battez! Mais comment? J'ai pas de mot à ça." "on sait pas comment mon corps il réagit en fait...pourquoi que moi j'ai le moral et que d'autres ils l'ont pas..."
Une recherche de compléments ou alternatives au traitement antidépresseur			
Médecines douces	NE	NE	NE
Activités sportives	"je sors tous les jours [...] chercher mon pain ou au cimetière", "quand il fait beau, je vais dehors! "	"Ben je fais du yoga, je fais de la gymnastique, je fais de la marche.", "j'ai toujours fait beaucoup de sport, j'aime bien", "ça fait du bien de marcher!"	"une petite activité physique [...] de se sentir mieux un petit peu mieux dans son corps", "faut se booster quoi!", "Faudrait que je mette à...à la marche[...] tous les jours quoi [...] j'en parle, j'agis pas!"
Activités occupationnelles	"tomates", "fleurs", "cartes, du scrabble [...] une fois par mois [...] la bellotte", "je fais de la couture"	"On part en C. là [...] pour un mois et demi.", "Sortir! Sortir surtout!", "comme ça on n'est pas là à se morfondre à la maison. On est occupé,[...] On voit du monde!"	" moi c'est surtout la couture"
Changement de mode de vie	NE	NE	NE

4.2 LE TRAITEMENT ANTIDEPRESSEUR COMME SOUTIEN

	E1	E2	E3
	"On sent qu'on est mieux, les remèdes commencent à faire effet."	"je me sens mieux quoi! Que je suis bien! Bon sûrement avec l'aide du traitement!"	"Moi vous savez, je prends ça, je ne pense pas que c'est un antidépresseur que je prends hein! Moi pourvu que je sois mieux dans ma tête, c'est tout quoi!"

4.1 MOBILISATION DES RESSOURCES INTERNES

	E4	E5
Ressources internes / force intérieure	"en fait il faut que je me bouge", "on remet tout à plat, on déroule ça et tout ", "on rentre dans une...démarche pour aller mieux et qu'on fait ce qu'il faut[...] pour comprendre ce qui m'arrivait", " la démarche d'aller chercher et classer les...les fantômes", "ne pas attendre le cachet que...la solution [...] de compter uniquement pardon, sur ses propres ressources", "j'ai fait ce qu'il fallait pour solutionner ces problèmes ", "j'étais affecté [...] d'une grosse maladie qui était la procrastination!", "peut être un peu plus adulte" " j'ai plus besoin de mes parents quoi!" , "je fais des choses moi-même sans demander de l'aide à personne"	NE
Une recherche de compléments ou alternatives au traitement antidépresseur		
Médecines douces	NE	NE
Activités sportives	"c'est pertinent de faire du sport"	"il faudrait que je fasse beaucoup de sport pour évacuer un peu ces tensions, ce stress", "je sais que ça fait du bien hein!", "mes crises d'angoisse ont commencé du jour où j'ai arrêté le sport!", "c'était un bon exutoire pour...pour débloquer pleins de choses"
Activités occupationnelles	"de la musique [...] ça permet d'aller bien" , "je bricole" , "voir du monde", "concerts", "verre avec des amis"	NE
Changement de mode de vie	NE	"l'hygiène de vie", "diminuer les hypertenseurs [...] cigarettes [...] café [...] l'alcool", "ça augmente le stress et l'angoisse."

4.2 LE TRAITEMENT ANTIDEPRESSEUR COMME SOUTIEN

	E4	E5
	"l'antidépresseur fait partie de ces solutions-là", "quelque chose qui contribue à remonter et à aller bien" , " ça permet de remonter en fait"	"est ce que c'est le médicament qui m'a fait aller mieux ou est-ce que c'est la situation autour de moi qui s'est arrangée?" , "je pense qu'il y a un peu des deux forcément"

4.1 MOBILISATION DES RESSOURCES INTERNES

	E6	E7	E8
Ressources internes / force intérieure	"faudrait avoir confiance en soi...en la vie tout simplement...en nos capacités à rebondir!", "j'ai fait tout un travail sur moi-même", "des manuels de...psychiatrie, psychanalyse... [...] lire et c'est ça qui m'a vraiment aidé!"	"je voulais ...enfin plutôt ne pas retourner chez mon médecin, essayer de trouver une autre solution pour essayer de...guérir entre les 2 quoi!"	"je cherchais le moyen d'être prêt", "faut que je me sorte de là!", "il y a des bases qui sont là", "j'ai travaillé [...] d'autres choses en parallèle", "je travaille plus sur ma colère interne et le fait d'évacuer cette colère", "je dois remettre en état", "celui-là qui doit gérer et vraiment faire ça, c'est moi!", "c'est mon cerveau donc c'est qu'une démarche personnelle!", "c'est pas le médicament qui résout le problème. Il, il est là pour aider mais...c'est pas lui qui va résoudre les problèmes qu'on a!"
Une recherche de compléments ou alternatives au traitement antidépresseur			
Médecines douces	"j'ai fait de l'homéopathie", "j'ai eu un peu acupuncture"	"j'ai fait de l'hypnose", "plutôt que de prendre un médicament, je préfère avoir toutes ces médecines douces"	"Il y a d'autres médecines. Il n'y a pas qu'une médecine générale.", "Ma femme m'a amené vers l'ostéopathie. Elle m'a amené vers l'acupuncture.", "on a fait des kinésiothérapeutes", "des massages de pieds", "l'hypnose elle est très positive [...] j'ai senti des effets presque immédiats"
Activités sportives	NE	"me promener une heure avec mes chiens", "Pilates"	NE
Activités occupationnelles	"couture", "cuisine"	NE	"la gestion de l'équipe de mon fils en sport"
Changement de mode de vie	NE	NE	NE

4.2 LE TRAITEMENT ANTIDEPRESSEUR COMME SOUTIEN

	E6	E7	E8
	"Mais j'allais mieux hein! J'étais mieux déjà au bout de...quelques semaines et...après encore mieux."	"ça me soulageait", "C'est vrai que quand je ne suis pas bien, si je prends ça ben je sens mieux donc..."	"c'est pas le médicament qui résout le problème. Il, il est là pour aider mais...c'est pas lui qui va résoudre les problèmes qu'on a!"

4.1 MOBILISATION DES RESSOURCES INTERNES

	E9	E10
Ressources internes / force intérieure	NE	"le problème de ma fille n'est pas forcément résolu pour autant. Mais je le prends différemment.", "je suis moins dans la culpabilité", "j'ai les armures pour me battre par rapport à ça.", "j'ai acquis les armes pour pouvoir affronter certaines choses", "je pense différemment.", "je suis plus prête à affronter les choses.", "Puis j'arrive aussi à prendre du recul.", "je commence à arriver [...] à mettre une barrière entre nous 2 ", "c'est aussi à moi de me donner les moyens...d'arriver à vivre sans !"
<i>Une recherche de compléments ou alternatives au traitement antidépresseur</i>		
Médecines douces	NE	"de la sophrologie. J'en ai fait dans le cadre du travail et c'est vrai que j'ai beaucoup apprécié.", " ça peut être une aide en plus."
Activités sportives	NE	"je marche!", "j'ai [...] envie de m'inscrire à un sport l'année prochaine ...voilà pour vider la tête et pour prendre aussi un petit peu de temps pour moi"
Activités occupationnelles	NE	"je lis"
Changement de mode de vie	"Je m'accorde 1 heure de mon temps. Je me pose.", "avoir du temps pour moi."	"je fais plus de choses qu'à une période j'aurais fait. Je me laisse peut-être moins aller en plus. ", "Je me fixe des projets ! [...] en début de semaine [...] et je m'y tiens."

4.2 LE TRAITEMENT ANTIDEPRESSEUR COMME SOUTIEN

	E9	E10
	"du...Deroxat...20 mg. Et du coup nickel. Plus rien. ", "Heureusement qu'il y a médicaments là puisque [...] j'ai pu remonter grâce à ça ", "franchement ça m'a fait beaucoup de bien"	"il y avait quand même besoin de l'antidépresseur mais on gérait. ", "le traitement m'a aidé.", "Je pense que je n'aurais pas pu faire sans. "

4.3 LES EXPERIENCES ANTERIEURES DE DEPRESCRIPTION

	E1	E2
Traitement antidépresseur	NE	"les autres fois je l'ai fait, c'était pareil", "progressivement", "ça s'est bien passé à chaque fois"
Autres traitements	"des comprimés pour dormir, je les ai arrêté petit à petit"	NE
De l'entourage	NE	NE

4.4 LE CHANGEMENT DE STATUT DE PASSIF à ACTIF

	E1	E2
Forme de passivité ou réticence à l'initiation du traitement antidépresseur	"j'ai été hospitalisée...", "il m'a donné ces remèdes-là"	"j'ai pris mon premier traitement j'avais 18 ans! [...] c'est là que je suis tombée ben ..en dépression!"
Initiateur de la déprescription	"Oui je disais ben puisque ça va, on pourrait arrêter ce traitement! , et j'ai dit à madame B on va arrêter ..."	"elle m'a demandé si je me sentais capable [...] et c'est même moi qui lui ai dit que oui là je voulais l'arrêter quoi!", "J'avais déjà envisager de l'arrêter" "Mais bon moi j'étais décidée à l'arrêter là"
Acteur de ses soins	NE	NE
Autonome dans le protocole de déprescription	"elle va peut-être supprimer complètement. Je sais pas." , "je continue comme ça et puis quand elle voudra arrêter "	"elle m'a dit qu'après euh...après une fois sur 2 je peux faire un petit peu une fois sur 3 jour"
Acquisition d'une forme d'expertise	NE	NE

4.3 LES EXPERIENCES ANTERIEURES DE DP

	E3	E4
Traitement antidépresseur	"je diminuais 1 jour sur 2", "j'ai toujours réussi à m'en passer", "très bien", "je ne me souviens plus vraiment", "pour moi c'est du passé "	"j'ai déjà réussi à arrêter une fois" ,"j'ai arrêté assez rapidement", "j'aurais peut-être dû prendre plus mon temps ou pas...", " je voulais m'en débarrasser"
Autres traitements	"le Zolpidem j'ai réussi à m'en passer" , "une moitié [...] qu'à la demande" ,"c'est pour ça qu'il n'y avait pas de ...de dépendance à avoir"	NE
De l'entourage	"oui je connais une autre personne mais alors comment, comment elle avait diminué je peux pas vous dire non plus"	"On n'a pas abordé ça. Puis en plus, c'est assez lointain [...] enfin on ne se connaissait pas à l'époque."

4.4 LE CHANGEMENT DE STATUT DE PASSIF à ACTIF

	E3	E4
Forme de passivité ou réticence à l'initiation du traitement antidépresseur	"elle m'a dit "Bon ben faut prendre du, du...je vais vous mettre sous antidépresseur. "	"j'étais sous traitement pour une première fois donc en 2015! [...] en décembre 2016. J'ai rechuté et puis euh...par contre là on est resté sous 1 an."
Initiateur de la déprescription	" j'ai dit "Franchement j'aimerais bien diminuer!"" , "c'est moi qui lui en ai parlé hein!"	"on en parle avec le médecin [...]du jour au lendemain ou quand on sort du cabinet, je me dis "Ben tiens je vais diminuer en fait""
Acteur de ses soins	" Déjà la 1ère base, je décide d'aller voir le médecin. Donc déjà c'est quand même une décision de moi-même!", "je prends la décision d'aller voir...mon médecin!"	NE
Autonome dans le protocole de déprescription	"c'est moi qui va voir en fait", "Je sais que je vais en prendre tout le mois de juin euh...1/2 tous les 2 jours, et je pense que je vais peut-être continuer euh...2 mois quoi! ", "c'est moi qui décide ,enfin, c'est moi qui dit quand...", "je vais voir comment ça va se passer hein!"	NE
Acquisition d'une forme d'expertise	"je connais quand même mon corps", "quand je ne dors plus, que je fais que de pleurer et que je...je mange moins! Là pour moi c'est, c'est mes premiers...ça veut dire que je ne suis pas bien dans ma tête", "je connais mes limites", "je sentais que je n'allais pas bien donc je me suis préservée. ", "je préférais anticiper"	"une fois que vous avez connu ça, vous percevez aussi chez les ... chez d'autres, et des signes [...] ou dans les situations [...] ou dans les attitudes..."

4.3 LES EXPERIENCES ANTERIEURES DE DP

	E5	E6
Traitement antidépresseur	NE	"Je l'ai fait sur plusieurs mois quand même. J'avais été aidée. Par le médecin généraliste.", "Je l'ai arrêté sur...oulala moins de 3 mois.", "Ben je me sentais encore en déprime! Je replongeais!"
Autres traitements	"j'ai tourné pendant 5 mois sous morphine et Ibupro...Paracétamol et ...Kétoprofène. Quand j'ai arrêté, j'ai pas dormi pendant une semaine."	NE
De l'entourage	NE	NE

4.4 LE CHANGEMENT DE STATUT DE PASSIF à ACTIF

	E5	E6
Forme de passivité ou réticence à l'initiation du traitement antidépresseur	"c'est lui qui avait traité mes...mon anxiété...", "mon médecin traitant avait, donc m'avait prescrit à l'époque euh...donc j'étais en Paroxétine un cachet matin, un cachet soir"	"début juillet, je suis retournée voir le médecin généraliste", "c'est moi qui ai consulté le médecin généraliste pour avoir un antidépresseur"
Initiateur de la déprescription	"en discutant avec le Docteur S.", "c'était un échange avec elle", "Je fais " Après, on peut essayer...". Puis du coup on a essayé"	"il m'a dit "vous pouvez arrêter là, au bout de 6 mois", "c'est lui qui me l'a proposé."
Acteur de ses soins	NE	"c'est moi qui ai consulté le médecin généraliste pour avoir un antidépresseur", "j'ai consulté des psychiatres"
Autonome dans le protocole de déprescription	"je suis retourné à un demi de mon plein grès", "je suis, par moi-même redescendu à un demi parce que je sentais que ça allait mieux"	"je vais me dire quelques semaines!", "ben 4! 3! 3 semaines!"
Acquisition d'une forme d'expertise	NE	NE

4.3 LES EXPERIENCES ANTERIEURES DE DP

	E7	E8
Traitement antidépresseur	"ça fait 6-7 fois peut être que je fais ça.", "des phases où je prenais à 1 sur 2, ça n'allait pas", "j'avais des vertiges", "Voilà j'arrive pas à m'en débarrasser quoi!"	"je les ai arrêté le plus tôt possible [...] trop rapidement.", "j'étais pas prêt", "j'étais pas forcément bien pour m'arrêter.", "Rétrospectivement je n'étais pas bien.", "je me suis complètement effondré, écroulé, en larmes!", "complètement la dépression"
Autres traitements	NE	NE
De l'entourage	NE	NE

4.4 LE CHANGEMENT DE STATUT DE PASSIF à ACTIF

	E7	E8
Forme de passivité ou réticence à l'initiation du traitement antidépresseur	"arrivé à un moment j'étais obligé même si je n'avais pas envie de ça!"	"j'ai été obligé de prendre des antidépresseurs la première fois", j'ai déjà attendu d'être gravement atteint avant d'accepter de pouvoir en prendre.", "à un moment donné fallait quand même que je fasse quelque chose. C'est là-dessus que je suis reparti sur les médicaments"
Initiateur de la déprescription	"je lui ai dit "ben là j'aimerais bien diminuer donc...je vais essayer""	"Je l'ai pris tout seul la décision [...] j'en avais parlé avant au médecin ", " je me suis dit après les fêtes "Je me sens prêt, j'y vais!""
Acteur de ses soins	"si j'étais vraiment mal...je prendrai rendez-vous et puis je viendrai plus tôt "	NE
Autonome dans le protocole de déprescription	"des phases où je prenais à 1 sur 2. Ca n'allait pas donc je reprenais à 1 par jour.", "je suis autonome maintenant avec mon traitement quoi." , "actuellement c'est moi qui vois..."	"elle me laisse assez gérer ça.", "Elle m'a dit s'il y a besoin de remonter si je me sentais pas bien"
Acquisition d'une forme d'expertise	"ben là maintenant depuis le temps que j'en prends, je sais..."	NE

4.3 LES EXPERIENCES ANTERIEURES DE DP

	E9	E10
Traitement antidépresseur	"ça s'appelait Prozac. Et donc ben super, nickel. Après j'ai réussi à arrêter", "Pendant des années j'en ai pas pris !" "ça fait 22 ans que j'en prends...j'ai essayé à plusieurs reprises et en fait avec des rechutes"	"j'avais arrêté longtemps (...) C'était Seroplex"
Autres traitements	NE	NE
De l'entourage	NE	"Déjà lui, il a diminué par lui-même [...] son psychiatre ne veut pas qu'il arrête complètement"

4.4 LE CHANGEMENT DE STATUT DE PASSIF à ACTIF

	E9	E10
Forme de passivité ou réticence à l'initiation du traitement antidépresseur	"Et donc ils ont commencé à me mettre sous antidépresseurs pour me calmer.", "Donc là je suis obligée d'en reprendre"	"Et à un moment elle a pris la décision de, de me donner un traitement parce qu'elle voyait bien que là, c'était plus possible"
Initiateur de la déprescription	"Ben oui, je lui en ai parlé", "Et là je lui ai dit "Le Deroxat, j'aimerais bien arrêté quoi !"	"avec le docteur S on en a beaucoup parlé", "puis là on a décidé d'arrêter avec le docteur S"
Acteur de ses soins	NE	"je revois, je reverrai le docteur"
Autonome dans le protocole de déprescription	"après je vais essayer moitié par moitié. ", " après je vais essayer d'arrêter totalement quoi et puis on va bien voir!"	"que là d'un demi tous les 2 jours, je pense qu'on va peut-être faire tous les 3 jours...", "Là on est à 4 mois, on disait que dans 2 mois on allait essayer de diminuer."
Acquisition d'une forme d'expertise	"ça fait des années que j'en fais donc j'arrive à les contrôler ces crises-là", "un sac que je...je prends des grandes respirations et tout pour essayer de me calmer"	" j'ai analysé que ça pouvait être justement le sevrage."

4.5 LES CONDITIONS PREALABLES A LA DEPRESCRIPTION

	E1	E2
Guérison / ressenti positif	"puisque ça va", "parce que ça allait", "parce que je me trouve bien", "Je disais "Ca va bien, on l'arrête! """, "Maintenant ça va bien, on peut l'arrêter!"	"je me sentais mieux" , "bien dans ma peau" ,"capable moralement", "pourquoi continuer à prendre un médicament quand on est bien!"
Bonne période	"il faut continuer avec votre fille maintenant"	NE
Intention d'arrêt	"la volonté de dire "Je veux pas en prendre!". C'était ça mon truc!", "la volonté de dire "Il faut arrêter""	"je voulais l'arrêter quoi!", "j'étais prête à l'arrêter."
Projection positive	NE	"je me sens capable de plus prendre ce traitement", "je me sentais capable de l'arrêter et de continuer à être bien!"
Saison	NE	"printemps [...] été", "C'est la période pour...plus pour...plus pour arrêter.", "en principe, quand il y a du soleil, on est quand même mieux!"
Traitement devenu obsolète	NE	NE

4.6 LES MOTIVATIONS

	E1	E2
Nocivité redoutée	"c'est des remèdes qui sont pas bons pour la santé!"	"ils sont quand même nocifs pour la santé"
Prise de poids	NE	NE
Pas à vie / dépendance	"pas [...]prendre tout le temps de sa vie"	"je voulais pas non plus prendre un traitement à vie!"
Le moins de médicaments / liberté	NE	" je ne prendrais plus aucun médicament!"

4.5 LES CONDITIONS PREALABLES A LA DEPRESCRIPTION

	E3	E4
Guérison / ressenti positif	"parce que je me sentais mieux dans ma tête!" "parce que je suis prête dans ma tête" ,"je dormais mieux [...] les larmes n'étaient plus là"	"ça va mieux" , "ça va, ça va bien" , "je suis contente, je suis heureux" , "je dors bien, je fais ce que je veux"
Bonne période	NE	"période de stabilité" , " tous les faisceaux, tous les indices sont au vert" , "beaux jours" , "entourage top" , "relations sociales" , "grossesse" , "une situation...plus opportune qu'une autre!" , "je profite d'un voyage aux Antilles [...] au milieu des vacances, je diminue"
Intention d'arrêt	"j'ai envie d'arrêter, ça c'est clair!" , "j'aurais pas pris la décision d'arrêter si...si j'avais pas eu l'envie quoi!"	"l'envie est plutôt simple, accessible" , "faut se lancer!"
Projection positive	" je suis prête à arrêter en fait!" , "c'est pas parce que j'ai un cancer que j'arriverai pas à m'en passer quoi!"	"on a décidé de continuer...sans!"
Saison	NE	"les beaux jours peuvent jouer" , "c'est quand même des périodes où on va beaucoup mieux!" , "l'idée n'était pas de moi" , " forcé de constater qu'il faut y croire quand même" , "je tenterai de croire les personnes qui me le disent puisque oui!"
Traitement devenu obsolète	NE	"c'est bien de se dire qu'on en a pas besoin" , "je suis convaincu qu'on en a pas besoin" , "ça ne fait pas partie de mon équilibre aujourd'hui. Je n'ai pas besoin de ça pour...avoir une stabilité, un équilibre et puis un épanouissement"

4.6 LES MOTIVATIONS

	E3	E4
Nocivité redoutée	NE	"je doute que ces soit des plantes..." , " qu'est ce qui est le plus dangereux entre un Effergal et un antidépresseur, je vais vous dire l'antidépresseur!"
Prise de poids	NE	NE
Pas à vie / dépendance	"je compte bien pas prendre ça toute ma vie" , "c'est bien [...] de pouvoir s'en séparer parce qu'autrement on devient...dépendant!"	"on en a pas besoin tout le temps" , "finalement ce soit tellement une accoutumance [...] quelque chose dont on ne peut plus se séparer"
Le moins de médicaments / liberté	"je prends pas des médicaments pour dire que je prends des médicaments quoi!"	"plus rien comme médicament" , "de ne rien prendre comme médicament" , "d'être libre" , "c'est une liberté" , "une vie libre" , "vous ne prenez que votre petit déjeuner" , "c'est chiant d'avoir [...] ces gélules "

4.5 LES CONDITIONS PREALABLES A LA DEPRESCRIPTION

	E5	E6
Guérison / ressenti positif	"je sentais que ça allait mieux", " quand tu te sentiras prêt et que tu te sentiras mieux, tu pourras redescendre un peu le traitement"	NE
Bonne période	"j'attends que la situation professionnelle de ma femme se stabilise un peu", "quand ce sera le bon moment..."	"je l'ai fait qu'après les fêtes! Parce que je voulais profiter...j'avais peur [...] d'avoir des manques, de ne pas être bien"
Intention d'arrêt	"une envie d'arrêter!"	"c'est ce que je souhaitais."
Projection positive	NE	NE
Saison	NE	NE
Traitement devenu obsolète	NE	NE

4.6 LES MOTIVATIONS

	E5	E6
Nocivité redoutée	NE	"faut pas le prendre trop longtemps [...] tout médicament a des effets secondaires"
Prise de poids	NE	"j'ai pris du poids. Donc je souhaitais le supprimer... "
Pas à vie / dépendance	"toutes les habitudes sont un peu addictives entre guillemets donc on perd un peu de liberté...", "se débarrasser de cette habitude", "quitter cette habitude-là", "nos petits habitudes qu'on aimerait bien arrêter quoi!"	NE
Le moins de médicaments / liberté	"le but ben d'arrêter d'en prendre forcément", "ne pas avoir à prendre un cachet tous les soirs", "c'est plus une question pratique", "c'est la partie logistique [...] faut que j'aille renouveler l'ordonnance... faut que je trouve le temps d'aller à la pharmacie...", "c'est pénible", "le plus embêtant", "c'est les trucs un peu chiant"	NE

4.5 LES CONDITIONS PREALABLES A LA DEPRESCRIPTION

	E7	E8
Guérison / ressenti positif	"quand je l'arrête c'est que je me sens mieux" , "j'ai plus ces angoisses"	"Voilà je me sens mieux...", "au mois de novembre, je me sentais déjà plus fort!", "Plus armé"
Bonne période	NE	"après les fêtes! J'ai pas voulu faire avant les fêtes." , "pour ne pas gâcher les fêtes si ça se passe mal quoi!"
Intention d'arrêt	NE	"j'ai décidé dans ma tête "Oui""
Projection positive	NE	"de me sentir capable de le faire", "il y a une possibilité d'aller jusqu'au bout de la diminution!", "est ce que je suis capable de faire sans? " , "des petits doutes"
Saison	NE	NE
Traitement devenu obsolète	NE	NE

4.6 LES MOTIVATIONS

	E7	E8
Nocivité redoutée	"envie de m'en débarrasser" , " c'est pas anodin", "à évacuer", "balayer un peu toute ces molécules "	NE
Prise de poids	NE	NE
Pas à vie / dépendance	NE	" j'ai essayé de les arrêter le plus tôt possible", "il ne fallait pas durer [...] pour ne pas retomber dans le schéma typique familial"
Le moins de médicaments / liberté	" le but c'est que je prenne plus de cachet!"	"mon but est vraiment d'arrêter! De ne plus en avoir!", "je l'ai fait pour ne pas prendre de médicament", "j'ai pas envie de finir dans...le moins possible de médicament."

4.5 LES CONDITIONS PREALABLES A LA DEPRESCRIPTION

	E9	E10
Guérison / ressenti positif	"maintenant je me sens très très bien.", "je n'ai plus de crises d'angoisse, je n'ai plus rien, je me sens bien !"	" je n'ai plus lieu trop d'en prendre. Tout va mieux quand même.", "ça allait mieux"
Bonne période	NE	"dans ma vie ça va un petit peu, ça va mieux aussi!", "là il n'y a plus lieu de stresser, de ne pas être bien."
Intention d'arrêt	"j'ai envie d'arrêté carrément voilà ", "Mais je voudrais carrément arrêter."	"à un moment donné, faut aussi prendre la décision."
Projection positive	NE	"on arrive à avancer et ne plus avoir besoin de tout ça.", "maintenant cette aide là je peux vivre sans! ", " je me dis que je peux vivre sans", "Mais maintenant je sens que je suis capable de vivre sans.", "je pense pouvoir arriver à...continuer le chemin comme ça."
Saison	NE	NE
Traitement devenu obsolète	"je n'en ai plus besoin", "voilà je n'en ressens plus le besoin! "	"voilà on arrive à avancer et ne plus avoir besoin de tout ça.", "maintenant c'est vrai que je n'ai plus lieu trop d'en prendre."

4.6 LES MOTIVATIONS

	E9	E10
Nocivité redoutée	NE	NE
Prise de poids	"avec ce médicament là on prend beaucoup de poids.", "je n'ai pas trop envie de prendre du poids"	NE
Pas à vie / dépendance	NE	"le but c'est pas d'en prendre toute ma vie.", "je ne me voyais pas sous antidépresseur toute ma vie", "je le compare toujours à une drogue quoi! Arrêter pour...pour voilà !"
Le moins de médicaments / liberté	"mon souhait c'est d'arrêter carrément! ", "Et puis voilà quoi prendre des médicaments, ça n'est jamais agréable ! Le matin "[...]j'ai mon Deroxat à prendre""	"le but, c'est de complètement arrêter bien sûr!", "j'ai aussi une autre maladie [...] voilà ne faut peut-être pas cumuler. Eviter de prendre des choses."

5 L'ACCOMPAGNANT

	E1	E2	E3	E4	E5
Aux côtés des patients : le thérapeute	"madame B."	"avec le médecin"	"je suis bien encadrée", "je suis tellement entourée entre bon, ben Madame G [...] l'hôpital...", "il faut que je , que je suive leurs chemins quoi!"	"avec le médecin", "avec le psychologue", "vous n'êtes pas seul! Accompagné quoi."	"Docteur S."

5.1 LES MODALITES DE DEPRESCRIPTION

5.1.1 Les contre-indications de la déprescription

	E1	E2	E3	E4	E5
Ressenti négatif	NE	"quand on est pas bien, c'est pas la peine de commencer"	NE	NE	NE
Durée insuffisante de traitement	NE	NE	"elle trouvait que ça ne faisait pas assez longtemps que j'en prenais"	"avec en plus même pas 6 mois à plein régime", "dites bien à votre ami que...la diminution, il peut prendre son rythme"	NE
Saison hivernale	NE	"elle ne voulait pas me faire arrêter de toute façon avant...avant le printemps/été là!", "ils ne font jamais arrêter un traitement en plein hiver hein!"	NE	NE	NE

5 L'ACCOMPAGNANT

	E6	E7	E8	E9	E10
Aux côtés des patients : le thérapeute	"le psychiatre"	"Docteur S.", "on se voit régulièrement"	"le docteur", "une autre psychologue [...] fait aussi de l'hypnose"	"Docteur S.", " Elle m'accompagne beaucoup..."	"Docteur S. qui me suit"

5.1 LES MODALITES DE DEPRESCRIPTION

5.1.1 Les contre-indications de la déprescription

	E6	E7	E8	E9	E10
Ressenti négatif	NE	NE	"je n'étais pas prêt", "rétrospectivement je n'étais pas bien!"	NE	NE
Durée insuffisante de traitement	NE	NE	NE	NE	NE
Saison hivernale	NE	NE	NE	NE	NE

5.1.2 Le protocole de déprescription : un cadre rassurant		
	E1	E2
Une décroissance progressive, par paliers	"on va arrêter doucement, en allant doucement, doucement ", "aller en diminuant ", "baisser petit à petit", "75 et 37,5, 1 sur 2", "pour la fin, 37.5 là. Alors c'est un jour sur 2 que je prends"	"progressivement", "une fois sur 2 "
Adaptation de la durée des paliers et de la durée totale	NE	"ça va être moins long que celui de la dernière fois", "j'étais plus longue à ...à diminuer [...] ça doit dépendre de la cause", "en faisant vraiment lentement, ça s'est bien passé", "1 tous les 2 jours, là je l'ai pris au moins pendant euh... pendant 3 mois", " celle d'avant, j'ai fait une fois tous les 3 jours, une fois tous les 4 jours, une fois tous les 5 jours. J'ai été plus en diminuant plus longtemps quoi!"
La notion d'essai	NE	"je voulais essayer cette fois-là, je voulais essayer de diminuer pour voir ce que ça donnait."
Ré-augmentation possible	"ils peuvent remonter"	"reprendre dans l'autre sens"
Contre-indication d'un arrêt brutal	"elle m'a dit ça ne se fait pas comme ça du jour au lendemain"	"un traitement antidépresseur, on l'arrête pas comme ça du jour au lendemain"
Référent de la déprescription	"j'ai été voir madame B, tous les 3 mois", "elle m'a dit "Non on va arrêter doucement", "elle m'a dit ça ne se fait pas comme ça du jour au lendemain." , "Petit à petit elle va peut-être supprimer complètement. Je sais pas." , "Et je continue comme ça et puis quand elle voudra arrêter "	" j'en avais discuté avec le docteur traitant", "la doctoresse m'a quand même demandé si je me sentais capable", "c'est elle qui jugera s'il faut que je...s'il faut que je recontinue, reprendre dans l'autre sens quoi! "
Le pharmacien "exécutant"	"elle met absolument ce qui est marqué sur l'ordonnance", "ce qu'il met sur l'ordonnance bon ben on le suit!", "Le pharmacien, il fait qu'exécuter!", "elle m'a juste dit [...] comme c'était marqué sur l'ordonnance, c'est tout!"	"c'est le docteur quand même qui juge le premier!", "je les connais mais...[...]ça fait pas pareil comme avec le docteur", "on discute moins avec une pharmacienne qu'avec le docteur...son médecin traitant"

5.1.2 Le protocole de déprescription : un cadre rassurant		
	E3	E4
Une décroissance progressive, par paliers	"je diminuais 1 jour sur 2...comme, comme je fais en ce moment", "j'en prenais 1/2 par jour", "De décembre à juin", "maintenant j'en prends 1/2 tous les 2 jours", "puis après peut être que 2 par semaine"	"60 à 30 par jour. Puis ensuite 30 tous les 2 jours", "la diminution par pallier", "à partir d'aujourd'hui on ne prend plus rien."
Adaptation de la durée des paliers et de la durée totale	"je suis quand même à 15...à 15 mois", "j'aimerais bien rediminué...mais j'attendais! Parce que je...je vais, je suis montée par rapport à mon cancer, ils m'ont hospitalisé sur P.", "si j'avais fait ce protocole, j'aurais continué!"	"on a diminué sur...plus longtemps", "prendre plus le temps la seconde fois!", "c'est ce qui est indiqué", "ça permet aussi d'appréhender mais dans le sens "se préparer" quoi! A s'en défaire"
La notion d'essai	"si j'avais diminué au mois de septembre, il aurait peut-être fallu que je reparte euh...à 1 parce que ça n'aurait peut-être pas marcher"	"on essaye de s'en, de s'en défaire", "Essayer de se dire "On va de nouveau, enfin, continuer par là..."
Ré-augmentation possible	"si j'avais diminué au mois de septembre, il aurait peut-être fallu que je reparte euh...à 1 "	NE
Contre-indication d'un arrêt brutal	"faut peut-être pas que je m'arrête trop brutalement...", "je vais pas arrêter 1 comprimé par jour du jour au lendemain", "Mme N m'avait dit qu'il ne fallait pas arrêter du jour au lendemain."	NE
Référent de la déprescription	"le mois d'après on se revoyait ", "pour 3 mois", " j'ai été voir Madame L. début, début juin", "c'est vous qui allez voir!", "si je vois qu'il y a un petit rebond ou quoique ce soit que se réinstalle et ben ...voilà je discute"	"il m'a toujours suivi pendant cette période-là", " les échanges avec le médecin confirme effectivement qu'on peut initier cette étape ci", "on se voit tous les 3 mois, 6 mois peut être", " au moins tous les 3 mois au téléphone!", "on a pas besoin de se voir", "cette confiance entre ces 3 là! C'est même euh...le médecin traitant, le psy et moi...en gros on est d'accord tous les 3, ben on y va!", "c'est...les, les décisions un peu partagées..."
Le pharmacien "exécutant"	"c'est pas forcément elle qui juge hein! [...] elle te donne la boîte en fonction de...et puis c'est tout quoi!", "elle me demande où j'en suis [...] je trouve ça sympa", "ils me connaissent tous depuis [...] 2 ans que j'y vais régulièrement"	"Prenez votre temps quoi en fait...". Est-ce que c'est bien...bien jugé d'un pharmacien de dire ça? Je ne sais pas..."

5.1.2 Le protocole de déprescription : un cadre rassurant		
	E5	E6
Une décroissance progressive, par paliers	"3-4 mois sur un matin et soir [...] ensuite du coup à un par jour", "ça fait à peu près un an et demi que je suis passé à un demi." , "de diminuer progressivement "	"par moitié au bout de 4 semaines" , "ça va faire 4 semaines"
Adaptation de la durée des paliers et de la durée totale	"ça fait à peu près un an et demi que je suis passé à un demi." , " J'attends que la situation professionnelle de ma femme se stabilise un peu"	"je vais attendre quand même [...] quelques semaines!"
La notion d'essai	"on peut essayer..." , "on va essayer..." , "on a décidé d'essayer" , "sur un mois ou deux...puis j'ai vu que ça passait"	NE
Ré-augmentation possible	"j'avais demandé au docteur S de remonter" , "temporairement" , "sur une courte période" , "il y a eu un mois ou deux où j'ai réaugmenté le traitement parce que j'étais vraiment hyperstressé"	NE
Contre-indication d'un arrêt brutal	NE	NE
Référent de la déprescription	"tous les 3 mois" , "un petit point [...] très succinct...voir un peu comment ça se passe..." , "j'avais demandé au docteur S de remonter" , "l'idée avec le Docteur S c'est effectivement de...de, de diminuer progressivement "	" je voyais ça avec le psychiatre" , "vous pouvez arrêter là, au bout de 6 mois" , "par moitié au bout de 4 semaines" , "C'est pas fort du tout...vous n'aurez aucun problème pour l'arrêter!" , "si j'ai un manque, je lui en parlerai au psychiatre" , "une fois toutes les 4-5 semaines quoi."
Le pharmacien "exécutant"	"quand ça touche la médecine, j'ai envie de discuter avec un médecin." , " ils sont pharmaciens ils ne sont pas médecins quoi." , "ils sont docteurs en pharmacie" , "quand ça touche le paramédical, ça ne me dérange pas d'en discuter avec eux" , "quand c'est du pur médical, on ne demande pas à son pharmacien"	NE

5.1.2 Le protocole de déprescription : un cadre rassurant		
	E7	E8
Une décroissance progressive, par paliers	"là je suis à 37.5 par jour...je vais essayer à 1 sur 2 là. J'étais avant à 75 hein. ", "l'autre fois j'ai dû rester 1 mois"	"des comprimés de [...] 20 mg, je les ai coupé en 2...", "là je suis passé à un demi"
Adaptation de la durée des paliers et de la durée totale	"on reste comme ça le temps que ça me convient quoi.", "il faut que je reste sur une...une longueur je pense, enfin pour voir si ça marche!"	"j'avais envie d'attendre un peu.", "maintenant ? Est-ce que dans 2-3 mois je serai bien ou pas ? Ou est-ce que j'attends la fin des vacances ou ?" , "je pense que je vais attendre les 2-3 dernières séances [...] De redéclencher un peu les choses"
La notion d'essai	"Je vais essayer à 1 sur 2 là.", " je vais essayer de faire en sorte de.", "Ben là j'aimerais bien diminuer donc...je vais essayer !", "ben essayez puis on voit à ce moment-là", "pour voir si ça marche!"	"on va commencer à diminuer de moitié pour voir!", "si c'est gâché en c'est pas grave quoi! Je repartirai, je remettrai ce qu'il faut..."
Ré-augmentation possible	"si ça ne va pas, vous reprenez 1 par jour et puis on reverra", "des phases où je prenais à 1 sur 2. Ca n'allait pas donc je reprenais à 1 par jour.", "je n'étais pas bien, donc je suis repassée à 1 par jour", " ça commençait à partir...en vrille! (rires) Donc j'en ai repris 1 par jour."	"Elle m'a dit s'il y a besoin de remonter si je me sentais pas bien "
Contre-indication d'un arrêt brutal	NE	"En manque du comprimé et au bout de 5 jours, j'ai été complètement H.S....arrêt trop dur...sevrage mal fait..."
Référent de la déprescription	"suivi tous les 2 mois", "j'ai vu Docteur S mercredi matin je vais essayer de passer à 1 sur 2", "Ben si ça ne va pas, vous reprenez 1 par jour et puis on reverra à ce moment-là la prochaine fois quoi"	"je la revois dans 2 mois", "j'en avais parlé avant au médecin", ""Oui, oui pas de soucis, vous verrez bien" c'est...ça restait ma décision [...]on en reparlerait!", "Elle m'a dit s'il y a besoin de remonter si je me sentais pas bien "
Le pharmacien "exécutant"	"je leur donne l'ordonnance!" "ils sont assez, ici, à proposer des trucs à base de plantes...", "depuis le temps qu'ils me voient"	NE

5.1.2 Le protocole de déprescription : un cadre rassurant		
	E9	E10
Une décroissance progressive, par paliers	"Vous faites au fur et à mesure comme ça", "elle m'a dit petit à petit.", "Diminuer progressivement. "	" j'y vais doucement ", " 4 mois que je dois être passée à un demi comprimé tous les 2 jours.", "très lentement.", "petit à petit..."
Adaptation de la durée des paliers et de la durée totale	"J'en prends 1, 1/2 , 1, 1/2 donc pour l'instant je reste comme ça."	" on diminue doucement. ", "c'est contrôlé et on le fait tous les 6 mois", "comme c'est progressif c'est pas non plus difficile en soi"
La notion d'essai	NE	"ben fallait essayer aussi ! ", "en commençant à un tous les 2 jours [...] c'était un premier essai", " je me suis rendu compte que j'ai réussi [...] que tout allait bien! Donc c'est pour ça que j'ai envie de continuer et d'arrêter complètement.", "comme on a vu que ça avait fonctionné la première fois, donc on continue ! "
Ré-augmentation possible	NE	NE
Contre-indication d'un arrêt brutal	NE	"je l'avais fait par moi-même [...] j'avais trop souffert. Là c'était trop brutal"
Référent de la déprescription	"le Docteur S.", "c'est elle qui m'accompagne oui", "elle me rassure. Elle me dit comment faire pour diminuer...On se voit régulièrement...", " je demandais l'avis au Docteur S. C'est elle qui m'a dit ce qu'il fallait faire", "elle me dit "Non, il ne faut pas faire comme ça. Il faut prendre 1 et après la moitié. "	"c'est docteur S qui me suit maintenant à ce niveau-là", "je voyais le docteur S tous les mois", "là ça va mieux [...] on essaye de se voir tous les 3 mois.", " si elle me dit que maintenant on peut envisager de le diminuer, c'est que ça y est, elle l'a senti !", " si on voit que ça ne va pas [...] je reverrai le docteur.", "on disait que dans 2 mois on allait essayer de diminuer."
Le pharmacien "exécutant"	"Ils ne disent rien, ça va. Je leur emmène mon ordonnance et puis voilà ils me donnent le traitement.", "ils ne me posent pas de questions"	"Et il n'y a aucun souci, il me donne mon traitement sans...", "la personne qui m'a servie, m'a dit "Ah c'est bien, pouvoir diminué comme ça ! Vous êtes presque rendu à la fin quoi !"Donc c'est encourageant"

5.2 LA PSYCHOTHERAPIE OU PAROLE LIBÉRATRICE

	E1	E2	E3
Psychothérapie actuelle	NE	NE	NE
Importance de la parole	NE	"je lui dis n'importe quoi! Je lui dis tout!" , " les embrouilles, quelque fois avec le mari...Je lui raconte tout moi!"	"je discute régulièrement avec les médecins", " je discute avec les infirmières [...] avec les médecins, les médecins internes. Je discute beaucoup moi en fait!", "si j'ai quelque chose qui, qui qu'est dans le fond de moi qui n'est pas réglée, il faut que j'en parle pour pouvoir trouver une solution!"
Relation avec le psychothérapeute	"il m'avait dit [...] faut vendre votre maison [...] faut aller dans un foyer logement, pas que vous soyez toute seule"	NE	NE
Expériences antérieures de psychothérapie	"Oui j'ai été hospitalisée à G quand mon époux est décédé et puis ensuite [...] un compagnon pendant 8 ans, et il est mort presque subitement."	NE	"j'avais été voir un psychiatre[...] ça m'a pas forcément euh...fait du bien quoi", "j'avais pas trouvé du...du bien être en moi par rapport à ce psychiatre" , "avec Madame N on discutait beaucoup ensemble", " elle était toujours à mon écoute quand j'allais pas bien"
Représentation de la psychiatrie, psychothérapie, hypnose....	"Ca m'a fait du bien"	NE	NE

	E4	E5	E6
Psychothérapie actuelle	"le travail avec le psychologue"	NE	"j'ai consulté le psychiatre "
Importance de la parole	"on a besoin de parler, parler, parler, parler...", "il y a un moment de temps il faut parler!"	NE	"besoin de parler" 2 fois, "j'aurais eu besoin de parler! Mais à ce moment-là ils ne nous envoyaient pas voir un psychiatre!", "il faudrait pouvoir les , les voir toutes les semaines et parler, parler, parler...et là on ne prend pas d'antidépresseurs", "quand on sait d'où ça vient...on se dit qu'on devrait même pas avoir à prendre ça quoi!"
Relation avec le psychothérapeute	" j'ai confiance aussi dans le jugement de...du psy" , "un contrat de confiance et une relation avec le...le patient!" , "une certaine forme d'engagement" ,"leurs conseils " , "nos séances sont plus approfondies donc il voit plus...l'avancée", "me donne son avis [...] lorsque vous le sollicitez" ," l'attention est portée [...] à ne pas être dirigiste" , "le rôle que peut avoir un médecin [...] un psy [...] un confident où on peut parler librement sans jugement", " il me voit différemment...comme moi je peux me voir"	NE	"lui on pouvait discuter...", " il n'était pas contre un antidépresseur mais il était pas pour non plus. Il souhaitait peut-être aussi me connaître avant " , "il m'a demandé si je voulais finir [...] il me responsabilise. "
Expériences antérieures de psychothérapie	NE	NE	"J'ai consulté des psychiatres et puis je sais, j'ai fait un travail sur moi-même...", " la mienne [...] elle a arrêté en mars en fait. [...] je la consultais surtout [...] pour mes rapports avec mes enfants"
Représentation de la psychiatrie, psychothérapie, hypnose....	"fasse le ménage avec plein de choses", "mettre les choses à plat" , "la démarche d'aller chercher et classer les...les fantômes" ,"de travailler à ce que ça aille bien", "ce qu'il fallait pour comprendre ce qui m'arrivait", "m'a permis [...] de franchir des choses", "travail d'échange, d'explications et de désacralisation d'un problème", "désacraliser...le poids qui s'abat sur vous de questions sur l'avenir...", "qui puisse effectivement donner des clefs en fait de compréhension", "la loupe", "le code de déchiffrement"	NE	"des personnes qui auraient besoin de parler, de voir un psy comme on dit!", "j'ai changé de médecin généraliste parce qu'elle ne parlait pas avec moi! Et en fait ce que j'avais besoin c'est un psychiatre ! Parler!"

	E7	E8
Psychothérapie actuelle	"Madame S. [...] Je reste avec elle une petit demi-heure, on discute"	"une autre psychologue", "elle a surtout fait aussi de l'hypnose"
Importance de la parole	NE	"C'est pas forcément sur ma femme que j'avais des choses à dire [...] plus avec ma famille et mes problèmes personnels avec ma famille, et mon enfance", "Là j'arrive à en parler [...] Je communique plus!", "je le dis que je ne suis plus d'accord...je, je l'exprime."
Relation avec le psychothérapeute	"elle m'a proposé l'hypnose, donc c'est bien. Je suis contente.", " Et puis elle écoute, elle écoute bien ce qu'on a à dire...elle prend le temps..."	" je travaillais déjà avec l'hypnothérapeute là...Pour qu'elle arrive à me faire changer! ", "arrêter de me voir comme un gamin", " Ben l'enfant maintenant faut...ben qu'il grandisse ![...] Les protections [...] quand j'étais petit, ben faut les ouvrir [...] faut laisser la liberté", "Elle m'a fait grandir [...] dans ma tête", "une prise de conscience de moi", "savoir prendre des décisions et assumer les décisions que je prends.", "Maintenant [...] je le dis que je ne suis plus d'accord..."
Expériences antérieures de psychothérapie	"j'avais vu aussi une psychothérapeute...pas forcément abouti!", "elle me faisait venir toutes les semaines", " elle me faisait poireauter des fois une heure et demi...", "j'en avais un peu marre quoi!"	"ça n'a pas marché", "elle m'a fait parler mais elle ne me donnait pas d'explications", "elle m'écoutait mais il n'y avait pas d'explications derrière", " ça ne servait à rien pour moi!", "j'avance à rien quoi!"
Représentation de la psychiatrie, psychothérapie, hypnose....	"à part empocher le chèque", "c'était un peu un business...", "je pense qu'il devait travailler avec les laboratoires Effexor", " ils ont leur marque de médicaments hein!", "séances d'hypnose aussi pour essayer d'évacuer tout ça", "c'est pas la cause qu'elle veut trouver, c'est d'enlever [...] ces angoisses quoi!"	"ma mère des psychiatres elle en a suivi plein! [...] pour moi c'est des charlatans!", "les psychologues, psychiatres je sais jamais la différence entre les deux", "l'hypnose est très positive", "des sensations", "des ressentiments internes", "qui m'ont basculé à des étapes", "permis de valider et passer à autre chose", "passer ce cap", "elle a été déclencheur déjà de me dire que j'étais [...] vraiment prêt à pouvoir le faire", "une aide", "j'arrive à assurer cette baisse de médicament grâce à ça"

	E9	E10
Psychothérapie actuelle	NE	"avec le docteur S on en a beaucoup parlé."
Importance de la parole	NE	"le traitement m'a aidé. Et le fait d'en parler.", "ce qui ai arrivé à ma fille, j'en ai beaucoup parlé [...] parce que j'en avais besoin.[...] ça m'a beaucoup aidé!"; "Maman il faut que tu en parles ! Si t'as besoin.", "je pense que ça m'a bien aidé aussi !"
Relation avec le psychothérapeute	NE	"quelqu'un qui m'a compris", "J'ai enfin trouvé quelqu'un qui m'écoutait un peu! ", "je me sens écoutée donc...entendue...ben j'ai l'impression d'exister quoi ! "
Expériences antérieures de psychothérapie	NE	"une psychiatre qui m'allait très bien, elle est partie en retraite.", " il y avait beaucoup de discussions", "elle trouvait que le fait de discuter, ça pouvait peut être suffire ", "j'avais retrouvé un psychiatre [...] ça ne correspondait plus", "j'étais pas écoutée du tout!", "c'était vraiment un peu trop à la chaîne...", "A part me faire une séance de relaxation"
Représentation de la psychiatrie, psychothérapie, hypnose....	NE	NE

6 LE VECU POSITIF DE LA DEPRESCRIPTION

	E1	E2	E3	E4
Effets ressentis de la déprescription				
Syndrome de sevrage	"Rien du tout." "Comme si rien n'avait changé"	"rien du tout. J'ai aucun effet de manque."	"ça a l'air de bien se passer", "une petite différence [...] pour ma part non!", "ça fait quand même 3 semaines, voilà, j'ai pas de soucis aujourd'hui quoi!", "rien, rien"	"pas de ressenti physique", "dans les humeurs [...] non pas particulièrement"
"Rechute"	NE	NE	NE	NE
Addiction	NE	NE	"ça n'a jamais été mon cas!"	NE
Vécu positif	"je trouve que c'est bien de diminuer des remèdes qui sont pas utiles!"	"je me sens bien!", "je suis contente!"	"je suis fière de pouvoir faire ça! [...] Oui fière !"	"pendant qu'on diminue, ça galvanise un peu parce que ça apprend à se faire confiance", "c'était pas une contrainte pour moi", "la mise en œuvre....elle est moins difficile que d'arrêter"
Conjoint(e) souffrant de troubles dépressifs ou anxieux	NE	"Mon mari [...] obligé de...d'être soigné aussi sous antidépresseur. C'est pas les même que moi.[...] lui il est obligé de continuer à vie."	NE	NE
Auto-expérimentation	NE	NE	NE	NE
Forme galénique et conditionnement du médicament	"pour la fin, 37.5 là. Alors c'est un jour sur 2 que je prends. ", "un jour je prends pair et l'autre jour impair."	NE	"j'irai en chercher une boîte et je terminerai ma boîte, après ce sera clos quoi!", "c'est des boîtes de 14 le Paroxétine [...] Donc ça va me mener au moins un mois quoi !", "ils étaient peut être sécables"	"60 à 30 par jour. Puis ensuite de 30 tous les 2 jours"

	E5	E6	E7
Effets ressentis de la déprescription			
Syndrome de sevrage	"je suis pas plus perturbé que ça d'avoir diminué le traitement", "ça ne m'empêche pas de dormir non plus"	"c'est des tout petits malaises très légers quoi!", "c'est extrêmement léger hein!", " comme des petites fourmis là dans la tête. Mais c'est vraiment léger."	"faut pas que j'en oublie quoi! Si j'en oublie un je sens qu'il y a des vertiges", " des étourdissements"
"Rechute"	NE	"Ca a été beaucoup plus facile en fait que le Prozac. Plus rapide et j'ai pas eu de manque après.", " aucun manque même dès le départ"	" les angoisses revenaient", " ça partait en vrille", " je n'étais pas bien, donc je suis repassée à 1 par jour au lieu de 1 sur 2 quoi.", " A prendre des antidépresseurs pendant de longues années...Je sais pas, je sais pas si c'est pour ça que ça revient"
Addiction	NE	NE	"là ça fait quand même quelques années quand même que je prends ça donc...Voilà j'arrive pas à m'en débarrasser quoi! "
Vécu positif	" je trouve ça plutôt bien! " , " je me dis qu'à un demi [...] il faut pas grand-chose pour que je puisse arrêter quand même"	"là je m'aperçois que... je n'ai pas eu de soucis..."	"là non quand je diminue 1 sur 2, ça va", "Ben c'est bien! Ça motive!"
Conjoint(e) souffrant de troubles dépressifs ou anxieux	NE	NE	NE
Auto-expérimentation	"si j'oublie un soir, j'en prends soit un entier le lendemain soir...si je suis un peu, un peu stressé."	NE	NE
Forme galénique et conditionnement du médicament	" je vais dans ma petite boîte à médicament, je le coupe en 2, je le prends"	NE	"1 sur 2. Après c'est 1 sur 3, 1 sur 4...parce qu'il n'y a pas en dessous de 37,5. Il n'y a pas de...dosage plus bas. "

	E8	E9	E10
Effets ressentis de la déprescription			
Syndrome de sevrage	"au bout de 15 jours - 3 semaines ça a commencé à avoir un peu le machin", "avoir un petit manque...", "un peu plus nerveux", "remonte vite dans les tours", "je m'agace", "moins ce coup-ci quand même", "je ne le ressens pas"	"je n'ai pas les effets néfastes !", "ça va très bien. Je ne ressens pas ces effets-là."	"j'ai analysé que ça pouvait être justement le sevrage", "je suis nauséuse", "je me sens pas bien !", "des petites angoisses mais qui sont pas les mêmes qu'elles étaient au départ [...] sans raison", "l'impression d'être un peu dans le brouillard", "Un peu endormie quoi", "à chaque fois, ça me fait ça finalement.", "Ça dure un mois et demi mais l'effet se fait sentir au bout de 8-10 jours.", "Même si j'ai eu ces symptômes là, ça ne m'a pas empêché d'aller travailler le matin "
"Rechute"	NE	NE	"tout allait bien ! Je n'avais pas ces moments de cafard que j'avais avant."
Addiction	NE	NE	NE
Vécu positif	"Pour l'instant ça va. Je me sens pas trop mal"	"pour l'instant ça se passe bien.", "ça se passe très bien", "je suis passée à 1/1 et demi et c'est nickel."	"ben voilà il fallait vivre avec ça pendant un petit temps.", "Alors même si j'ai eu cette période dure, qu'après ben j'ai réussi !", "Là franchement je suis très bien là en ce moment", "Donc c'est encourageant", "Oh ben je suis fière, quand même! C'est une fierté.", "Je vais peut-être tourner une page...[...] je me dis que c'est une victoire ! "
Conjoint(e) souffrant de troubles dépressifs ou anxieux	"ma femme a fait un burnout", "elle doit le diminuer aussi un peu...Je ne sais pas exactement", "on essaye de ne pas trop interférer dans l'autre...", "tant qu'elle n'était pas remise", "ma femme c'est plutôt...elle, elle voudrait bien arrêter les médicaments plus tôt mais que moi je les continue pour qu'elle soit tranquille !"	non	"Mon mari aussi a fait une très grosse dépression", "il a un traitement antidépresseur aussi oui.", "en régulateur d'humeur il a Depakote", "il avait 11 ans quand il a fait sa 1ère dépression...", "Lui aussi il est en train de diminuer petit à petit. On est un peu tous les 2 pareils là !", "oui, on en discute"
Auto-expérimentation	"Et j'en ai parlé à personne [...] comme ils sont 20 mg quelque chose, je les ai coupé en 2 "	"moi je n'en fais qu'à ma tête [...] j'en prends 1 et puis des fois pendant 2-3 jours, je ne le prends pas ! [...] et puis hop je le reprends après parce que ça ne va pas !"	NE
Forme galénique et conditionnement du médicament	"comme ils sont 20mg quelque chose, je les ai coupés en 2"	NE	"1 jour sur 2, oups là, est ce que j'ai pris hier ou pas ? [...] donc là je mets mon pilulier à jour "

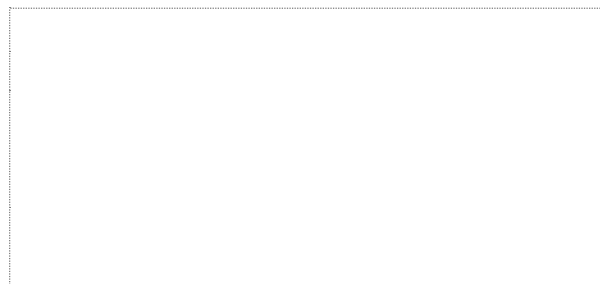
7 LA FIGURE CENTRALE DU MEDECIN TRAITANT

	E1	E2	E3
L'interlocuteur principal, une écoute	NE	"Je lui dis tout! [...] quelquefois les embrouilles, quelquefois avec le mari...je lui raconte tout moi!", "je lui dirai ce que je ressens!"	"c'est important d'avoir un médecin traitant avec qui on peut dialoguer", "quand on est à l'écoute de l'autre personne [...] c'est très, très, très important ça! ", "si lui n'est pas, ou elle, elle est pas à notre écoute [...] faut changer quoi ! "
Une confiance	NE	NE	NE
Une personne très appréciée, un lien fort	"avec madame B., on est en en bonne relation", "bien, bien! On plaisante des fois!", "la remplaçante [...] Oh elle est bien. C'est une femme vraiment épatante !"	"elle est très, très bien.""", ""ça se passe très, très bien""", ""Non, je l'aime bien.""	NE
Un guide : sur le modèle de l' alliance thérapeutique	NE	NE	NE
Premiers recours / proximité	NE	"De toute façon on est, on est une famille hein! C'est mon médecin traitant, c'est vous! Et puis c'est moi !"	NE
Une expertise médicale	"j'ai dit à madame B on va arrêter puisque je suis..."Non on va arrêter doucement, en allant doucement, doucement ", "je continue comme ça et puis quand elle voudra arrêter, ce sera peut-être plus tard, je sais pas moi"	"Avec le médecin", "la doctoresse m'a quand même demandé si je me sentais capable"	"c'est moi qui décide [...] si le médecin n'est pas d'accord je, je l'écoute quand même!", " elle m'a conseillé [...] donc je l'ai écouté", "elle m'a dit "c'est vous qui allez voir!", "j'ai besoin d'avoir un avis!", "C'est mon médecin traitant, c'est vous! Et puis c'est moi qui fait ce que je, ce que je, ce que je peux par derrière quoi! "
Le médecin de famille	NE	NE	"si je vois qu'il y a un petit rebond ou quoique ce soit que se réinstalle et ben ...voilà je discute"

	E4	E5	E6	E7
L'interlocuteur principal, une écoute	NE	NE	"elle a posé pleins de questions. Et c'est bien en fait c'est...prendre un peu le temps avec les patients.", "j'ai changé de médecin généraliste parce qu'elle ne parlait pas avec moi! ", "faut être à l'écoute des patients plus..."	"elle écoute bien ce qu'on a à dire...elle prend le temps...", "je reste avec elle une petite demi-heure, on discute"
Une confiance	"il me connaît effectivement suffisamment", "j'ai confiance en son jugement", "c'est un...contrat de confiance et une relation avec le...le patient!", "une certaine forme d'engagement"	"j'avais une entière confiance en mon médecin traitant"	NE	NE
Une personne très appréciée, un lien fort	NE	"elle est bien", "elle est patiente", "elle aime ça, c'est son truc quoi!", "elle est très appréciée ici hein!", "ça ne me dérange pas de venir la voir"	"Comme c'est pas elle que j'ai vu en juillet [...] c'était sa remplaçante"	"mon médecin à moi", "ça se passe bien", "elle est bien avec moi quoi!"
Un guide : sur le modèle de l'alliance thérapeutique	"c'est moi qui prends la décision", "je prends la décision et que mon médecin me suit", "j'ai eu la confirmation qu'on continue", "les échanges avec le médecin confirment effectivement qu'on peut initier cette étape ci", "sur les pistes du médecin", "j'ai besoin d'eux effectivement, de leurs conseils", "ça fait partie des choses [...] qu'on a mis en place avec le médecin", "on se lance dans la décision", "décision partagée"	"on a échangé", "c'était un échange avec elle"	NE	NE
Premiers recours / proximité	NE	NE	"j'ai consulté rapidement le médecin généraliste", "je me sentais mal. Du coup début juillet, je suis retournée voir le médecin généraliste"	"si j'ai besoin"
Une expertise médicale	NE	NE	NE	NE
Le médecin de famille	NE	NE	NE	NE

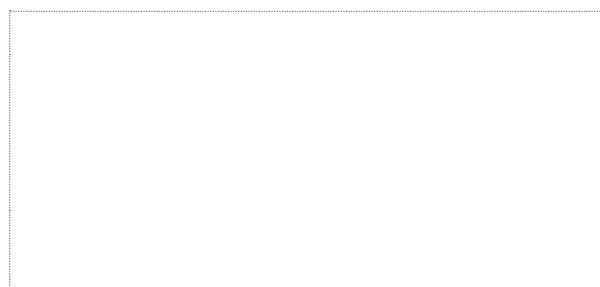
	E8	E9	E10
L'interlocuteur principal, une écoute	NE	"C'est vraiment une personne à qui je peux me confier, qui est là."	"J'ai enfin trouvé quelqu'un qui m'écoutait un peu! ", "je me sens écoutée donc...entendue...ben j'ai l'impression d'exister quoi ! "
Une confiance	NE	"j'ai entièrement confiance en elle.", " Je pense qu'il faut avoir confiance en son médecin aussi.", " Elle a toujours été là. Donc...on la connaît depuis le début, hein, depuis qu'elle est au cabinet."	"elle me connaît bien maintenant [...] Donc je lui fais entièrement confiance.", "c'est quelqu'un qui m'a compris et qui a compris un peu mon système aussi "
Une personne très appréciée, un lien fort	NE	"J'adore madame S. [...] elle est superbe déjà ! C'est un médecin qui est génial.", "Je veux que ce soit qu'elle", "Il n'y a que elle"	"ça se passe très, très bien. ", "c'est plus que cordial enfin!", "c'est quelqu'un qui prend cas."
Un guide : sur le modèle de l'alliance thérapeutique	"Oui, oui pas de soucis, vous verrez bien c'est...ça restait ma décision [...] voilà qu'on en reparlerait! "	" Elle m'accompagne beaucoup parce qu'elle me dit beaucoup de choses [...] Et puis elle me rassure aussi dans un sens.", " je demandais l'avis au Docteur S."	"si elle me dit que maintenant on peut envisager de le diminuer, c'est que ça y est, elle l'a senti !", "avec le docteur S on en a beaucoup parlé", "on discutait beaucoup", "on a décidé d'arrêter avec le docteur S.", "dans 2 mois on allait essayer de diminuer.", "on va sûrement fixer à re-diminuer"
Premiers recours / proximité	NE	NE	"voilà si on voit que ça ne va pas [...] je reverrai le docteur.", "elle me dit bien que si ça ne va pas je peux venir"
Une expertise médicale	NE	"Elle ne s'est jamais trompée ! Et puis elle suit...elle suit tout bien, comme il faut quoi", "Non franchement, elle fait très bien son travail !"	NE
Le médecin de famille	NE	"Docteur S je la considère comme le médecin de famille quoi.", "Elle nous a accompagné au décès de mon papa.", "Elle suit toute ma famille, elle rentre entre parenthèses, dans notre "intimité" quand même hein !""", "Même pour mes enfants machin et tout, c'est qu'elle ! "	NE

Vu, le Président du Jury,



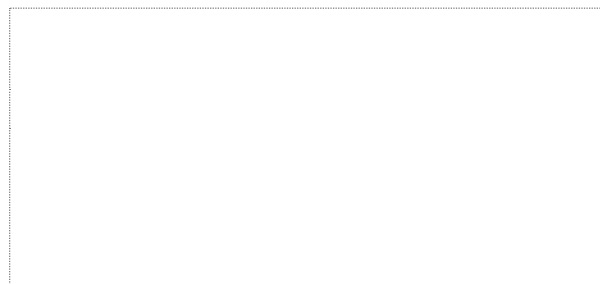
Professeur Rémy SENAND

Vu, le Directeur de Thèse,



Professeure Laure VANWASSENHOVE

Vu, le Doyen de la Faculté,



Professeur Pascale JOLLIET

Titre de Thèse :

VECU ET REPRESENTATIONS DES PATIENTS
DONT LE TRAITEMENT ANTIDEPRESSEUR EST EN COURS DE DEPRESCRIPTION :
ANALYSE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS

RESUME

La déprescription d'un antidépresseur est couramment rencontrée en médecine générale sans être pour autant acceptée par tous les patients. En réalisant une dizaine d'entretiens semi directifs auprès de patients dont l'antidépresseur est en cours de diminution, nous avons exploré leur vécu et leurs représentations afin de mieux comprendre leurs motivations et leurs appréhensions dans cette démarche.

Les stigmatisations anticipée et ressentie autour de la dépression et de l'antidépresseur, entraînent un tabou majeur.

Le rôle de l'accompagnant est crucial car réalise ou guide vers une psychothérapie qui libère la parole. Le patient devient alors acteur de ses soins en mobilisant ses ressources internes, faisant face à la maladie et développant des stratégies en relais du traitement. Il concrétise ce statut en se plaçant comme l'initiateur de la déprescription.

L'accompagnant permet aussi la mise en place du protocole de déprescription qui offre un cadre rassurant et une autonomie au patient.

Finalement, les patients plébiscitent leur médecin généraliste dans ce rôle d'accompagnant.

MOTS-CLES

Déprescription – Antidépresseur – Médecine générale – Médecin traitant
Stigmatisation – Tabou – Psychothérapie – Patient acteur