

# THÈSE

## POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement  
par

**Adrien MARCHAND**

Le 23 MAI 2023

**Représentations par les patients des antidépresseurs et de leurs bénéfices et risques  
en médecine générale**

Directeur de thèse : Dr Yohann VERGÈS

### JURY :

**Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ**

**Président**

**Monsieur le Professeur Jean Christophe POUTRAIN**

**Assesseur**

**Madame le Docteur Margaux GAILLARD**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur Yohann VERGÈS**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur Alexandre BAUDOIN**

**Assesseur**

FACULTE DE SANTE  
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux  
Tableau des personnels HU de médecine  
Mars 2022

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		

Professeurs Emérites

Professeur ARLET Philippe  
 Professeur BOUTAULT Franck  
 Professeur CARON Philippe  
 Professeur CHAMONTIN Bernard  
 Professeur CHAP Hugues  
 Professeur GRAND Alain  
 Professeur LAGARRIGUE Jacques  
 Professeur LAURENT Guy  
 Professeur LAZORTHES Yves  
 Professeur MAGNAVAL Jean-François  
 Professeur MARCHOU Bruno  
 Professeur PERRET Bertrand  
 Professeur RISCHMANN Pascal  
 Professeur RIVIERE Daniel  
 Professeur ROUGE Daniel

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine Maieutique et Paramédicaux**

**P.U. - P.H.**  
**Classe Exceptionnelle et 1ère classe**

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. LARRUE Vincent	Neurologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MALAUAUD Bernard	Urologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. BUJAN Louis (C.E)	Urologie-Andrologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétiq	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chir. Orthopédique et Traumatologie	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier	Urologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
<b>P.U. Médecine générale</b>			
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)			

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine Maieutique et Paramédicaux**

P.U. - P.H. 2ème classe		Professeurs Associés
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile	<b>Professeur Associé de Médecine Générale</b> M. ABITTEBOUL Yves M. BOYER Pierre M. CHICOULAA Bruno Mme IRI-DELAHAYE Motoko M. POUTRAIN Jean-Christophe M. STILLMUNKES André
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique	
M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence	
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie	
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie	
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	
M. COGNARD Christophe	Radiologie	
Mme CORRE Jill	Hématologie	<b>Professeur Associé de Bactériologie-Hygiène</b> Mme MALAUAUD Sandra
Mme DALENC Florence	Cancérologie	
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie	
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie	
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie	
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale	
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie	
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique	
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie	
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie	
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail	
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie	
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique	
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction	
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales	
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie	
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie	
M. MEYER Nicolas	Dermatologie	
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire	
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie	
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive	
M. PUGNET Grégory	Médecine interne	
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie	
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie	
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire	
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale	
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie	
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie	
M. TACK Ivan	Physiologie	
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie	
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie	
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie	
M. YSEBAERT Loic	Hématologie	
<b>P.U. Médecine générale</b>		
M. MESTHÉ Pierre		
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve		

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine Maieutique et Paramédicaux**

**MCU - PH**

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie	M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophtalmologie	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie	Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PERROT Aurore	Hématologie
Mme DE GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme EVRARD Soïène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SAÛNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TAFANI Jean-André	Biophysique
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		
<b>M.C.U. Médecine générale</b>			
M. BISMUTH Michel			
M. BRILLAC Thierry			
Mme DUPOUY Julie			
M. ESCOURROU Emile			

**Maitres de Conférence Associés**

<b>M.C.A. Médecine Générale</b>	
M. BIREBENT Jordan	
Mme BOURGEOIS Odile	
Mme BOUSSIER Nathalie	
Mme FREYENS Anne	
Mme LATROUS Leïla	
M. PIPONNIER David	
Mme PUECH Marielle	

# Remerciements

## Remerciements aux membres du jury

Monsieur le **Professeur Pierre MESTHÉ**, président du jury :

Je suis honoré que vous ayez accepté de présider ce jury. Merci pour votre investissement sans limite pour notre spécialité et votre pédagogie. Recevez l'expression de ma profonde reconnaissance.

Monsieur le **Professeur Jean Christophe POUTRAIN**, membre du jury :

Vous me faites le privilège de faire partie de mon jury de thèse je vous en remercie. Je tiens également à vous remercier pour votre implication dans le bien être des étudiants qui vous semble cher, je profite de ces remerciements pour vous faire part de toute ma reconnaissance.

Madame le **Docteur Margaux GAILLARD**, membre du jury :

Merci d'avoir accepté de juger ce travail de thèse en votre qualité de médecin généraliste. Soyez assuré de ma profonde considération.

Monsieur le **Docteur Yohann VERGÈS**, directeur de thèse :

Je ne pourrais jamais assez te remercier pour cette direction précieuse et enrichissante. Merci de m'avoir fait confiance mais également orienté dans les moments nécessaires. Ce travail n'aurait pas été réalisé sans ton encadrement indéfectible. Je suis heureux et fier que cela ait été fait sous ta direction. Ça a été un plaisir de travailler avec toi, je garde en mémoire ces multiples rendez-vous tout au long de mon internat : du confinement au café du muséum d'histoire naturel.

Monsieur le **Docteur Alexandre BAUDOIN**, membre du jury :

Je suis sincèrement honoré que tu fasses partie de mon jury. J'ai beaucoup appris à tes côtés, la rigueur, allier bon humeur et travail. La bienveillance que tu as envers tes patients m'inspirent. Ce semestre Gersoï fut pour moi la confirmation de mon goût pour la médecine générale et la ruralité. Merci de m'avoir accepté au sein du cabinet mais aussi de la vie estivale Gersoïse.

## Remerciements aux proches

**A mes parents et à ma sœur** : écrire ces remerciements pour vous n'a pas été une mince affaire, je n'ai d'ailleurs, je pense, pas réussi. Je n'ai pas trouvé des mots à la hauteur de tout mon amour, ma gratitude et mon admiration que j'ai pour vous. Vous êtes mes exemples, mes héros et malgré la distance vous accompagnez mes pensées au quotidien. J'espère vous avoir rendu fiers. Mimi, merci d'avoir été mon cobaye pour mes prises de jujitsu pendant tant d'années, j'imagine, avec le recul, que c'était pour pallier au fait que je sois le petit frère. S'il te plait, coupe les griffes de ton chat pour que ma peau n'ait plus peur.

**A Malo :** Quelle belle rencontre, c'est un vrai bonheur de partager tous ces moments à tes côtés. Merci de m'avoir soutenu pendant les moments difficiles, merci pour toutes ces séances de natation, de randonnée, de course à pied dans le froid comme sous la canicule. Merci de contribuer à mon bonheur, j'ai hâte de continuer à vivre encore pleins de choses avec toi.

**A Lucie :** Lulu cette colocation est pour moi une bouffée d'oxygène. A nos séances d'entraînements vélo de folies. Ton goût pour l'aventure est contagieux et je t'en remercie. Je ne sais pas où tu seras dans 2,3 ou 4 ans mais peu importe la distance (qui, je le sais, se comptera en dizaines de milliers de kilomètres) je sais que nous aurons encore pleins de fous rires à vivre.

**A John et Couss :** A toutes nos bêtises passées (et à venir). Je n'aurais pas été la même personne sans vous. Je vous aime les gars ! John j'espère pouvoir repartir à l'aventure encore avec toi (je m'occupe du réchaud). Couss tu auras toujours été là de l'externat à l'internat pour moi dans les bons comme dans les moments plus difficiles, je t'en suis extrêmement reconnaissant. Hâte de continuer à vivre encore pleins de bons moments à tes cotés.

**A la team de voyage :** Samy, Couss, Lulu John, j'ai vécu à vos côtés et à travers tous ces voyages parmi les plus beaux moments de ma vie.

**A la coloc de Carcassonne :** Vous m'avez apporté de la folie dont je n'arrive pas à me défaire, merci pour tous ces bons moments que nous avons (et que nous allons) passés ensemble. Johan merci, de m'avoir supporté durant presque tout cet internat, j'ai presque eu l'Aveyron en perfusion. Cam et Elo, la bonne humeur ne semble jamais vous quitter, vous êtes le rayon de soleil qui illumine le pelage du myocastor. Abdel, merci pour toutes ces conversations impromptues, j'espère trouver le secret du biceps saillant à tes côtés.

**A la Col'Auch :** Malo, Pauline Cathy Abdel Marine. Pauline à nos escapes games de folies. Cathy content d'avoir fait découvrir aux copains les joies de la rivière sauvage à tes cotés. Marinette, merci de nous avoir fait rire durant toute cette colocation, elle aura été tout feu tout flamme grâce à toi.

**A Antoine Lucas :** On se connaît depuis nos 5 ans, très fier d'être ton ami, c'est un bonheur d'observer les oiseaux pendant des heures dans le froid à tes cotés.

**A Maxence :** Merci pour ta bonne humeur, Je suis très fier de n'avoir perdu que 6-0 6-0 au tennis face à toi.

**A Florian :** Tu es la force tranquille incarnée, m'en inspirer m'a fait le plus grand bien. Hâte de continuer à passer du temps avec toi sur une planche ou sur un vélo.

**A mes amis du Lycée et de Limoges :** Antoine L. Florian, Ninon, Pierre, Audrey, Sylvain, Max, Guillaume, Charlotte, Theo. Voici maintenant plus de 10 ans d'amitié. Toujours un plaisir de se retrouver et de passer tous ces moments avec vous.



**A la famille Aubouin** : : je n'oublie pas vos encouragements tout du long de mes études, je vous en suis extrêmement reconnaissant.

**A Antoine Barret, Agathe et le Geg** : Je profite de la rédaction de cette thèse pour vous remercier de m'avoir accueilli au sein de votre nid douillet. Antoine je demande la photo finish du sprint devant le panneau du col de la Bergère...

**A Madel** : Merci de m'avoir supporté du début à la fin de cet externat au combien éprouvant. A notre recette de gâteau au chocolat, toi seul connais l'ingrédient secret.

**François** : merci pour toutes ces raclées au squash, je garde encore l'espoir d'une revanche, le jour où tu te casses une jambe, appelle-moi qu'on se programme la belle.

**A la team de Carcassonne : Abdel, Slimane, Maximin, Elo, Cam, Couss, Julien, Johan, Francko, Jean, Lucas** : merci pour toutes ces tempêtes. Hâte de retourner dévaler les pentes avec vous. J'ai passé à vos côtés certains de mes meilleurs moments d'internat.

Un grand merci également à **toutes les pharmacies** ayant acceptées de diffuser le questionnaire, je les remercie pour l'intérêt qu'elles ont porté à mon travail.

Merci à tous mes **maitres de stage**, vous m'avez formé avec bienveillance tout au long de cet internat, je vous en suis extrêmement reconnaissant.



# Table des matières

1.	Introduction .....	1
2.	Matériel et Méthode.....	4
2.1	Type d'étude .....	4
2.2	Population étudiée.....	4
2.2.1	Population cible.....	4
2.2.2	Critères d'inclusion.....	4
2.2.3	Critères d'exclusion .....	4
2.3	Elaboration du questionnaire d'étude .....	5
2.3.1	Les questionnaires préexistants.....	5
2.3.2	L'évaluation des représentations par les patients des antidépresseurs : élaboration du critère de jugement principal .....	6
2.3.3	Les co-variables choisies : les caractéristiques socio-démographiques.....	7
2.3.4	Evaluation de la sévérité de la dépression.....	8
2.3.5	Nombre de questionnaires à recueillir.....	8
2.3.6	Période de recueil test : .....	8
2.4	Méthode de distribution du questionnaire :.....	8
2.5	Le choix des pharmacies :.....	9
2.6	Analyses statistiques .....	9
3.	Résultats.....	10
3.1	Processus de sélection des questionnaires.....	10
3.2	Analyses descriptives .....	10
3.2.1	Population étudiée.....	10
3.2.2	Intensité de la dépression .....	12
3.2.3	Représentation par les patients des antidépresseurs.....	13
3.3	Analyses comparatives univariées .....	16
3.3.1	Population étudiée.....	16
3.3.2	Intensité de la dépression .....	17
3.3.3	Représentation par les patients des antidépresseurs.....	18
3.4	Analyse secondaire.....	24
3.4.1	Etude des extrémités inférieures et supérieures du score BMQ modifié.....	24
4.	Discussion.....	27
4.1	Points forts de l'étude .....	27
4.2	Biais et limites de l'étude .....	27
4.3	Principaux résultats et analyses .....	28
4.4	L'analyse secondaire : des extrémités inférieures et supérieures du score BMQ modifié .....	30

4.5	Un profil de patients à risques de représentations négatives et d'inobservance .....	31
4.6	Critère de jugement principal mis en regard de la littérature. ....	31
4.7	Les déterminants complexes de la stigmatisation et des représentations des maladies mentales.....	32
5.	Conclusion .....	33
6.	Bibliographie .....	35
7.	Annexes .....	38

# Lexique

ADCQ : Antidepressant compliance questionnaire.

ALD : Affection Longue durée

ATD : Antidépresseur.

ATM-D : Attitudes Toward Medication-Depression (ATM-D)

BEH : Bulletin d'épidémiologie hebdomadaire.

BMQ : Beliefs about Medicines questionnaire

CJP : Critère de Jugement Principal

DAI 10 : Drug Attitudes inventory 10

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual V

EDC : Etat dépressif caractérisé.

ISRS : Inhibiteur de la recapture de la sérotonine.

MSCQ : Mood Stabilizer Compliance Questionnaire

# 1. Introduction

La « dépression » est une maladie définie par les critères du Diagnostic and Statistical Manual-5 (DSM-5) sous le terme d'Etat Dépressif Caractérisé (EDC). Parmi ces critères, au moins 5 des symptômes doivent être présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines. Ils doivent également avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur. L'humeur dépressive ou l'anhédonie doivent obligatoirement faire partie des symptômes pour porter le diagnostic d'EDC. Bien sûr, les symptômes attribuables à une affection médicale doivent être écartés (1).

L'EDC est un problème majeur de santé publique, 5 % des adultes dans le monde en seraient atteints selon l'organisation mondiale de la santé. Il s'agit également d'une des causes principales de congés longue maladie en France. Ceci impliquant évidemment un coût important, bien que difficilement quantifiable du fait d'un impact social économique très vaste : arrêt maladie, traitements médicamenteux, manque de productivité, désengagement professionnel. Durant les années 2000, la prévalence de la dépression dans la population générale française était de 8% sur les 12 derniers mois contre presque 10 % dans les années 2010, s'éloignant alors de la moyenne mondiale. Il n'existe pas à ce jour de données françaises de grande amplitude pour établir un état des lieux précis et récent de la dépression (2).

Durant l'année 2020, 13,5% des Français de plus de 15 ans déclaraient des symptômes évocateurs d'un état dépressif caractérisé. Cette proportion est en hausse de 2,5 points par rapport à précédente. De plus, l'augmentation était plus marquée chez les femmes et les moins de 44 ans, et tout particulièrement chez les 15-24 ans. 22% des jeunes de cette tranche d'âge déclaraient ainsi des états dépressifs caractérisés en mai 2020, contre 10,1% en 2019 (3).

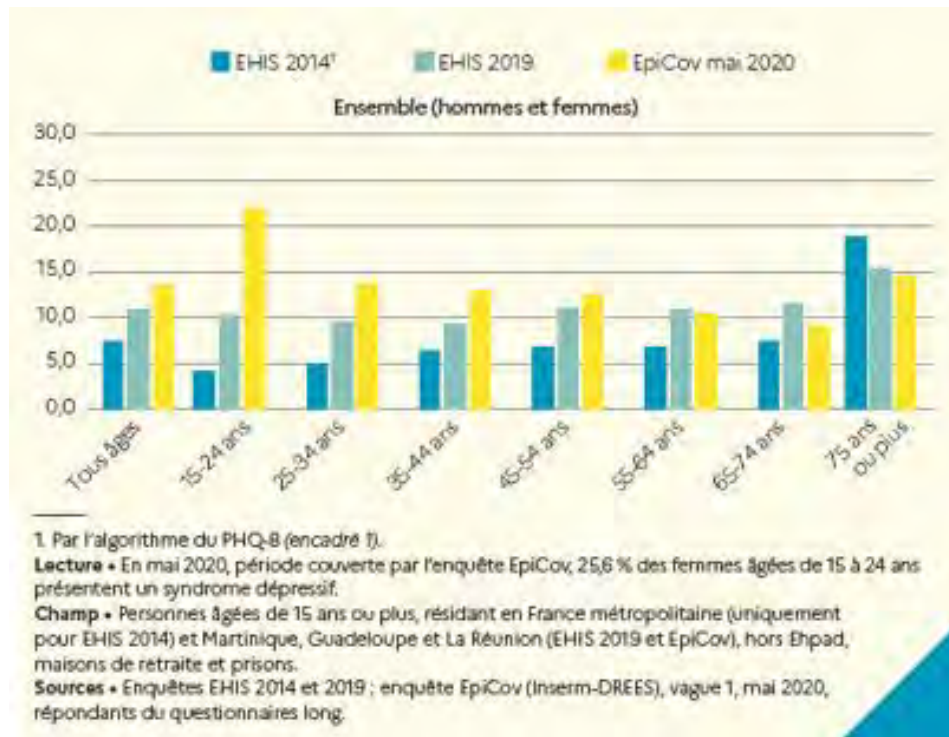


Figure 1 : prévalence des états dépressifs caractérisés en France en 2014, 2019 et mai 2020, par classe d'âge. (3) Résultats exprimés en pourcentage.

En effet, de cette figure ressort une nette tendance à l'augmentation de la proportion d'EDC. Cette hausse des demandes de soins pour des EDC entre 2019 et mai 2020, en particulier pour les 15-24 ans est bien sûr à remettre dans le contexte de l'apparition du premier confinement qui, on le sait, a été étroitement lié à une dégradation de la santé mentale de la population. Il est intéressant de noter que la prévalence d'EDC a significativement diminué lors des levées de confinement (3,4). Néanmoins, en dehors de l'impact évident de cette pandémie mondiale sur la santé mentale de la population, nous observons tout de même une augmentation des EDC entre 2014 et 2019.

D'après une étude quantitative française publiée dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) en 2017, le ratio Femme/Homme pour un diagnostic de dépression est en moyenne de 2/1 tout âge confondu. De plus, la proportion de symptômes compatibles avec un EDC en 2017 était de 5,8% chez les retraités, 16,7 % en cas de chômage, 8,2 % pour les personnes en activité professionnelle, et 13,3% pour les étudiants (5).

Certaines études estiment que l'observance du traitement ne serait que de 22% (6). Selon l'histoire de la prescription : environ un tiers arrêterait lors du premier mois et environ 40% au sixième mois. C'est pourquoi la connaissance des déterminants de cette inobservance paraît essentielle afin d'établir une stratégie pour en diminuer l'impact.

La stigmatisation concernant la dépression et son traitement est fortement ancrée dans l'opinion générale. De ce fait, quelques études se sont intéressées aux croyances des patients concernant ces traitements (7–10). Il s'agit essentiellement d'études qualitatives recensant les différentes croyances et représentations par le biais de différents questionnaires. Il existe également une étude française quantitative mesurant ces représentations parmi des patients hospitalisés qui me laisse l'opportunité de réaliser une étude sur un échantillon issu de l'ambulatorio afin de me rapprocher de l'exercice de la médecine générale (11).

Enfin, une étude quantitative espagnole s'est également intéressée à l'influence que peut avoir l'expérience d'un traitement psychotrope sur ces croyances chez des patients de psychiatrie ambulatoire comparées à celles de la population générale (12).

Les représentations étant multifactorielles et notamment culturelles, cette étude me laisse également la possibilité d'approfondir les représentations des bénéfices et risques des antidépresseurs selon le patient français en médecine générale.

Une étude récente publiée en janvier 2023 a proposé une conceptualisation validée empiriquement du processus de recherche d'aide des personnes présentant des symptômes dépressifs non traité, sous la forme d'une approche globale tenant compte des influences internes (13). Ils ont d'ailleurs décidé de recenser les différents déterminants à travers la figure 2 ci- dessous.

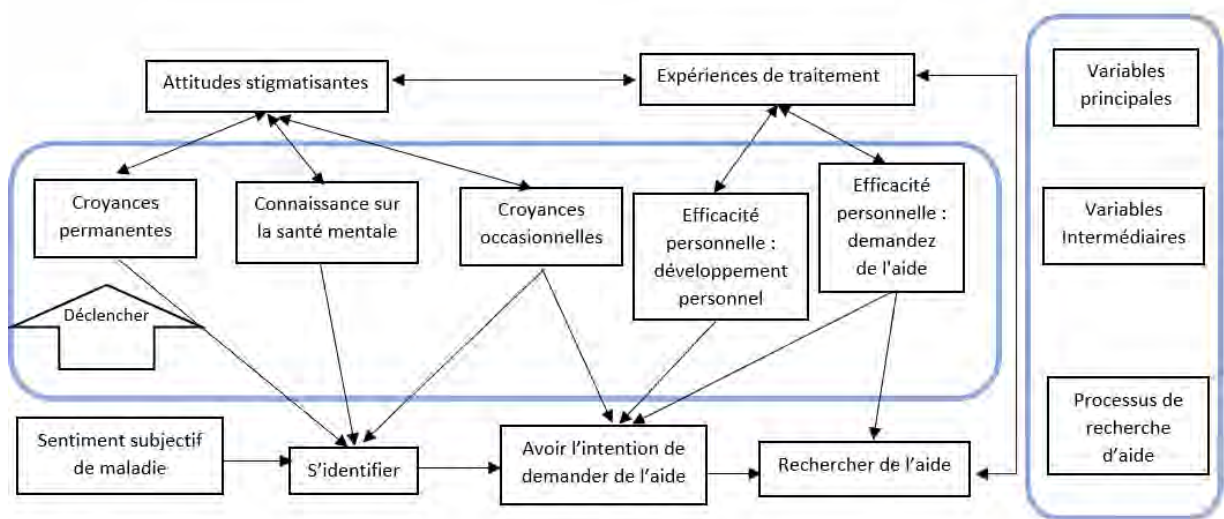


Figure 2 : Déterminants de la recherche d'aide des patients en santé mentale, après traduction. (13)

Il en ressort une influence importante de la stigmatisation sur les croyances et l'accès aux soins, ceci pouvant d'ailleurs expliquer en partie qu'environ la moitié seulement des personnes souffrant de dépression consulte des professionnels de santé. Ils mettent

également en avant le poids conséquent que peuvent avoir les expériences de traitement ultérieur sur le processus de recherche d'aide en santé mentale (14).

De ce constat épidémiologique et de cette demande grandissante de soin en santé mentale découle la question de recherche suivante : en médecine générale, quelles représentations ont les patients des antidépresseurs et quelles en sont leurs estimations des bénéfices et des risques ?

L'objectif principal du présent travail était d'évaluer les représentations des antidépresseurs, de leurs bénéfices et risques par les patients en médecine générale.

L'objectif secondaire était d'analyser les profils des patients aux représentations les plus marquées. Nous espérons également établir un profil de patients répondeur après analyse des données.

## **2. Matériel et Méthode**

### **2.1 Type d'étude**

Il s'agissait d'une étude observationnelle transversale quantitative. Le critère de jugement principal de l'étude est la représentation des antidépresseurs (ATD) par les patients à l'aide du score détaillé ci-dessous.

### **2.2 Population étudiée**

#### **2.2.1 Population cible**

La population cible concernait tous les patients adultes lors d'une première prescription d'antidépresseur contre la dépression en médecine générale.

#### **2.2.2 Critères d'inclusion**

Les critères d'inclusion choisis étaient : être adulte, homme ou femme, présentant sur l'ordonnance au moins une molécule étant de la classe des antidépresseurs.

#### **2.2.3 Critères d'exclusion**

Les questionnaires incomplets, ne restant pas anonymes, ou concernant des patients mineurs, étaient exclus de l'étude.



## **2.3 Elaboration du questionnaire d'étude**

Bien qu'il n'y ait pas de lien significatif entre la longueur du questionnaire et une diminution du taux de réponses (15), nous avons essayé d'élaborer ce questionnaire en nous aidant de questionnaires déjà validés, ainsi qu'en évitant toute redondance.

### **2.3.1 Les questionnaires préexistants**

#### **2.3.1.1 Le Beliefs about Medicines questionnaire (BMQ)**

Le BMQ est un auto-questionnaire de 18 items, il se compose de quatre parties :

Une première évaluant les croyances générales sur les médicaments et le degré auquel ils sont perçus comme nocifs, elle est représentée sous le terme anglais *Harm*. Elle est composée de 4 items.

Une seconde (en anglais *Overuse*) qui s'intéresse aux notions de surconsommation générale et de surprescription des médicaments par les médecins. Elle est également composée de 4 items.

Enfin les deux dernières dites « spécifiques » évaluent les croyances concernant la nécessité de l'antidépresseur (terme anglais *Necessity*) prescrit pour maintenir ou améliorer la santé (bénéfice spécifique) et les croyances concernant les représentations négatives spécifiques (ou risque spécifique) des antidépresseurs (terme anglais *Concern*) (16).

Tout d'abord ce questionnaire présente une bonne validité, fiabilité et reproductibilité. Il existe une version française validée pour la prise en charge du VIH. Une étude française s'est intéressée à la structure factorielle et aux propriétés psychométriques d'une échelle dans une population spécifique : les patients atteints de troubles mentaux sévères. La validité, la fiabilité et la reproductibilité du questionnaire s'avèrent significativement comparables à celle de la version originale hormis pour le groupe « Inquiétude » (*Concern*). Néanmoins, ils suggèrent que leurs résultats doivent être complétés par de futures études (17).

#### **2.3.1.2 Drug Attitudes Inventory 10 (DAI 10)**

Le Drug Attitudes Inventory 10 (DAI 10) est une des échelles les plus utilisées avec sa version plus exhaustive DAI 30, elle est traduite et validée en plusieurs langues. Elle a pour but d'évaluer l'attitude vis-à-vis de la pharmacothérapie. La notion nécessite une certaine interprétation car « vrai » peut indiquer une opinion positive ou négative. Néanmoins les croyances concernant les effets négatifs physiques ne sont pas évaluées dans ce questionnaire (11,12,18).

### **2.3.1.3 L'Attitudes Toward Medication-Depression (ATM-D)**

Le Attitudes Toward Medication – Depression (ATM-D) s'intéresse aux représentations que se font les patients des antidépresseurs. Il présente une bonne validité, cohérence interne et fiabilité test-retest. Mais de futures études sont nécessaires afin d'évaluer les propriétés psychométriques de ce questionnaire (19).

### **2.3.1.4 Le Antidepressant compliance questionnaire (ADCQ)**

Le Antidepressant compliance questionnaire (ADCQ) paraît être un questionnaire avec une bonne fiabilité, répétabilité et cohérence interne, cependant sa traduction française n'a pas été validée (20,21).

### **2.3.1.5 Le Mood Stabilizer Compliance Questionnaire (MSCQ)**

Le MSCQ est composé de 33 items, il n'est que peu utilisé, aucune étude ne s'est intéressée à savoir si le MSCQ est prédictif de l'observance des stabilisateurs de l'humeur. (22)

## **2.3.2 L'évaluation des représentations par les patients des antidépresseurs : élaboration du critère de jugement principal**

Les questionnaires ayant retenus notre attention sont donc le DAI 10 et le BMQ :

Le BMQ a l'avantage d'avoir deux parties spécifiques adaptables aux antidépresseurs (23). C'est pourquoi nous l'avons choisi pour constituer la base de notre questionnaire. Néanmoins certains aspects des bénéfices et risques ne sont pas explorés par ce questionnaire. C'est pourquoi, à l'image de nombreux autres articles, nous avons décidé d'y adjoindre 6 items du DAI tout en évitant les redondances dans le but d'approfondir l'exploration de ces déterminants.

La représentation qu'a un patient de son antidépresseur étant le critère de jugement principal de l'étude, nous avons utilisé une échelle de Likert en 5 points comme score général reflétant son profil « en faveur » ou « réticent » aux antidépresseurs. Nous avons extrapolé cette méthodologie aux autres items du DAI. Par souci de lisibilité nous appelleront donc ce score le « BMQ modifié ».

En s'appuyant sur la méthodologie, largement utilisée dans la littérature d'utilisation du score BMQ, nous obtenons les quatre parties du score BMQ suivantes (24):

- *Concern* (Inquiétude) : Représentations négatives spécifiques aux ATD : avec les items 2, 5, 6, 8, 9 du questionnaire BMQ, s'ajoute les items 21, 22, 23 et 24 emprunté au DAI pour obtenir la partie : représentations négatives spécifiques aux ATD du

BMQ modifié. Ces items sont cotés de 1 (fortement en désaccord) à 5 (fortement d'accord) sur l'échelle de Likert.

- *Necessity* (Nécessité) : Représentations positives spécifiques aux ATD : avec les items 1, 3, 4, 7, 10 du questionnaire BMQ, s'ajoute également les items 19 et 20 emprunté au DAI pour obtenir la partie : représentations positives du BMQ modifié. Ces items sont cotés de 5 (fortement en désaccord) à 1 (fortement d'accord).
- *Harm* (Dangerosité) : Représentations négatives des médicaments en général : avec les items 12, 13, 15 et 16. Ces items sont cotés de 1 (fortement en désaccord) à 5 (fortement d'accord).
- *Overuse* (Sur-utilisation) : Evaluation de la surprescription en général : avec les items 11, 14, 17, 18. Ces items sont cotés de 1 (fortement en désaccord) à 5 (fortement d'accord).

Nous obtenons alors la concordance suivante : de façon graduelle 1 correspond à une vision « en faveur » des antidépresseurs. A l'inverse, le 5 correspond à une représentation plus « réticente » à l'usage de ces molécules.

En faisant la moyenne de tous ces items nous obtenons alors notre score BMQ modifié, qui rappelons-le, est notre critère de jugement principal. Nous avons ensuite composé deux groupes pour l'analyse principal : le premier : groupe score  $< 3$  (en faveur des antidépresseurs) et le second : groupe score  $\geq 3$  (réticent à leurs usages).

En outre, une analyse secondaire des extrémités du score BMQ modifié a été réalisée, afin de s'intéresser aux profils de patients les plus réticents, ou, à l'inverse, les plus favorables à l'utilisation des ATD. Pour ce faire, le score BMQ modifié obtenu a été arrondi à l'unité la plus proche nous permettant d'obtenir alors trois groupes : groupe score = 2 ; groupe score = 3 et groupe score = 4.

### **2.3.3 Les co-variables choisies : les caractéristiques socio-démographiques.**

Concernant les co-variables : Nous nous sommes intéressés aux variables suivantes. Bien sûr, le genre et l'âge ont été recueillis.

Il a fallu s'intéresser au niveau d'étude, pour cela nous avons choisi de le quantifier en « année d'étude post-baccalauréat ». En effet l'éducation influencerait les propriétés psychométriques des items d'auto-évaluation qui mesurent les symptômes de la dépression (25).

L'expérience d'une maladie chronique, peut également influencer sur la vision que le patient a d'un traitement au long cours. C'est pourquoi nous avons recueilli les affections longues durées pour s'intéresser aux principales maladies chroniques.

Dans cette même optique, le nombre élevé de médicaments peut être un frein à l'observance (26).

Le traitement médicamenteux de la dépression n'étant qu'une partie des solutions à proposer dans cette maladie, il paraissait alors important de s'intéresser au recours à un psychologue en amont du traitement ATD. Ce dernier peut déjà modifier l'expérience de la dépression et la vision que le patient a des solutions disponibles.

La présence de connaissances atteintes de dépression et la durée des symptômes peuvent également modifier l'expérience de leur dépression.

Enfin, nous avons voulu nous intéresser aux différents temps de prise en charge notamment en isolant les primo-prescriptions.

### **2.3.4 Evaluation de la sévérité de la dépression**

Il a également fallu évaluer la sévérité de la dépression, pour cela nous avons choisi le PHQ9 pour son caractère validé et court. Il présente une sensibilité de 77% et spécificité de 85 %. Pour chaque patient le score a été calculé, ce dernier s'interprète de la façon suivante (27).

Dépression minimale	0-4 points
Dépression légère	5-9 points
Dépression modérée	10-14 points
Dépression modérément sévère	15-19 points
Dépression sévère	20-27 points

### **2.3.5 Nombre de questionnaires à recueillir**

Nous avons défini a priori et de façon arbitraire, un nombre cible de 100 questionnaires à recueillir.

### **2.3.6 Période de recueil test :**

Quatre patients Blagnacais ont été recueillis en amont de la diffusion du questionnaire, me permettant de rajouter un item « Votre antidépresseur vous a-t-il été prescrit pour de la dépression ? » afin d'estimer la part de maladie autre que l'EDC traité par antidépresseur.

## **2.4 Méthode de distribution du questionnaire :**

Nous avons choisi de solliciter les pharmacies pour la distribution des questionnaires afin d'exploiter le flux important de patients quotidiens.

Pour une faisabilité optimale j'ai donc présenté mon projet à toutes les pharmacies ayant participées à la distribution du questionnaire. Je leur ai également transmis une fiche de présentation. La seule consigne était de donner le questionnaire sous forme de QR code ou de papier (s'il s'agit d'une personne dans l'incapacité d'utiliser le QR code) pour chaque patient présentant une ordonnance contenant un antidépresseur. Pour les QR codes les résultats sont envoyés directement sur la Plateforme Limesurvey. Pour les questionnaires papiers le patient le remettra au pharmacien lors de la prochaine délivrance.

La durée de recueil a été du 15 juin au 15 décembre soit une période de 6 mois.

J'ai relancé à quatre reprises toutes les pharmacies par téléphone ou en présentiel.

Bien sûr, le questionnaire qu'il soit sous forme de QR code ou au format papier, était anonyme. Nous rappelions qu'il devait le rester. Pour toute question une adresse mail (à destination du patient) était communiquée au début du questionnaire après une brève présentation de la thèse.

## **2.5 Le choix des pharmacies :**

La Haute Garonne et le Gers offrent à la fois une population urbaine et rurale dans un périmètre facilement accessible. Afin d'avoir un échantillon le plus représentatif possible de la population générale nous avons donc choisi des pharmacies, de centre-ville Toulousain (Quartier des Minimes et Ponts Jumeaux), issues de quartier défavorisé (Quartier de la Faourette), de péri urbain (Muret, Auzielle), issues de ville dites « Airbusiennes » (Cornebarrieu, deux pharmacies à Blagnac), ainsi que des pharmacies rurales (Saint Lys, Fontenille). Enfin des pharmacies du Gers ont été sollicitées pour compléter le recueil rural (Condom).

## **2.6 Analyses statistiques**

Les résultats ont été effectués à l'aide du logiciel PVALUE.IO. Les comparaisons de pourcentages ont été effectuées avec un test Chi2 lorsque l'effectif le permettait, dans le cas contraire le test exact de Fisher a été utilisé. Enfin les comparaisons de plus de 2 moyennes ont été réalisées par un test de Kruskal Wallis pour les variables qualitatives nominales et test t de Welch pour les variables qualitatives binaires.

Dans cette étude l'hypothèse H0 à rejeter était la suivante : nous n'observons pas de différence significative entre deux profils de représentation des antidépresseurs par le patient et une autre variable du questionnaire.

Le niveau de signification était fixé à 5%.

### 3. Résultats

#### 3.1 Processus de sélection des questionnaires

Entre le 15 juin 2022 et le 15 décembre 2022, 14 pharmacies ont accepté de diffuser le questionnaire auprès des patients présentant un ATD sur l'ordonnance, permettant le recueil de 113 questionnaires (78 informatisés et 35 papiers). Après application des critères d'exclusion, 84 questionnaires ont été retenus pour l'étude.

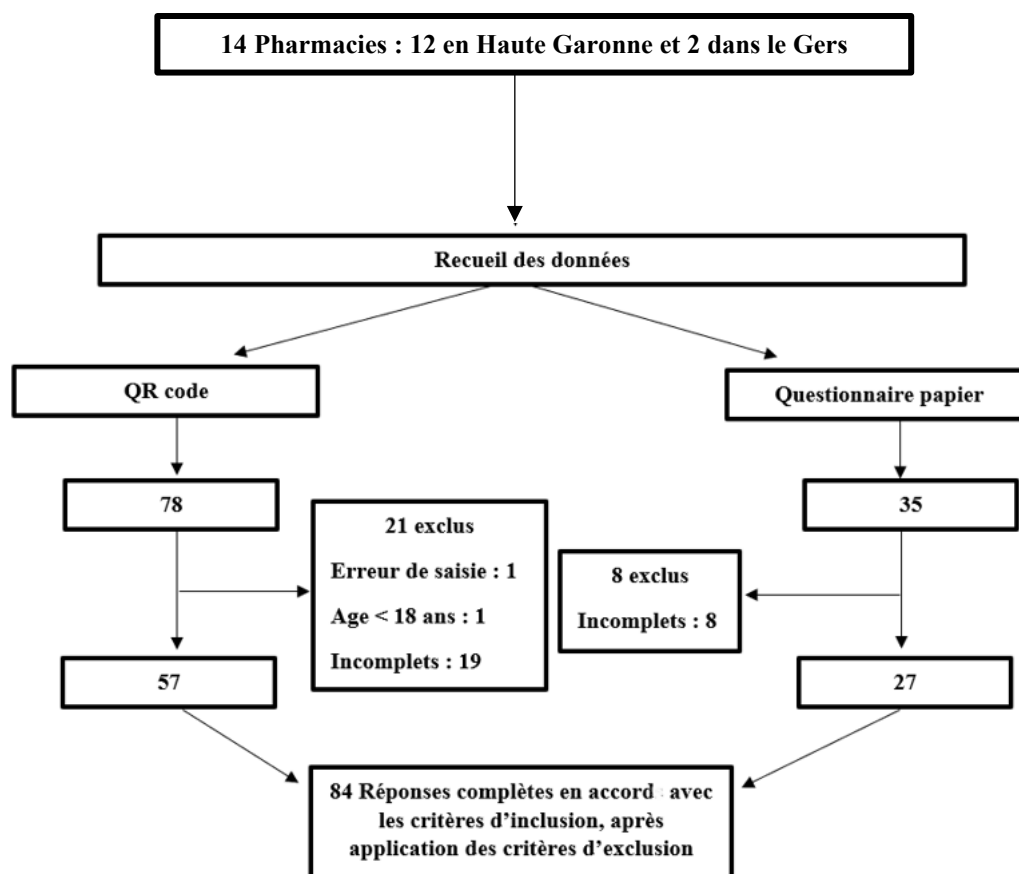


Figure 3 : Diagramme de flux du processus de sélection des questionnaires.

#### 3.2 Analyses descriptives

##### 3.2.1 Population étudiée

Les co-variables choisies ainsi que leurs répartitions sont résumées dans le tableau 1 et 2 ci-dessous.

De cette analyse descriptive de la population, il en ressortait, un âge médian de 45 ans, 3 années d'études médianes post baccalauréat pour les personnes ayant le baccalauréat soit 75 % d'entre eux. Les patients ayant répondu, prenaient en médiane 2 traitements au quotidien et étaient dépressifs depuis 23 mois soit environ 2 ans.

	Moyenne (écart-type)	Médiane [Q25- 75]	Min	Max	n
Quel âge avez-vous ? (en année)	45.8 (17.7)	<b>43.5</b> [34.0; 58.0]	18.0	85.0	84
Combien d'année avez-vous étudié post-baccalauréat ?	3.20 (2.06)	<b>3.00</b> [2.00; 5.00]	0	9.00	64
Combien de traitement prenez-vous tous les jours ?	3.31 (5.67)	<b>2.00</b> [1.00; 3.25]	0	10.0	84
Depuis combien de temps pensez-vous être atteint.e de dépression ? (en mois)	80.0 (175)	<b>23.5</b> [12.0; 57.5]	0	120	62

Tableau 1 : Caractéristiques des patients, co-variables quantitatives.

Le ratio Homme/Femme était en faveur de ces dernières pour 73%. De façon majoritaire les patients avaient pour 61 % d'entre eux déjà consulté un psychologue et 63 % connaissent des proches atteints de dépression. Dans 3,6% des cas l'antidépresseur a été introduit pour un diagnostic autre que de la dépression. Le recueil a été fait dans 96% des cas lors de renouvellement d'ordonnance, il a été initié dans 61 % des cas par un médecin généraliste. Enfin l'antidépresseur a été prescrit dans 23% des situations pour une indication autre que de la dépression.

Items		n (%)
Avez-vous déjà consulté un psychologue pour de la dépression	Non	33 (39%)
	Oui	51 (61%)
Avez-vous le baccalauréat ?	Non	21 (25%)
	Oui	63 (75%)
Avez-vous une affection longue durée (prise en charge de mes soins de santé à 100%) ?	Non	46 (55%)
	Oui	38 (45%)
Connaissez-vous des personnes proches atteintes de dépression ?	Non	21 (25%)
	Oui	63 (75%)
Êtes-vous un homme ou une femme ?	Homme	23 (27%)
	Femme	61 (73%)
Pensez-vous être atteint.e de dépression ?	Non	22 (26%)
	Oui	62 (74%)
Un antidépresseur vous a-t-il déjà été prescrit ?	Non	3 (4%)
	Oui	81 (96%)
Si oui, a-t-il été prescrit par un médecin généraliste ?	Non	33 (39%)
	Oui	51 (61%)
Votre antidépresseur vous a-t-il été prescrit pour de la dépression	Non	19 (23%)
	Oui	65 (77%)

Tableau 2 : Caractéristiques des patients, co-variables qualitatives. Résultats exprimés en nombre et pourcentage.



### 3.2.2 Intensité de la dépression

La répartition des valeurs de réponse au score PHQ-9 est détaillée dans le tableau ci-dessous.

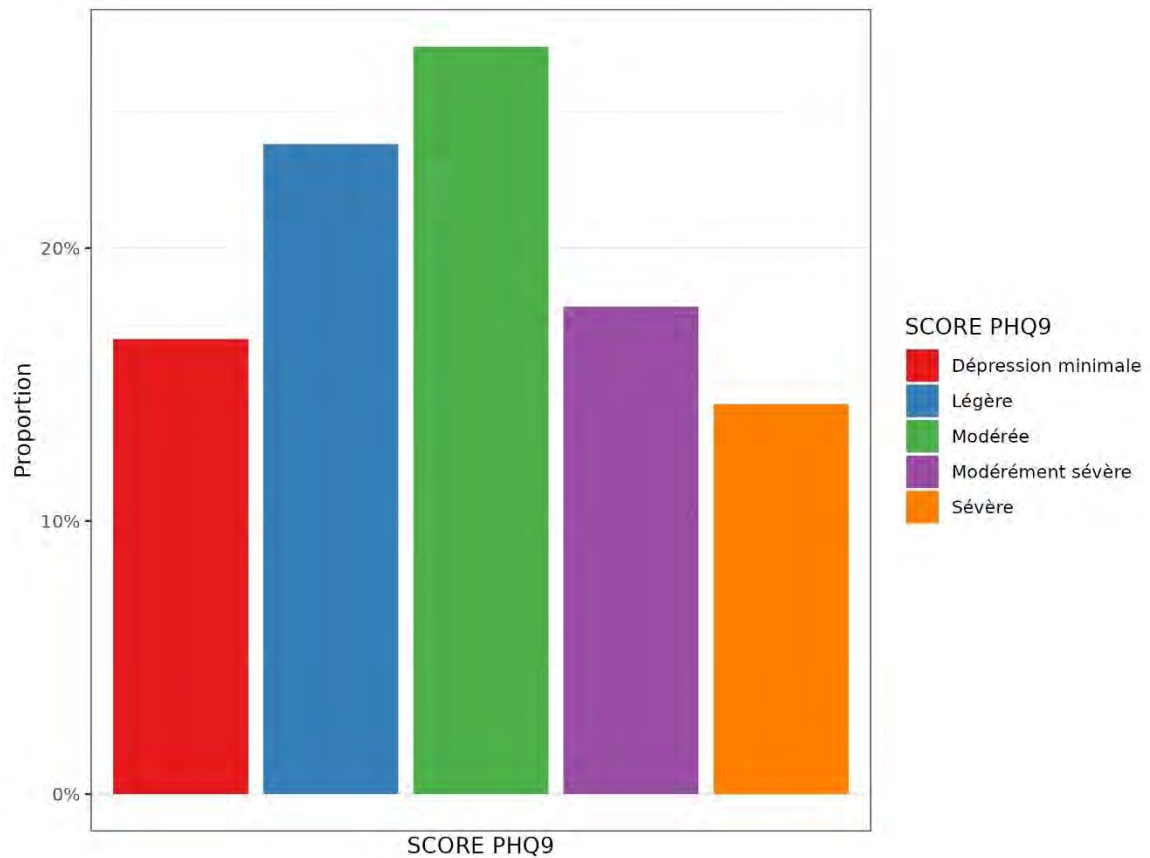


Figure 4 : Répartition du score PHQ9. Résultats exprimés en pourcentage.

Cette figure représente la proportion des intensités de dépression évaluée par le biais du score PHQ9, 17 % des répondants étaient en dépression minimale, 24% en dépression légère, 27% en dépression modérée, 18% en dépression modérément sévère et 14 % en dépression sévère.

### 3.2.3 Représentation par les patients des antidépresseurs

#### 3.2.3.1 Score BMQ

Les moyennes des scores des quatre parties composant le score BMQ (24) sont représentées dans le tableau 3 ci-dessous :

	N=84	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Minimum	Maximum
Nécessité-spécifique ATD		13,4	13,0	4,21	5	23
Inquiétudes-spécifique ATD		14,7	15,0	3,74	5	23
Sur-utilisation		11,0	11,0	2,17	6	16
Dangerosité		10,2	10,5	3,36	4	20

Tableau 3 : répartition des scores du BMQ par catégorie

#### 3.2.3.2 Score BMQ modifié

La répartition des différents items composant le score BMQ modifié est détaillée dans le tableau ci-dessous.

	Items	n (%)				
		Fortement en désaccord	Plutôt en désaccord	Incertain(e)	Plutôt d'accord	Fortement d'accord
Nécessité	Sans mon traitement antidépresseur je serais très malade	9 (11%)	14 (17%)	<b>28 (33%)</b>	18 (21%)	15 (18%)
	Les antidépresseurs empêchent mon état d'empirer	21 (25%)	<b>30 (36%)</b>	20 (24%)	7 (8,3%)	6 (7,1%)
	Ma santé dépend aujourd'hui de mon antidépresseur	7 (8,3%)	9 (11%)	23 (27%)	<b>33 (39%)</b>	12 (14%)
	Ma santé future dépend de mon traitement	9 (11%)	15 (18%)	21 (25%)	<b>30 (36%)</b>	9 (11%)

	Ma vie serait impossible sans mon traitement antidépresseur	9 (11%)	16 (19%)	<b>25 (30%)</b>	21 (25%)	13 (15%)
	Prendre des antidépresseurs est une bonne option pour moi	17 (20%)	<b>33 (39%)</b>	19 (23%)	12 (14%)	3 (3,6%)
	Surmonter la dépression nécessite généralement des médicaments antidépresseurs	7 (8,3%)	<b>46 (55%)</b>	16 (19%)	12 (14%)	3 (3,6%)
Inquiétude	Avoir à prendre un traitement antidépresseur m'inquiète	16 (19%)	21 (25%)	10 (12%)	<b>22 (26%)</b>	15 (18%)
	J'ai des inquiétudes ou des préoccupations concernant mon antidépresseur qui n'ont pas été traitées par le médecin généraliste	<b>23 (27%)</b>	<b>23 (27%)</b>	14 (17%)	20 (24%)	4 (4,8%)
	Je m'inquiète parfois à propos des effets à long terme de mon traitement antidépresseur	11 (13%)	16 (19%)	12 (14%)	<b>23 (27%)</b>	22 (26%)
	Je préférerais un autre médicament	14 (17%)	15 (18%)	<b>35 (42 %)</b>	11 (13%)	9 (11%)
	Je suis parfois inquiet de devenir trop dépendant de mon traitement antidépresseur	9 (11%)	20 (24%)	9 (11%)	<b>27 (32%)</b>	19 (23%)

	Les effets secondaires des antidépresseurs sont susceptibles d'être gênants	9 (11%)	8 (9,5%)	15 (18%)	<b>38 (45%)</b>	14 (17%)
	Mon traitement antidépresseur est un mystère pour moi	<b>24 (29%)</b>	21 (25%)	14 (17%)	16 (19%)	9 (11%)
	Mon traitement antidépresseur perturbe ma vie	<b>28 (33%)</b>	23 (27%)	10 (12%)	16 (19%)	7 (8,3%)
	Prendre des antidépresseurs quotidiennement peut être nocif pour mon corps	7 (8,3%)	8 (9,5%)	<b>27 (32%)</b>	<b>27 (32%)</b>	15 (18%)
Dangerosité	La plupart des traitements provoquent une dépendance	8 (9,5%)	19 (23%)	<b>23 (27%)</b>	22 (26%)	12 (14%)
	Les personnes qui prennent des médicaments devraient arrêter d'en prendre de temps en temps	21 (25%)	18 (21%)	<b>23 (27%)</b>	17 (20%)	5 (6%)
	Les traitements font plus de mal que de bien	20 (24%)	<b>27 (32%)</b>	26 (31%)	8 (9,5%)	3 (3,6%)
	Tous les traitements sont des poisons	<b>36 (43%)</b>	18 (21%)	22 (26%)	6 (7,1%)	2 (2,4%)
	Les médecins accordent trop de confiance aux traitements	12 (14%)	24 (29%)	17 (20%)	<b>28 (33%)</b>	3 (3,6%)

Surutilisation	Les médecins utilisent trop de traitements	9 (11%)	<b>24 (29%)</b>	21 (25%)	22 (26%)	8 (9,5%)
	Les remèdes naturels sont plus sûrs que les traitements médicaux	17 (20%)	17 (20%)	<b>36 (43%)</b>	10 (12%)	4 (4,8%)
	Si les médecins passaient plus de temps avec leurs patients ils prescriraient moins de traitements	17 (20%)	<b>25 (30%)</b>	20 (24%)	15 (18%)	7 (8,3%)

Tableau 4 : Répartition des items présents dans le score BMQ modifié. Résultats exprimés en nombre et pourcentage.

### 3.3 Analyses comparatives univariées

#### 3.3.1 Population étudiée

La population étudiée était répartie de la façon suivante : 31 patients (37%) composaient le groupe score  $\geq 3$  (réticent aux ATD) et 53 patients (63 %) composaient le groupe score  $< 3$  (en faveur des ATD). La description de la population pour chaque profil de patients est détaillée selon le tableau ci-dessous.

		Score $< 3$ (n = 53)	Score $\geq 3$ (n = 31)	n	p	test
Combien d'année avez-vous étudié post-baccalauréat ? Moyenne (écart-type)		3.19 (1,91)	<b>3.24</b> (2,44)	64	0.86	Mann-Whitney
Combien de traitement prenez-vous tous les jours ? Moyenne (écart-type)		2.66 (2,17)	<b>2.97</b> (2,69)	84	0.77	Mann-Whitney
Depuis combien de temps pensez-vous êtes atteint.e de dépression ? Médiane [Q25-75]		18.0 [11.0; 48.0]	<b>24.0</b> [12.0; 108]	62	0.18	Mann-Whitney
Quel âge avez-vous ? Moyenne (écart-type)		<b>46.2</b> (18.1)	45.1 (17.2)	84	0.79	Welch
Avez-vous déjà consulté un psychologue pour de la	NON	22 (42%)	11 (35%)	33	0.59	Chi2
					-	-

dépression ? Nombre (pourcentage)	OUI	31 (58%)	20 ( <b>65%</b> )	51		
Avez-vous le baccalauréat ? Nombre (pourcentage)	NON	10 (19%)	11 (35%)	21	0.09 -	Chi2 -
	OUI	43 ( <b>81%</b> )	20 (65%)	63		
Avez-vous une affection longue durée (prise en charge de mes soins de santé à 100%), Nombre (pourcentage)	NON	32 (60%)	14 (45%)	46	0.18 -	Chi2 -
	OUI	21 (40%)	17 ( <b>55%</b> )	38		
Connaissez-vous des personnes proches atteintes de dépression ? Nombre (pourcentage)	NON	16 (30%)	5 (16%)	21	0.15 -	Chi2 -
	OUI	37 (70%)	26 ( <b>84%</b> )	63		
Etes-vous un homme ou une femme ? Nombre (pourcentage)	NON	12 (23%)	11 (35%)	23	0.2 -	Chi2 -
	OUI	41 ( <b>77%</b> )	20 (65%)	61		
Pensez-vous être atteint.e de dépression ? Nombre (pourcentage)	NON	19 (36%)	3 (9.7%)	22	<b>&lt;0.01</b> -	Chi2 -
	OUI	34 (64%)	28 ( <b>90%</b> )	62		
Votre antidépresseur vous a-t-il été prescrit pour de la dépression ? Nombre (pourcentage)	NON	15 (28%)	4 (13%)	19	0.1 -	Chi2 -
	OUI	38 (72%)	27 ( <b>87%</b> )	65		
Un antidépresseur vous a-t-il déjà été prescrit ? Nombre (pourcentage)	NON	2 (3.8%)	1 (3.2%)	3	1 -	Fisher -
	OUI	51 (96%)	30 ( <b>97%</b> )	81		
Si oui, a-t-il été prescrit par un médecin généraliste ? Nombre (pourcentage)	NON	16 (30%)	17 (55%)	33	<b>0.026</b> -	Chi2 -
	OUI	37 ( <b>70%</b> )	14 (45%)	51		

Tableau 5 : Caractéristiques des patients au sein des différents profils de patients. Résultats exprimés en nombre et pourcentage.

### 3.3.2 Intensité de la dépression

La répartition des différents items composant le score PHQ-9 selon chaque profil de patient est détaillée en annexe.

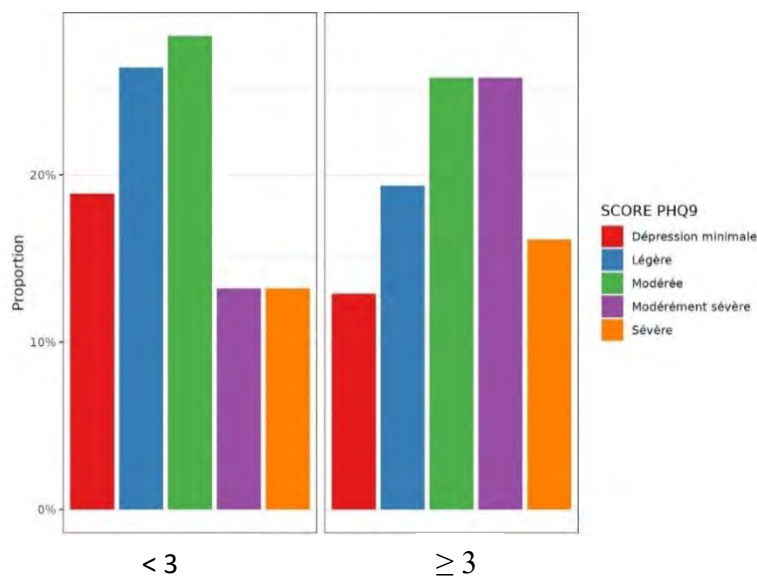


Figure 5 : Répartition du score PHQ9 parmi les deux groupes.

Cette figure représente les répartitions des intensités évaluées par le score PHQ9 dans le groupe « en faveur » des ATD (groupe < 3) et le groupe « réticent » aux ATD (groupe ≥ 3). L'analyse statistique est réalisée par le test exact de Fisher avec  $p=0,62$ . Au sein du groupe score BMQ modifié < 3, 19% des répondants étaient en dépression minimale, 26% en dépression légère, 28 % en dépression modérée, 13% en dépression modérément sévère et en dépression sévère. Parmi le groupe score BMQ modifié ≥ 3, 13% étaient en dépression minimale, 19 % en dépression légère, 26 % en dépression modérée, 26 % en dépression modérément sévère et 16% en dépression sévère.

### 3.3.3 Représentation par les patients des antidépresseurs

La répartition des différents items composant le score BMQ modifié selon chaque profil de patients est détaillée dans le tableau ci-dessous.

	Items	Score < 3	Score ≥ 3	n	p	test	
Nécessité	Ma santé future dépend de mon traitement antidépresseur. Nombre (pourcentage)	Fortement en désaccord	9 (17%)	0 (0%)	9	<b>&lt;0.01</b>	Fisher
		Plutôt en désaccord	12 (23%)	3 (9.7%)	15	-	-
		Incertain(e)	8 (15%)	<b>13 (42%)</b>	21	-	-
		Plutôt d'accord	<b>18 (34%)</b>	12 (39%)	30	-	-
		Fortement d'accord	6 (11%)	3 (9.7%)	9	-	-
	Ma vie serait impossible sans mon traitement	Fortement en désaccord	8 (15%)	1 (3.2%)	9	0.0506	Fisher



antidépresseur. Nombre (pourcentage)	Plutôt en désaccord	11 (21%)	5 (16%)	16	-	-
	Incertain(e)	<b>14 (26%)</b>	11 (35%)	25	-	-
	Plutôt d'accord	9 (17%)	<b>12 (39%)</b>	21	-	-
	Fortement d'accord	11 (21%)	2 (6.5%)	13	-	-
Sans mon traitement antidépresseur je serais très malade. Nombre (pourcentage)	Fortement en désaccord	7 (13%)	2 (6.5%)	9	0.086	Fisher
	Plutôt en désaccord	12 (23%)	2 (6.5%)	14	-	-
	Incertain(e)	<b>15 (28%)</b>	<b>13 (42%)</b>	28	-	-
	Plutôt d'accord	8 (15%)	10 (32%)	18	-	-
	Fortement d'accord	11 (21%)	4 (13%)	15	-	-
Les antidépresseurs empêchent mon état d'empirer. Nombre (pourcentage)	Fortement en désaccord	13 (25%)	8 (26%)	21	0.17	Fisher
	Plutôt en désaccord	<b>18 (34%)</b>	<b>12 (39%)</b>	30	-	-
	Incertain(e)	10 (19%)	10 (32%)	20	-	-
	Plutôt d'accord	6 (11%)	1 (3.2%)	7	-	-
	Fortement d'accord	6 (11%)	0 (0%)	6	-	-
Surmonter la dépression nécessite généralement des médicaments antidépresseurs. Nombre (pourcentage)	Fortement en désaccord	4 (7.5%)	3 (9.7%)	7	0.6	Fisher
	Plutôt en désaccord	<b>28 (53%)</b>	<b>18 (58%)</b>	46	-	-
	Incertain(e)	9 (17%)	7 (23%)	16	-	-
	Plutôt d'accord	10 (19%)	2 (6.5%)	12	-	-
	Fortement d'accord	2 (3.8%)	1 (3.2%)	3	-	-
Prendre des antidépresseurs est une bonne option pour moi. Nombre (pourcentage)	Fortement en désaccord	15 (28%)	2 (6.5%)	17	<b>0.012</b>	Fisher
	Plutôt en désaccord	<b>20 (38%)</b>	<b>13 (42%)</b>	33	-	-
	Incertain(e)	13 (25%)	6 (19%)	19	-	-
	Plutôt d'accord	5 (9.4%)	7 (23%)	12	-	-

		Fortement d'accord	0 (0%)	3 (9.7%)	3	-	-
	Ma santé dépend aujourd'hui de mon traitement antidépresseur. Nombre (pourcentage)	Fortement en désaccord	5 (9.4%)	2 (6.5%)	7	0.64	Fisher
		Plutôt en désaccord	7 (13%)	2 (6.5%)	9	-	-
		Incertain(e)	14 (26%)	9 (29%)	23	-	-
		Plutôt d'accord	<b>18 (34%)</b>	<b>15 (48%)</b>	33	-	-
		Fortement d'accord	9 (17%)	3 (9.7%)	12	-	-
Inquiétude	Je m'inquiète parfois à propos des effets à long terme de mon traitement antidépresseur. Nombre (pourcentage)	Fortement en désaccord	10 (19%)	1 (3.2%)	11	<b>&lt;0.01</b>	Fisher
		Plutôt en désaccord	<b>14 (26%)</b>	2 (6.5%)	16	-	-
		Incertain(e)	8 (15%)	4 (13%)	12	-	-
		Plutôt d'accord	12 (23%)	11 (35%)	23	-	-
		Fortement d'accord	9 (17%)	<b>13 (42%)</b>	22	-	-
	Mon traitement antidépresseur est un mystère pour moi. Nombre (pourcentage)	Fortement en désaccord	<b>24 (45%)</b>	0 (0%)	24	<b>&lt;0.001</b>	Fisher
		Plutôt en désaccord	13 (25%)	8 (26%)	21	-	-
		Incertain(e)	8 (15%)	6 (19%)	14	-	-
		Plutôt d'accord	6 (11%)	<b>10 (32%)</b>	16	-	-
		Fortement d'accord	2 (3.8%)	7 (23%)	9	-	-
	Avoir à prendre un traitement antidépresseur m'inquiète. Nombre (pourcentage)	Fortement en désaccord	6 (11%)	<b>10 (32%)</b>	16	<b>&lt;0.001</b>	Fisher
		Plutôt en désaccord	11 (21%)	<b>10 (32%)</b>	21	-	-
		Incertain(e)	3 (5.7%)	7 (23%)	10	-	-
		Plutôt d'accord	<b>20 (38%)</b>	2 (6.5%)	22	-	-
		Fortement d'accord	<b>13 (25%)</b>	2 (6.5%)	15	-	-
	J'ai des inquiétudes ou des	Fortement en désaccord	<b>22 (42%)</b>	1 (3.2%)	23	<b>&lt;0.001</b>	Fisher

préoccupations concernant mon antidépresseur qui n'ont pas été traitées par le médecin généraliste. Nombre (pourcentage)	Plutôt en désaccord	15 (28%)	8 (26%)	23	-	-
	Incertain(e)	6 (11%)	8 (26%)	14	-	-
	Plutôt d'accord	7 (13%)	<b>13 (42%)</b>	20	-	-
	Fortement d'accord	3 (5.7%)	1 (3.2%)	4	-	-
Je préférerais un autre médicament. Nombre (pourcentage)	Fortement en désaccord	14 (26%)	0 (0%)	14	<b>&lt;0.001</b>	Fisher
	Plutôt en désaccord	15 (28%)	0 (0%)	15	-	-
	Incertain(e)	<b>20 (38%)</b>	<b>15 (48%)</b>	35	-	-
	Plutôt d'accord	4 (7.5%)	7 (23%)	11	-	-
	Fortement d'accord	0 (0%)	9 (29%)	9	-	-
Les effets secondaires des antidépresseurs sont susceptibles d'être gênants. Nombre (pourcentage)	Fortement en désaccord	9 (17%)	0 (0%)	9	<b>&lt;0.01</b>	Fisher
	Plutôt en désaccord	7 (13%)	1 (3.2%)	8	-	-
	Incertain(e)	12 (23%)	3 (9.7%)	15	-	-
	Plutôt d'accord	<b>17 (32%)</b>	<b>21 (68%)</b>	38	-	-
	Fortement d'accord	8 (15%)	6 (19%)	14	-	-
Mon traitement antidépresseur perturbe ma vie. Nombre (pourcentage)	Fortement en désaccord	<b>28 (53%)</b>	0 (0%)	28	<b>&lt;0.001</b>	Fisher
	Plutôt en désaccord	14 (26%)	<b>9 (29%)</b>	23	-	-
	Incertain(e)	2 (3.8%)	8 (26%)	10	-	-
	Plutôt d'accord	8 (15%)	8 (26%)	16	-	-
	Fortement d'accord	1 (1.9%)	6 (19%)	7	-	-
Prendre des antidépresseurs quotidiennement peut être nocif pour mon corps. Nombre (pourcentage)	Fortement en désaccord	7 (13%)	0 (0%)	7	<b>&lt;0.001</b>	Fisher
	Plutôt en désaccord	8 (15%)	0 (0%)	8	-	-
	Incertain(e)	<b>23 (43%)</b>	4 (13%)	27	-	-
	Plutôt d'accord	13 (25%)	<b>14 (45%)</b>	27	-	-

		Fortement d'accord	2 (3.8%)	13 (42%)	15	-	-
	Je suis parfois inquiet de devenir trop dépendant de mon traitement antidépresseur. Nombre (pourcentage)	Fortement en désaccord	9 (17%)	0 (0%)	9	<0.001	Fisher
		Plutôt en désaccord	<b>18 (34%)</b>	2 (6.5%)	20	-	-
		Incertain(e)	6 (11%)	3 (9.7%)	9	-	-
		Plutôt d'accord	13 (25%)	<b>14 (45%)</b>	27	-	-
		Fortement d'accord	7 (13%)	12 (39%)	19	-	-
Dangerosité	Les personnes qui prennent des médicaments devraient arrêter d'en prendre de temps en temps. Nombre (pourcentage)	Fortement en désaccord	<b>20 (38%)</b>	1 (3.2%)	21	<0.001	Fisher
		Plutôt en désaccord	15 (28%)	3 (9.7%)	18	-	-
		Incertain(e)	11 (21%)	<b>12 (39%)</b>	23	-	-
		Plutôt d'accord	7 (13%)	10 (32%)	17	-	-
		Fortement d'accord	0 (0%)	5 (16%)	5	-	-
	Les traitements font plus de mal que de bien. Nombre (pourcentage)	Fortement en désaccord	19 (36%)	1 (3.2%)	20	<0.001	Fisher
		Plutôt en désaccord	<b>22 (42%)</b>	5 (16%)	27	-	-
		Incertain(e)	11 (21%)	<b>15 (48%)</b>	26	-	-
		Plutôt d'accord	0 (0%)	8 (26%)	8	-	-
		Fortement d'accord	1 (1.9%)	2 (6.5%)	3	-	-
	Tous les traitements sont des poisons. Nombre (pourcentage)	Fortement en désaccord	<b>33 (62%)</b>	3 (9.7%)	36	<0.001	Fisher
		Plutôt en désaccord	11 (21%)	7 (23%)	18	-	-
		Incertain(e)	8 (15%)	<b>14 (45%)</b>	22	-	-
		Plutôt d'accord	0 (0%)	6 (19%)	6	-	-
		Fortement d'accord	1 (1.9%)	1 (3.2%)	2	-	-
	La plupart des traitements provoquent une	Fortement en désaccord	8 (15%)	0 (0%)	8	<0.01	Fisher

	dépendance. Nombre (pourcentage)	Plutôt en désaccord	14 (26%)	5 (16%)	19	-	-
		Incertain(e)	<b>17 (32%)</b>	6 (19%)	23	-	-
		Plutôt d'accord	9 (17%)	<b>13 (42%)</b>	22	-	-
		Fortement d'accord	5 (9.4%)	7 (23%)	12	-	-
Sur-utilisation	Les médecins accordent trop de confiance aux traitements. Nombre (pourcentage)	Fortement en désaccord	12 (23%)	0 (0%)	12	<b>&lt;0.001</b>	Fisher
		Plutôt en désaccord	<b>20 (38%)</b>	4 (13%)	24	-	-
		Incertain(e)	11 (21%)	6 (19%)	17	-	-
		Plutôt d'accord	9 (17%)	<b>19 (61%)</b>	28	-	-
		Fortement d'accord	1 (1.9%)	2 (6.5%)	3	-	-
	Les médecins utilisent trop de traitements. Nombre (pourcentage)	Fortement en désaccord	9 (17%)	0 (0%)	9	<b>&lt;0.001</b>	Fisher
		Plutôt en désaccord	<b>20 (38%)</b>	4 (13%)	24	-	-
		Incertain(e)	17 (32%)	4 (13%)	21	-	-
		Plutôt d'accord	7 (13%)	<b>15 (48%)</b>	22	-	-
		Fortement d'accord	0 (0%)	8 (26%)	8	-	-
	Les remèdes naturels sont plus sûrs que les traitements médicaux. Nombre (pourcentage)	Fortement en désaccord	16 (30%)	1 (3.2%)	17	<b>&lt;0.001</b>	Fisher
		Plutôt en désaccord	12 (23%)	5 (16%)	17	-	-
		Incertain(e)	<b>22 (42%)</b>	<b>14 (45%)</b>	36	-	-
		Plutôt d'accord	3 (5.7%)	7 (23%)	10	-	-
		Fortement d'accord	0 (0%)	4 (13%)	4	-	-
	Si les médecins passaient plus de temps avec leurs patients ils prescriraient moins de traitements.	Fortement en désaccord	7 (13%)	10 (32%)	17	<b>&lt;0.01</b>	Fisher
		Plutôt en désaccord	12 (23%)	<b>13 (42%)</b>	25	-	-
		Incertain(e)	<b>14 (26%)</b>	6 (19%)	20	-	-
		Plutôt d'accord	<b>14 (26%)</b>	1 (3.2%)	15	-	-

	Nombre (pourcentage)	Fortement d'accord	6 (11%)	1 (3.2%)	7	-	-
--	-------------------------	-----------------------	---------	----------	---	---	---

Tableau 6 : Répartition des items du questionnaire BMQ modifié au sein des différents profils de patients. Résultats exprimés en nombre et pourcentage.

### 3.4 Analyse secondaire

#### 3.4.1 Etude des extrémités inférieures et supérieures du score BMQ modifié

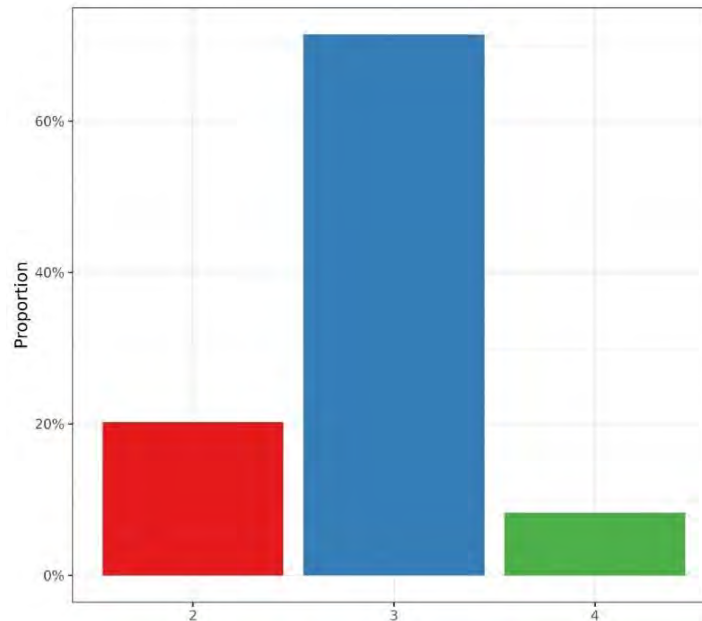


Figure 6 : Répartition détaillée du score BMQ modifié

Voici la répartition plus détaillée de la population étudiée, elle est composée de 21 % avec un score à 2, 71 % avec un score à 3 et 8 % avec un score à 4.

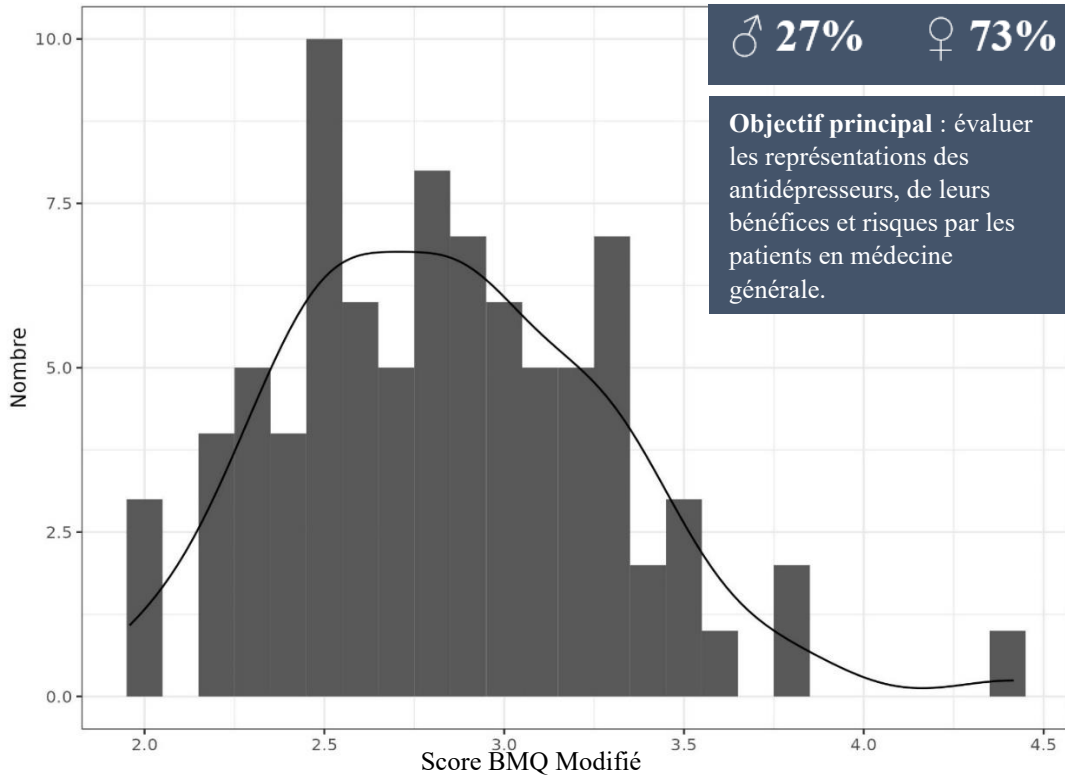
		Score 2 (n = 17)	Score 3 (n = 60)	Score 4 (n = 7)	n	p	test
Combien de traitement prenez-vous tous les jours ? Moyenne (écart-type)		2.12 (1.65)	2.80 (2.31)	<b>4,14</b> (3.72)	84	0.37	Kruskal-Wallis
Depuis combien de temps pensez-vous êtes atteint.e de dépression ? Moyenne en mois (écart-type)		20.5 (19.5)	<b>92.4</b> (197)	64.1 (83.7)	62	0.44	Kruskal-Wallis
Quel âge avez-vous ? Moyenne (écart-type)		<b>49.6</b> (18.6)	45.1 (17.5)	42.4 (19.0)	84	0.59	Kruskal-Wallis
Avez-vous une affection longue durée (prise en charge de mes soins de santé à 100%), Nombre (pourcentage)	NON	13 (76%)	31 (52%)	2 (29%)	46	0.07	Fisher
	OUI	4 (24%)	29 (48%)	<b>5 (71%)</b>	38	-	-

Connaissez-vous des personnes proches atteintes de dépression ? Nombre (pourcentage)	NON	6 (35%)	14 (23%)	1 (14%)	21	0.58	Fisher
	OUI	11 (65%)	46 (77%)	<b>6 (86%)</b>	63	-	-
Pensez-vous être atteint.e de dépression ? Nombre (pourcentage)	NON	10 (59%)	12 (20%)	0 (0%)	22	<b>&lt;0.01</b>	Fisher
	OUI	7 (41%)	48 (80%)	<b>7 (100%)</b>	62	-	-

Tableau 7 : Caractéristiques des patients au sein des différents profils de patients.  
Résultats



# Synthèse des résultats



## Analyse principale

### Groupe score < 3

- Intensité de la dépression : **moins sévère.**
- Présence d'une ALD : **40 %.**
- Durée médiane des symptômes : **18 mois.**
- Prescription par le médecin généraliste : **70 %.**
- Obtention du Baccalauréat : **81 %.**

### Groupe score ≥ 3

- Intensité de la dépression : **plus sévère.**
- Présence d'une ALD : **55%.**
- Durée médiane des symptômes : **24 mois.**
- Prescription par le médecin généraliste : **45%.**
- Obtention du Baccalauréat : **65 %.**

## Analyse secondaire : étude plus en détail des profils des patients aux scores les plus hauts et les plus bas

### Groupe Score (arrondi) = 2

- Age : **49,6 ans.**
- Nombre moyen de traitements au quotidien : **2,12.**
- Connaissance d'un proche atteint de dépression : **65 %.**

### Groupe Score (arrondi) = 3

- Age : **45,1 ans.**
- Nombre moyen de traitements au quotidien : **2,80.**
- Connaissance d'un proche atteint de dépression : **77 %.**

### Groupe Score (arrondi) = 4

- Age : **42,4 ans.**
- Nombre moyen de traitements au quotidien : **4,14.**
- Connaissance d'un proche atteint de dépression : **86 %.**

## Interprétation

### En faveur des antidépresseurs

- Patient **âgé**, avec une dépression **légère** et **récente**, avec **peu de traitements** au quotidien, **sans ALD**, **niveau d'étude élevé**, n'ayant pas dans son entourage un proche atteint de dépression.

### Réticent aux antidépresseurs

- Patient **jeune** avec une dépression **sévère** et **ancienne**; **polymédicamenté**, avec une **ALD**, **niveau d'étude bas**, ayant dans son entourage un proche atteint de dépression.

## **4. Discussion**

### **4.1 Points forts de l'étude**

Les études préalables des questionnaires préexistants, de leurs caractéristiques extrinsèques et intrinsèques ainsi que de leurs validités après traduction, renforcent le niveau de preuve de cette étude.

Il s'agit d'une étude originale amenant à de multiples questionnements et axes de recherche. Se pose notamment la question des déterminants de la stigmatisation, du rôle des symptômes dans l'observance. De plus, le biais de sélection est contrôlé par la méthode de recueil. En effet, cette dernière est effectuée par un professionnel de santé sélectionnant les molécules à étudier. Le biais d'évaluation est contrôlé par la méthodologie d'évaluation du critère de jugement principal (CJP). Le recueil du CJP étant uniquement objectif sans notion de « bonne » ou « mauvaise » réponse, le biais de déclaration semble faible pour cette étude.

Cette étude s'inscrit dans une demande de consommation de soin pour l'EDC croissant. La meilleure connaissance des représentations par les patients des antidépresseurs et la définition d'un profil à risque d'inobservance par fausse croyance paraît plus que jamais nécessaire. En effet le patient doit faire face à la symptomatologie de l'EDC mais aussi à la stigmatisation de cette dernière touchant alors toutes les sphères de la vie. En outre, le sujet de l'influence des représentations sur l'observance n'est que peu investi dans la recherche. La présentation des résultats en fonction de l'intensité des symptômes est originale, les études précédentes investissaient souvent uniquement les EDC sévères.

### **4.2 Biais et limites de l'étude**

La période estivale, est une période délicate pour le recueil de données. Les pharmacies sont en effectifs réduits, l'activité y est alors sous tension. Ceci a pu constituer un frein à l'implication de certaines pharmacies dans le recueil. Ainsi le nombre questionnaires recueillis est inférieur à celui attendu et défini a priori, l'effectif réduit de notre échantillon constitue la limite principale de notre étude.

Cette méthodologie implique un biais de mémorisation, en effet certains patients sont sous antidépresseurs depuis de longues années (maximum depuis 10 ans).

De plus, certains items comme « votre antidépresseur vous a-t-il été prescrit pour de la dépression ? » est sujet à un biais de confusion, la réponse « NON » peut être faussement

expliquée par une tierce variable qu'est : la difficulté pour certains prescripteurs d'évoquer le mot dépression et prescrire alors cette molécule « pour les nerfs ».

Bien que validé dans son entièreté, il aurait été intéressant d'analyser la validité de la sélection des items du questionnaire DAI 10 choisis pour compléter le BMQ.

Enfin, l'influence des maladies chroniques sur le critère de jugement principal de l'étude a été évaluée par la présence ou non d'une affection longue durée (ALD), néanmoins il existe bien d'autres maladies ne relevant pas de l'ALD.

### **4.3 Principaux résultats et analyses**

Il est intéressant de noter que 42% des patients, émettaient un doute sur le fait qu'ils préféreraient un autre médicament donc une alternative thérapeutique. Ce résultat renvoie directement à la question « pourquoi une autre molécule plutôt que l'antidépresseur ? ». Là encore, la part importante de la stigmatisation et des croyances concernant ces molécules permet d'y répondre. Mais de quelle nature sont-elles ?

- 45% des patients semblaient préoccupés essentiellement par les effets secondaires des antidépresseurs.
- La moitié se représentait l'ATD comme « nocif pour le corps ».
- Plus de la moitié pensaient que leur vie, future et actuelle, dépendaient de leur traitement ATD.
- 55% redoutaient une dépendance avec leur traitement ATD et 40 % pour n'importe quelle molécule. Néanmoins 26 % pensaient que l'arrêt du traitement « de temps en temps » pouvait être bénéfique.

La dépendance était en effet la croyance majoritaire des patients vis-à-vis des ATD. Il s'agit bien là d'une fausse croyance qu'on peut étudier en parallèle de la dépendance connue des benzodiazépines, dont la confusion auprès des patients est fréquente. Cette molécule est pourtant mieux acceptée que l'ATD, du fait majoritaire de ses propriétés pharmacodynamiques, rapidité et efficacité, répondant alors immédiatement au mal-être (28). Cette efficacité fourvoie pendant près de 30 ans son innocuité. Le lien entre acceptabilité et efficacité semble alors étroit.

Chez les patients ayant plus de réticence à l'usage des antidépresseurs (score  $\geq 3$ ), nous avons observé une durée de symptômes plus grande avec une médiane de 24 mois contre 18 mois dans le groupe score  $< 3$  ( $p=0,18$ ). Bien que ce résultat ne soit pas significatif, nous pouvons tout de même émettre l'hypothèse que, l'EDC qui se prolonge, sous-entend enkystement des symptômes et résistances aux traitements pouvant alors être perçu comme

inefficace. De plus la durée des symptômes fait partie des critères de mauvais pronostic de la dépression (29).

Nous avons initialement choisi comme co-variable le nombre de prise de médicaments en espérant y déceler des différences au sein des groupes. L'hypothèse était que, plus un patient prend de médicaments moins il est enclin à en accepter un nouveau. Ici, nous retrouvons un lien croissant entre le score des représentations (BMQ modifié) et le nombre de médicaments pris ( $p=0,77$ ). Nous pouvons tout de même penser que les patients les plus réticents (score  $\geq 3$ ) sont également ceux qui prennent le plus de traitements. A notre connaissance, il n'existe pas d'étude investiguant le lien entre le nombre de médicaments et les croyances des patients vis-à-vis des ATD. Néanmoins une étude transversale rétrospective de Singapour datant de 2014 démontre de façon significative un lien direct entre le taux de réadmission des patients hospitalisés pour schizophrénie et le nombre de médicaments. (26).

Concernant l'impact de l'expérience d'une maladie chronique sur l'acceptation d'un traitement au long cours, le groupe « réticent » aux ATD score  $\geq 3$  est composé à 55 % de patients porteurs d'ALD et le groupe « en faveur » des ATD score  $< 3$  à 40% ( $p<0,18$ ). Nous observons alors une tendance à la réticence chez les patients porteurs d'ALD. Ces résultats sont en adéquation avec la littérature qui émet un lien direct entre expérience d'une maladie chronique et inobservation par mauvaise acceptation d'une maladie supplémentaire alors vécue comme « de trop » (30).

Le groupe de patients en faveur des ATD (score  $< 3$ ) présentait une plus forte proportion de patients avec des symptômes légers : 19 % en dépression minimale, 26% en dépression légère et 28% en dépression modérée. A l'inverse le groupe « réticent » (score  $\geq 3$ ) était majoritairement composé de patients avec une dépression modérée (26%) et modérément sévère (26%) et sévère (16%) ( $p < 0,62$ ). Il semblerait alors que l'intensité des symptômes soit un frein à l'acceptation des ATD. Le mécanisme expliquant l'inobservance dans les maladies asymptomatiques ne semble alors pas extrapolable à la dépression et aux antidépresseurs (31). L'hypothèse alors du lien direct entre la nature des symptômes et l'observance peut alors se discuter. Malheureusement il n'existe que très peu d'études s'intéressant au lien entre l'intensité des symptômes et l'acceptabilité du traitement pour confirmer ou infirmer nos résultats qui paraissent initialement contre intuitifs. Il pourra s'agir là d'un axe intéressant de recherche.

Nous avons remarqué de façon significative que parmi les patients en faveur de l'utilisation (score  $< 3$ ) des antidépresseurs, il ne persistait des préoccupations que pour

18,7% d'entre eux contre 45,2 % pour le groupe réticent aux ATD ( $p < 0,001$ ). En outre, 55% des patients composant le groupe score  $\geq 3$ , et 14,8% du groupe score  $< 3$  pensent que l'ATD est un mystère pour eux ( $p < 0,001$ ). Il en apparait que la bonne compréhension de la prescription, du traitement fait partie de la clé de l'observance. Ceci mettant en lumière l'enjeu primordial de l'éducation thérapeutique en médecine générale. L'acceptabilité ne va donc pas sans ce temps dédié lors de la consultation.

Selon le groupe « réticent » à l'usage des antidépresseurs (score  $\geq 3$ ), les médecins accordaient trop de confiance aux traitements (67,5% d'entre eux  $p < 0,001$ ) et en prescrivaient trop (74% également avec  $p < 0,001$ ) contre respectivement 18,9% et 13% pour le groupe score  $< 3$ .

Enfin, il est intéressant de noter que de façon significative l'antidépresseur a été prescrit par un médecin généraliste dans seulement 45 % des cas chez les patients réticents aux ATD. A l'inverse, ce dernier a été prescrit dans 70 % des cas par le médecin généraliste chez les patients au profil plus favorable à leur usage ( $p=0,026$ ). Ce résultat amène à plusieurs questionnements : l'acceptabilité d'un traitement varie-t-elle en fonction de la spécialité du médecin qui le prescrit ? La spécialité de médecine générale offrant une prise globale du patient : cette dernière favorise-t-elle l'acceptabilité et l'observance ? Il serait également intéressant d'analyser le temps dédié à l'explication des traitements et l'éducation thérapeutique en fonction des spécialités.

#### **4.4 L'analyse secondaire : des extrémités inférieures et supérieures du score BMQ modifié**

Nous avons voulu nous intéresser aux scores les plus élevés et bas, en espérant y déceler les représentations des patients les plus marquées. Bien sûr, il ne faut pas oublier que le groupe score 4 n'est composé que de 7 patients et le groupe score 2 de 17 patients. Il parait donc difficile de tenir une quelconque conclusion par souci de représentativité y compris pour les résultats significativement représentatifs. Néanmoins, de façon significative et marquée, nous notons que les patients les plus réticents à l'utilisation d'ATD présentaient une dépression modérément sévère ou sévère pour 33% d'entre eux contre 5,9% des patients composant le groupe score= 2 ( $p =0,032$ ).

Nous remarquons également un âge plus jeune chez les patients réticents à l'usage des ATD avec en moyenne 42,9 ans contre 49,6 pour le groupe score= 2 ( $p=0,59$ ). Il est vrai qu'un lien inversement proportionnel entre la crainte de la dépendance et l'âge du patient a déjà été décrit dans la littérature (32).

Le nombre moyen de traitements au quotidien des patients réticents (groupe score = 4) est le double des patients en faveur (groupe score = 2) avec respectivement 4,14 contre 2,12 traitements en moyenne ( $p=0,37$ ).

Enfin les patients réticents à l'usage des ATD connaissent un proche atteint de dépression dans 86 % des cas contre 65 % pour le groupe score 2 ( $p=0,58$ ).

Tous ses résultats semblent donc en adéquation avec les hypothèses précédentes et nous confortent dans l'élaboration d'un profil de patients à risque d'inobservance.

En outre cette analyse secondaire : permet de mettre en lumière d'autres tendances. Nous avons remarqué que la proportion de patient connaissant un proche dépressif augmentait avec la valeur du score BMQ modifié (donc profil plus réticent aux ATD). C'est le cas de 65% des patients du groupe score =2 contre 86 % des patients du groupe score= 4 ( $p=0,58$ ). Peu d'études ont investi l'influence de ce cofacteur, il s'agit là d'un axe de recherche intéressant.

#### **4.5 Un profil de patients à risques de représentations négatives et d'inobservance**

En considérant tous ces résultats, il semblerait qu'un patient jeune avec une dépression sévère et ancienne, polymédicamenté, avec une ou plusieurs ALD, un niveau d'étude bas, ayant dans son entourage un proche atteint de dépression, constitue le profil à risque de représentations négatives de l'antidépresseur.

#### **4.6 Critère de jugement principal mis en regard de la littérature.**

Tout d'abord, il est difficile de ne pas parler de la revue systématique de la littérature publiée en 2018 dans le Lancet analysant l'efficacité et l'acceptabilité des 21 antidépresseurs les plus courants dans le monde (33). Il en ressort un classement des molécules les mieux tolérées et les plus efficaces. Mais l'intérêt de cette publication ne relève pas de ce classement mais plutôt de l'analyse quantitative de l'efficacité et l'acceptabilité. La molécule considérée comme la plus efficace est l'Amitriptyline avec un Odd Ratio de 2,13 [1,89 – 2,41]. De façon significative l'ATD est 2 fois plus efficace que le placebo. Ce résultat peut être interprété par bien des façons, en fonction de l'attente que l'on porte aux ATD. Il semble que cela rappelle tout de même, qu'il ne s'agisse pas du seul traitement de l'EDC. Néanmoins, cette étude a investi uniquement les états dépressifs sévères, il serait intéressant qu'une étude avec un tel niveau de preuve pondère les résultats selon l'intensité des symptômes. Concernant l'acceptabilité, cette dernière a été représentée selon le taux d'arrêt

du traitement en fonction des différentes molécules. Seules deux molécules sont moins arrêtées que le placebo de façon significative, avec 16% d'arrêts en moins pour la molécule la mieux acceptée (33). Ce résultat amène à réfléchir sur les causes d'inobservance des ATD. En effet, cela conforte donc l'idée d'une étiologie autre qu'imputable à la pharmacodynamie et effets secondaires propres à la molécule. Ceci renforce donc l'intérêt de mon travail sur la recherche des représentations des ATD par les patients. En effet la clé de l'observance ne se trouve-t-elle pas dans la meilleure connaissance des craintes ? Reprenons l'exemple de la crainte des effets secondaires : elle est réelle, les effets secondaires aussi, mais les résultats de cette méta-analyse pousse à reconsidérer le poids de ceux-ci. Ces résultats devraient alors être source de réassurance pour ces patients.

Ensuite certaines études se sont également intéressées aux profils d'adhérence ou non adhérence chez les patients sous antidépresseurs. Nous observons effectivement, le même profil de patients réticents à savoir : la sévérité du trouble, un âge jeune et les croyances concernant le traitement. (6,34–36). De plus, ils ajoutent également l'expérience négative concernant les effets indésirables, la mauvaise relation médecin patient ainsi que les troubles de la personnalité sous-jacents (36).

#### **4.7 Les déterminants complexes de la stigmatisation et des représentations des maladies mentales**

Comprendre les raisons de cette stigmatisation, si fortement liée aux maladies mentales ainsi qu'à leurs traitements, implique de s'intéresser aux représentations de ces dernières à travers l'histoire. Hippocrate, par sa théorie des humeurs, s'intéressait déjà à la « mélancolie » reflet d'un déséquilibre des humeurs en faveur de la bile noire issue de la rate. Cette notion, alimentera la réflexion autour du spleen de Baudelaire à travers les *Fleurs du mal* mais également certaines de nos expressions encore utilisées actuellement « ne te met pas la rate au court-bouillon ». Mais c'est bien au moyen âge, où, du fait d'une société largement régie par la morale religieuse, la maladie mentale est un des sujets principaux de cette époque. Elle est le reflet de la folie, de la menace collective et de l'expression de Satan. Elle n'est à prendre en charge que par la mise à l'écart ainsi que par des traitements religieux. (37). Le tableau *La nef des fous* de Jérôme Bosch est une bonne illustration de la gestion de la société par les mœurs religieuses allant jusqu'à instrumentaliser la folie et la perte de la raison par les péchés mais également par la présence du croissant inversé de la religion musulmane sur l'oriflamme brandie par les fous. Encore maintenant le fou est toujours décrit parmi les archétypes présents dans l'imaginaire collectif. (38). En découle l'hypothèse suivante : la stigmatisation de l'antidépresseur peut s'expliquer en partie par le fait que le

traitement renvoie à la maladie, donne l'étiquette de « malade » avec toutes les représentations que cela comporte. Il est intéressant de noter que, bien avant l'émergence des antidépresseurs, au XIX<sup>ème</sup> siècle, la représentation de la folie notamment par des peintures telles que *A la porte de l'éternité* par Vincent Van Gogh, devient outil de soin en comprenant son état propre (39). Il s'agit là également du mode de fonctionnement de la thérapie cognitivo comportementale largement utilisée de nos jours : mieux se comprendre pour mieux se traiter.

## 5. Conclusion

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les représentations des antidépresseurs, de leurs bénéfices et risques par les patients en médecine générale. Nous avons remarqué que 42% des patients émettaient un doute sur le fait qu'ils préféreraient un autre médicament donc une alternative thérapeutique. Ce résultat renvoie directement à la question « pourquoi une autre molécule plutôt que l'antidépresseur ? ». Là encore la part importante de la stigmatisation et des croyances concernant ces molécules permet d'y répondre. En s'intéressant à la nature de ces dernières nous retrouvons que 45% des patients semblaient préoccupés essentiellement par les effets secondaires des antidépresseurs or la méta-analyse du Lancet affirment que l'arrêt des antidépresseurs n'est imputable aux effets adverses que dans une minorité de cas. La moitié se représentait l'antidépresseur comme « nocif pour le corps ». Plus de la moitié pensaient que leur vie, future et actuelle, dépendaient de leur traitement. De plus, 55% des patients redoutaient une dépendance avec leur antidépresseur, cette croyance est souvent alimentée par la confusion courante avec les benzodiazépines. Ceci renforce encore une fois l'intérêt de l'éducation thérapeutique durant la consultation. Néanmoins 26 % pensaient que l'arrêt du traitement « de temps en temps » pouvait être bénéfique.

Suite à l'analyse des différentes croyances en fonction du score de représentation BMQ modifié, nous avons déterminé le profil de patients à risque de représentations négatives des antidépresseurs suivant : le patient jeune avec une dépression sévère et ancienne, polymédicamenté, avec une affection longue durée, un niveau d'étude bas, ayant dans son entourage un proche atteint de dépression. Il s'agit bien là d'un paradoxe, en effet les antidépresseurs sont recommandés dès le début de la prise en charge en cas de dépression sévère.



Les représentations des patients vis-à-vis des antidépresseurs sont multifactorielles : historiques, culturelles, personnelles, liées aux caractéristiques propres de la molécule. Pour les comprendre, elles impliquent une vision du patient dans sa globalité : il s'agit là de l'essence même de la médecine générale.

Vu  
Toulon le 21/04/2023

  
**Le Président du Jury**  
Professeur Pierre MESTHÉ  
Médecine Générale

Toulon, le 24/04/2023

Vu et permis d'imprimer  
Le Président de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier  
Faculté de Santé  
Par délégation,  
La Doyenne-Directrice  
Du Département de Médecine, Maïeutique, Paramédical  
Professeure Odile RAUZY



## 6. Bibliographie

1. Haute Autorité de Santé. Annexe\_4 Définition de l'EDC selon le DSM-5 (proposition de traduction).
2. Fond G, Lancon C, Auquier P, Boyer L. [Prevalence of major depression in France in the general population and in specific populations from 2000 to 2018: A systematic review of the literature]. *Presse Med.* avr 2019;48(4):365-75.
3. Direction des recherches des études de l'évaluation et des statistiques. Crise sanitaire : hausse des syndromes dépressifs et des consultations pour ce motif | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 10 févr 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/crise-sanitaire-hausse-des-syndromes-depressifs-et-des-consultations-pour-ce>
4. Santepubliquefrance. CoviPrev : résultats détaillés des vagues 1 à 15 (23 mars - 23 septembre 2020) [Internet]. [cité 10 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/covid-19-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie/coviprev-resultats-detailles-des-vagues-1-a-15-23-mars-23-septembre-2020>
5. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. La dépression en France chez les 18-75 ans: résultats du baromètre santé 2017 [Internet]. [cité 10 févr 2023]. Disponible sur: [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/32-33/2018\\_32-33\\_1.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/32-33/2018_32-33_1.html)
6. Yroni A. Place de l'inobservance dans le trouble dépressif et sa résistance : état des lieux. *French Journal of Psychiatry.* 1 nov 2018;1:S98-9.
7. Aikens JE, Nease DE, Klinkman MS. Explaining Patients' Beliefs About the Necessity and Harmfulness of Antidepressants. *Ann Fam Med.* janv 2008;6(1):23-9.
8. Anderson C, Kirkpatrick S, Ridge D, Kokanovic R, Tanner C. Starting antidepressant use: a qualitative synthesis of UK and Australian data. *BMJ Open.* 30 déc 2015;5(12):e008636.
9. Brown C, Battista DR, Bruehlman R, Sereika SS, Thase ME, Dunbar-Jacob J. Beliefs about antidepressant medications in primary care patients: relationship to self-reported adherence. *Med Care.* déc 2005;43(12):1203-7.
10. Lenze EJ, Ajam Oughli H. Antidepressant Treatment for Late-Life Depression: Considering Risks and Benefits. *J Am Geriatr Soc.* 2019;67(8):1555-6.
11. Blanc JV, Curt F, Bruno N. [Adherence, attitudes and concerns regarding antidepressants in a sample of inpatients with a major depression episode: Who is to blame?]. *Encephale.* avr 2017;43(2):192-4.
12. De las Cuevas C, Sanz EJ. Attitudes toward psychiatric drug treatment: the experience of being treated. *Eur J Clin Pharmacol.* 1 nov 2007;63(11):1063-7.
13. McLaren T, Peter LJ, Tomczyk S, Muehlan H, Schomerus G, Schmidt S. The Seeking Mental Health Care model: prediction of help-seeking for depressive symptoms by stigma and mental illness representations. *BMC Public Health.* 10 janv 2023;23(1):69.

14. Nübel J. Epidémie der Depression? [Internet]. springermedizin.de. [cité 10 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.springermedizin.de/affektive-stoerungen/affektive-stoerungen/epidemie-der-depression/16441596>
15. Rolstad S, Adler J, Rydén A. Response burden and questionnaire length: is shorter better? A review and meta-analysis. *Value Health*. déc 2011;14(8):1101-8.
16. Samalin L. Attitudes et croyances vis-à-vis du traitement comme variables intermédiaires du comportement d'usage du médicament. :264.
17. Samalin L, de Chazeron I, Belzeaux R, Llorca PM. Exploratory analysis of the French version of the beliefs about medicines questionnaire in patients with severe mental disorders: Factorial structure and reliability in specific populations of schizophrenic, bipolar and depressive patients. *PLoS One*. 2017;12(3):e0173267.
18. Di Lorenzo R, Perrone D, Montorsi A, Balducci J, Rovesti S, Ferri P. Attitude Towards Drug Therapy in a Community Mental Health Center Evaluated by the Drug Attitude Inventory. *Patient Prefer Adherence*. 17 juin 2020;14:995-1010.
19. Hagerty BM, Williams RA, Aikens J, Bathish MA, West BT, Fuller DS, et al. Assessing Cognitive Representations of Antidepressants: Development and Validation of the Attitudes Toward Medication-Depression Inventory. *West J Nurs Res*. 2018;40(8):1220-35.
20. Jacob SA, Ab Rahman AF, Hassali MAA. Attitudes and beliefs of patients with chronic depression toward antidepressants and depression. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 27 mai 2015;11:1339-47.
21. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Albert A, Mesters P, Dewé W, Debruyckere K, et al. Development of an antidepressant compliance questionnaire. *Acta Psychiatr Scand*. sept 2004;110(3):201-7.
22. Kessing LV, Hansen HV, Bech P. Attitudes and beliefs among patients treated with mood stabilizers. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 19 mai 2006;2(1):8.
23. Fawzi W, Abdel Mohsen MY, Hashem AH, Moussa S, Coker E, Wilson KCM. Beliefs about medications predict adherence to antidepressants in older adults. *Int Psychogeriatr*. janv 2012;24(1):159-69.
24. Jamous RM, Sweileh WM, El-Deen Abu Taha AS, Zyoud SH. Beliefs About Medicines and Self-reported Adherence Among Patients with Chronic Illness: A Study in Palestine. *J Family Med Prim Care*. 2014;3(3):224-9.
25. Taple BJ, Chapman R, Schalet BD, Brower R, Griffith JW. The Impact of Education on Depression Assessment: Differential Item Functioning Analysis. *Assessment*. mars 2022;29(2):272-84.
26. Toh MR, Teo V, Kwan YH, Raaj S, Tan SYD, Tan JZY. Association between number of doses per day, number of medications and patient's non-compliance, and frequency of readmissions in a multi-ethnic Asian population. *Prev Med Rep*. 2014;1:43-7.
27. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. sept 2001;16(9):606-13.

28. Jullien Y. Histoire des benzodiazépines. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 1 janv 1984;3(3):153-4.
29. Haute Autorité de Santé J. *Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours*. 2017;
30. Traoré AT, Jacques B. « Je me contenterais bien d'une seule maladie » : penser et vivre son cancer en contexte polypathologique. *Anthropologie & Santé Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé* [Internet]. 15 mai 2020 [cité 14 févr 2023];(20). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/6216>
31. Grimaldi A. La non-observance des traitements par les patients. *Raison présente*. 2020;214-215(2-3):111-8.
32. Felt C. *Les benzodiazépines chez la personne âgée*. 2015;
33. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Chaimani A, Atkinson LZ, Ogawa Y, et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet*. 07 2018;391(10128):1357-66.
34. Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS, Perlick DA, Raue P, Friedman SJ, et al. Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *Am J Psychiatry*. mars 2001;158(3):479-81.
35. Akerblad AC, Bengtsson F, Holgersson M, Von Knorring L, Ekselius L. Identification of primary care patients at risk of nonadherence to antidepressant treatment. *Patient preference and adherence*. 2 févr 2008;2:379-86.
36. Shigemura J, Ogawa T, Yoshino A, Sato Y, Nomura S. Predictors of antidepressant adherence: results of a Japanese Internet-based survey. *Psychiatry Clin Neurosci*. avr 2010;64(2):179-86.
37. FOUCAULT M. *Histoire de la folie à l'âge classique*.
38. Caria A, Roelandt JL, Bellamy V, Vandeborre A. « Santé Mentale en Population Générale : Images et Réalités (Smpg) » : Présentation de La méthodologie d'enquête. *L'Encéphale*. 1 janv 2010;36(3, Supplement 1):1-6.
39. Me B, T VL, Sm P, Gd S. Biobehavioral utility of mindfulness-based art therapy: Neurobiological underpinnings and mental health impacts. *Experimental biology and medicine* (Maywood, NJ) [Internet]. janv 2020 [cité 14 févr 2023];245(2). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31635490/>

## 7. Annexes

### Annexe 1 : Définition de l'EDC selon le DSM-5 (proposition de traduction)

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.  
NB : Ne pas inclure les symptômes manifestement attribuables à une autre affection médicale.

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (ex. : se sent vide ou triste ou désespéré) ou observée par les autres (ex. : pleure ou est au bord des larmes). NB : Éventuellement irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent.

(2) Diminution marquée du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(3) Perte ou gain de poids significatif en absence de régime (ex. : modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.  
NB : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

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

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

(8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

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

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

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

NB : Les critères A à C caractérisent l'EDC.

NB : La réaction à une perte significative (p. ex. décès, ruine financière, perte secondaire à une catastrophe naturelle, affection médicale ou handicap sévères) peut inclure une tristesse intense, des ruminations au sujet de cette perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids notée au niveau du critère A, et peut ressembler à un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou considérés comme adaptés face à cette perte, la présence d'un EDC en plus de la réponse normale à cette perte doit aussi être envisagée. Cette décision demande que le jugement clinique tienne compte de l'histoire individuelle et des normes culturelles concernant l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.

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

D. L'occurrence de l'EDC n'est pas mieux expliquée par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble psychotique.

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

Annexe 2 : Questionnaire diffusé et son analyse méthodologique

# Antidépresseurs : qu'en pensez-vous ?

Co-variables : analyses secondaires ?

Classe codée

Classe numérique

Code : 1 0

Variables qualitatives binominales

		OUI	NON
1.	Un antidépresseur vous a-t-il déjà été prescrit ?		
2.	Si oui, a t-il été prescrit par un médecin généraliste ?		
3.	Connaissez-vous des personnes proches atteintes de dépression ?		
4.	Avez-vous déjà consulté un psychologue pour de la dépression avant l'introduction de l'antidépresseur ?		
5.	Avez-vous une affection longue durée (prise en charge de mes soins de santé à 100%)		

		Réponses
6.	Quel âge avez-vous ?	En année Variables quantitatives continues
7.	Etes-vous un homme ou une femme ?	Homme : 0 Femme : 1 Variables qualitatives binominales
8.	Combien de traitement prenez-vous tous les jours ? (en nombre de comprimés)	Nombre de comprimé Variables quantitatives discrètes
9.	Avez-vous le baccalauréat ? Si oui combien d'année avez-vous étudié post-baccalauréat ?	Oui : 1 Non : 0 Si 1 : année Qualitatives binominales + quantitatives continues
10.	Depuis combien de temps pensez-vous souffrir de dépression ? (précisez en semaines ou en mois)	En mois Quantitatives temporelles

Code 1 2 3 4

Variables qualitatives ordinales

		1	2	3	4
	Au cours des <b>deux dernières semaines</b> , à quelle fréquence avez-vous été dérangé par les problèmes suivants ?	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1.	Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses				
2.	Vous sentir triste, déprimé ou désespéré				
3.	Difficultés à vous endormir, à rester endormi ou trop dormir				
4.	Vous sentir fatigué ou avoir peu d'énergie				
5.	Peu d'appétit ou trop d'appétit				
6.	Mauvaise perception de vous-même, vous pensez que vous êtes un perdant ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille				
7.	Difficultés à vous concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision				
8.	Vous bougez ou vous parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer. Ou au contraire, vous êtes si agité que vous bougez beaucoup plus que d'habitude				
9.	Vous avez pensé que vous seriez mieux mort ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre				

Evaluation sévérité de la dépression : analyse secondaire ?



Code		1	2	3	4	5	
<i>Pour chacune des affirmations, faites une croix dans la case qui correspond le plus à votre degré de désaccord ou d'accord.</i>		Fortement en désaccord	Plutôt en désaccord	Incertain(e)	Plutôt d'accord	Fortement d'accord	
				?			
Variables qualitatives ordinales	1	« Ma santé dépend aujourd'hui de mon traitement antidépresseur »	5	4	3	2	1
	2	« Avoir à prendre un traitement antidépresseur m'inquiète »	1	2	3	4	5
	3	« Ma vie serait impossible sans mon traitement antidépresseur »	5	4	3	2	1
	4	« Sans mon traitement antidépresseur je serais très malade »	5	4	3	2	1
	5	« Je m'inquiète parfois à propos des effets à long terme de mon traitement antidépresseur »	1	2	3	4	5
	6	« Mon traitement antidépresseur est un mystère pour moi »	1	2	3	4	5
	7	« Ma santé future dépend de mon traitement antidépresseur »	1	2	3	4	5
	8	« Mon traitement antidépresseur perturbe ma vie »	1	2	3	4	5
	9	« Je suis parfois inquiet de devenir trop dépendant de mon traitement antidépresseur »	1	2	3	4	5
	10	« Les antidépresseurs empêchent mon état d'empirer »	5	4	3	2	1
	11	« Les médecins utilisent trop de traitement »	1	2	3	4	5
	12	« Les personnes qui prennent des médicaments devraient arrêter d'en prendre de temps en temps »	1	2	3	4	5
	13	« La plupart des traitements provoquent une dépendance »	1	2	3	4	5
	14	« Les remèdes naturels sont plus sûrs que les traitements médicaux »	1	2	3	4	5
	15	« Les traitements font plus de mal que de bien »	1	2	3	4	5
	16	« Tous les traitements sont des poisons »	1	2	3	4	5
	17	« Les médecins accordent trop de confiance aux traitements »	1	2	3	4	5
	18	« Si les médecins passaient plus de temps avec leurs patients ils prescriraient moins de traitements »	1	2	3	4	5
	19	« Surmonter la dépression nécessite généralement des médicaments antidépresseurs »	5	4	3	2	1
	20	« Prendre des antidépresseurs est une bonne option pour moi »	5	4	3	2	1
	21	« Je préférerais un autre médicament »	1	2	3	4	5
	22	« J'ai des inquiétudes ou des préoccupations concernant mon antidépresseur qui n'ont pas été traitées par le médecin généraliste »	1	2	3	4	5
	23	« Les effets secondaires des antidépresseurs sont susceptibles d'être gênants »	1	2	3	4	5
	24	« Prendre des antidépresseurs quotidiennement peut être nocif pour mon corps »	1	2	3	4	5

Score bénéfice risque : critère de jugement principal



Evaluation : bénéfice/risque : CJP

### Annexe 3 : Questionnaire PHQ9 évaluant la sévérité de la dépression.

## QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ DU PATIENT - 9 (PHQ-9)

Au cours des 2 dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ? (Veuillez cocher (✓) votre réponse)	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	0	1	2	3
2. Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop	0	1	2	3
4. Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie	0	1	2	3
5. Avoir peu d'appétit ou manger trop	0	1	2	3
6. Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même	0	1	2	3
7. Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude	0	1	2	3
9. Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING   0   +      +      +       
=Total Score:     

**Si vous avez coché au moins un des problèmes évoqués, à quel point ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à vous entendre avec les autres difficile(s) ?**

Pas du tout difficile(s) <input type="checkbox"/>	Assez difficile(s) <input type="checkbox"/>	Très difficile(s) <input type="checkbox"/>	Extrêmement difficile(s) <input type="checkbox"/>
---	---	--	---

Développé par les Dr Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke et leurs collègues grâce à une allocation d'études de Pfizer Inc. La reproduction, la traduction, l'affichage ou la distribution de ce document sont autorisés.



#### Annexe 4 : Détail du score PHQ9 : analyse descriptive

	n (%)			
	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
Difficultés à vous concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision.	35 (42%)	23 (27%)	11 (13%)	15 (18%)
Difficultés à vous endormir, à rester endormi ou trop dormir	18 (21%)	22 (26%)	14 (17%)	30 (36%)
Mauvaise perception de vous-même, vous-même, vous pensez que vous êtes un perdant ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille	27 (32%)	23 (27%)	20 (24%)	14 (17%)
Peu d'appétit ou trop d'appétit	21 (25%)	21 (25%)	24 (29%)	18 (21%)
Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	21 (25%)	34 (40%)	15 (18%)	14 (17%)
Vous avez pensé que vous seriez mieux mort ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre	44 (52%)	23 (27%)	10 (12%)	7 (8,3%)
Vous bougez ou vous parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer. Ou au contraire, vous êtes si agité que vous bougez beaucoup plus que d'habitude	50 (60%)	13 (15%)	12 (14%)	9 (11%)
Vous sentir fatigué ou avoir peu d'énergie	7 (8,3%)	21 (25%)	25 (30%)	31 (37%)
Vous sentir triste, déprimé ou désespéré	19 (23%)	35 (42%)	15 (18%)	15 (18%)

**Annexe 5 : Détail du score PHQ9 analyse univariée, résultats exprimés en nombre et pourcentage.**

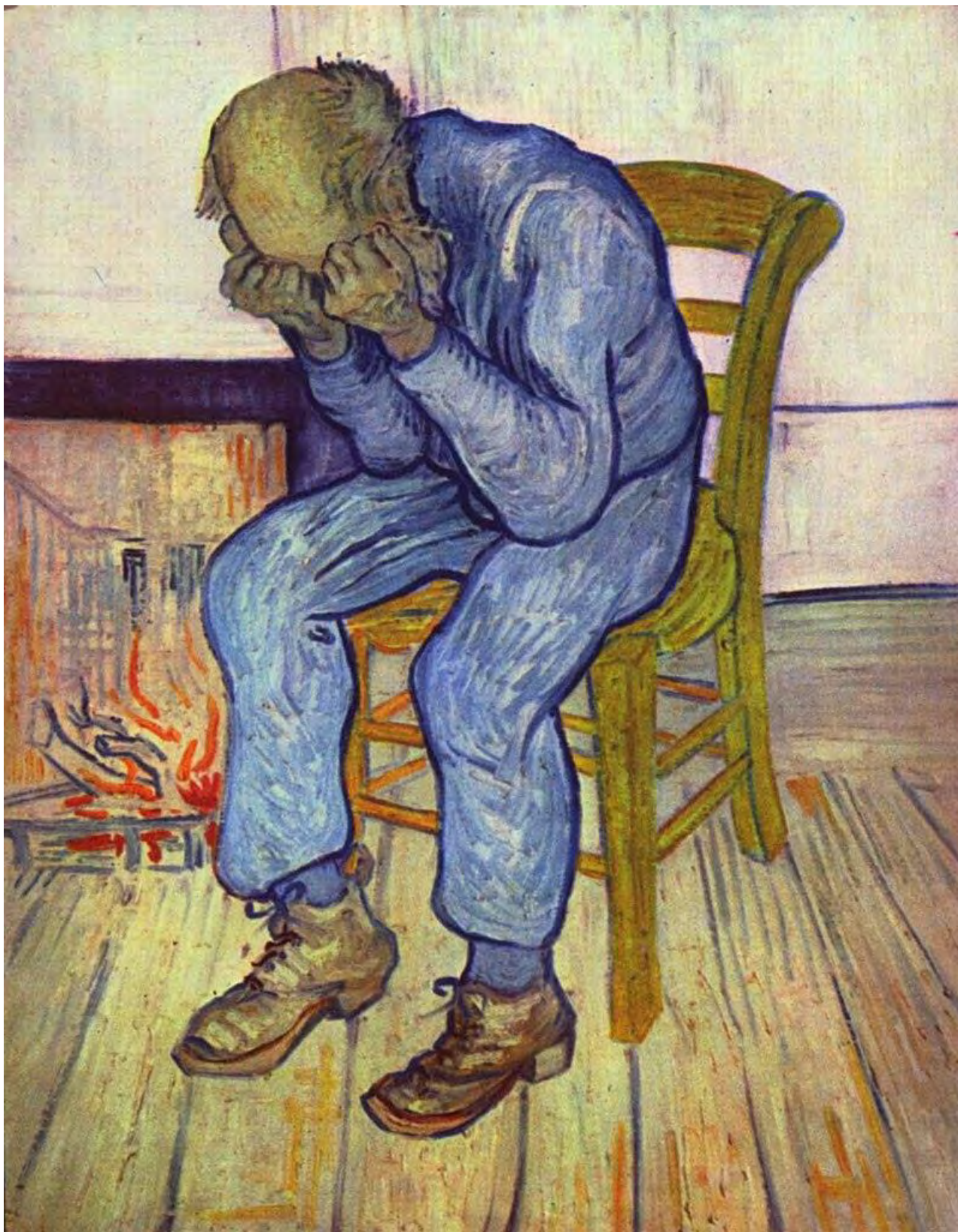
Item		Score BMQ modifié < 3	Score BMQ modifié ≥ 3	n	p	test
Difficultés à vous concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision. Nombre (pourcentage)	Jamais	<b>25 (47%)</b>	<b>10 (32%)</b>	35	0.45	Fisher
	Plusieurs jours	14 (26%)	9 (29%)	23	-	-
	Plus de la moitié du temps	5 (9.4%)	6 (19%)	11	-	-
	Presque tous les jours	9 (17%)	6 (19%)	15	-	-
Difficultés à vous endormir, à rester endormi ou trop dormir. Nombre (pourcentage)	Jamais	11 (21%)	7 (23%)	18	0.25	Chi2
	Plusieurs jours	12 (23%)	<b>10 (32%)</b>	22	-	-
	Plus de la moitié du temps	7 (13%)	7 (23%)	14	-	-
	Presque tous les jours	<b>23 (43%)</b>	7 (23%)	30	-	-
Mauvaise perception de vous-même, vous pensez que vous êtes un perdant ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille. Nombre (pourcentage)	Jamais	<b>21 (40%)</b>	6 (19%)	27	0.052	Chi2
	Plusieurs jours	16 (30%)	7 (23%)	23	-	-
	Plus de la moitié du temps	8 (15%)	<b>12 (39%)</b>	20	-	-
	Presque tous les jours	8 (15%)	6 (19%)	14	-	-
Peu d'appétit ou trop d'appétit. Nombre (pourcentage)	Jamais	<b>19 (36%)</b>	2 (6.5%)	21	<b>0.02</b>	Chi2
	Plusieurs jours	13 (25%)	8 (26%)	21	-	-
	Plus de la moitié du temps	12 (23%)	<b>12 (39%)</b>	24	-	-
	Presque tous les jours	9 (17%)	9 (29%)	18	-	-
Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses. Nombre (pourcentage)	Jamais	15 (28%)	6 (19%)	21	0.82	Chi2
	Plusieurs jours	<b>21 (40%)</b>	<b>13 (42%)</b>	34	-	-
	Plus de la moitié du temps	9 (17%)	6 (19%)	15	-	-
	Presque tous les jours	8 (15%)	6 (19%)	14	-	-
Vous avez pensé que vous seriez mieux mort ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre. Nombre (pourcentage)	Jamais	<b>31 (58%)</b>	<b>13 (42%)</b>	44	0.17	Fisher
	Plusieurs jours	13 (25%)	10 (32%)	23	-	-
	Plus de la moitié du temps	7 (13%)	3 (9.7%)	10	-	-
	Presque tous les jours	2 (3.8%)	5 (16%)	7	-	-

Vous bougez ou vous parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer. Ou au contraire, vous êtes si agité que vous bougez beaucoup plus que d'habitude. Nombre (pourcentage)	Jamais	<b>37 (70%)</b>	<b>13 (42%)</b>	50	<b>0.019</b>	Fisher
	Plusieurs jours	8 (15%)	5 (16%)	13	-	-
	Plus de la moitié du temps	6 (11%)	6 (19%)	12	-	-
	Presque tous les jours	2 (3.8%)	7 (23%)	9	-	-
Vous sentir fatigué ou avoir peu d'énergie. Nombre (pourcentage)	Jamais	6 (11%)	1 (3.2%)	7	0.59	Fisher
	Plusieurs jours	13 (25%)	8 (26%)	21	-	-
	Plus de la moitié du temps	14 (26%)	<b>11 (35%)</b>	25	-	-
	Presque tous les jours	<b>20 (38%)</b>	<b>11 (35%)</b>	31	-	-
Vous sentir triste, déprimé ou désespéré. Nombre (pourcentage)	Jamais	13 (25%)	6 (19%)	19	0.64	Chi2
	Plusieurs jours	<b>21 (40%)</b>	<b>14 (45%)</b>	35	-	-
	Plus de la moitié du temps	11 (21%)	4 (13%)	15	-	-
	Presque tous les jours	8 (15%)	7 (23%)	15	-	-





**Annexe 7 : L'art comme outil de représentation de la maladie mentale pour mieux la comprendre. *A la porte de l'éternité* de Vincent Van Gogh, 1890.**



AUTEUR : Adrien MARCHAND

TITRE : Représentations par les patients des antidépresseurs et de leurs bénéfices et risques en médecine générale.

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Yohann VERGÈS

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Toulouse, le 23 Mai 2023

---

**INTRODUCTION :** L'augmentation nette de la prévalence de l'état dépressif caractérisé implique une réponse adaptée et efficace des médecins généralistes, ne pouvant alors pas outrepasser la question de l'observance. Cette dernière est étroitement liée aux croyances des patients vis-à-vis des antidépresseurs. L'objectif de l'étude était d'analyser les représentations des antidépresseurs et de leurs bénéfices et risques par les patients en médecine générale.

**METHODE :** Il s'agissait d'une étude quantitative transversale. Nous avons élaboré un questionnaire dans le but d'évaluer les croyances des patients et l'intensité de la dépression à l'aide d'outils quantitatifs validés : BMQ, DAI 10 et PHQ9. Un format électronique (QR Code) et papier ont été mis à disposition. Le questionnaire a été diffusé auprès de patients via 14 pharmacies d'Occitanie sur une période de 6 mois. Le critère de jugement principal qu'est la représentation que le patient a des antidépresseurs a été évalué par le biais d'un score BMQ modifié. Ce dernier s'interprétait de la façon suivante, un score bas correspondait à un patient favorable aux antidépresseurs (groupe score < 3), à l'inverse, un score élevé correspondait à un patient réticent à l'usage de ces molécules (groupe score  $\geq 3$ ).

**RESULTATS :** Suite au processus de sélection, 84 questionnaires ont été retenus. Après analyse 53 patients présentaient un profil favorable à l'usage des antidépresseurs (groupe score < 3) et 31 patients présentaient un profil réticent (groupe score  $\geq 3$ ). Nous avons remarqué une intensité de dépression plus sévère chez les patients réticents à l'usage des antidépresseurs ( $p=0,62$ ). Les patients favorables aux antidépresseurs (groupe score < 3) présentaient une dépression plus récente ( $p=0,18$ ), la prescription a été réalisée par le médecin généraliste dans 70 % des cas de ce groupe contre 45 % des patients réticents (groupe score  $\geq 3$ ) ( $p=0,026$ ). Nous avons remarqué un âge plus jeune chez les patients les plus réticents ( $p=0,59$ ) et un nombre de traitements au quotidien plus élevé chez ces derniers ( $p=0,37$ ). De plus le niveau d'étude était plus élevé chez les patients favorables (groupe score < 3) ( $p=0,09$ ).

**DISCUSSION :** Ces résultats sont en adéquation avec la littérature et amènent à des questionnements bien plus larges concernant notamment l'impact des expériences négatives, l'expérience de l'intensité des symptômes. Le mécanisme de non adhérence aux antidépresseurs semble propre à cette molécule et peu extrapolable aux autres traitements. De nombreux déterminants de l'acceptabilité thérapeutique nécessitent d'être évalués par des études ultérieures avec un nombre de patients recrutés plus conséquent.

---

**INTRODUCTION:** The clear increase in the prevalence of the characterized depressive state implies an adapted and effective response from general practitioners, which cannot then go beyond the question of compliance. The latter is closely linked to patients' beliefs about antidepressants. The objective of the study was to analyze the representations of antidepressants and their benefits and risks by patients in general practice.

**METHOD:** This was a quantitative cross-sectional study. We developed a questionnaire with the aim of assessing patients' beliefs and the intensity of depression using validated quantitative tools: BMQ, DAI 10, and PHQ9. An electronic (QR Code) and paper format were made available. The questionnaire was distributed to patients via 14 pharmacies in Occitania over a 6-month period. The primary endpoint of the study was the patient's representation of antidepressants, which was assessed by means of a modified BMQ score. The latter is interpreted as follows: a low score corresponds to a patient who is favorable to antidepressants (score group < 3); conversely, a high score corresponds to a patient who is reluctant to use these molecules (score group  $\geq 3$ ).

**RESULTS:** Following the selection process, 84 questionnaires were retained. After analysis, 53 patients presented a profile favorable to the use of antidepressants (group score < 3) and 31 patients presented a reluctant profile (group score  $\geq 3$ ). We note a more severe intensity of depression in patients reluctant to use antidepressants ( $p=0.62$ ). Patients favorable to antidepressants (score < 3 group) present a more recent depression ( $p=0.18$ ), the prescription was carried out by the general practitioner in 70% of the cases of this group against 45% of the reluctant patients (score  $\geq 3$  group) ( $p=0.026$ ). We note a younger age in the most reluctant patients ( $p=0.59$ ) and a higher number of daily treatments in the latter ( $p=0.37$ ). Moreover, the level of education was higher in the favourable patients (group score < 3) ( $p=0.09$ ).

**DISCUSSION:** These results are in line with the literature and lead to much broader questions concerning in particular the impact of negative experiences, the experience of the intensity of symptoms. The mechanism of non-adherence to antidepressants seems to be specific to this molecule and not easily extrapolated to other treatments. Many of the determinants of therapeutic acceptability need to be evaluated by further studies with a larger number of patients recruited.

---

**Mots-Clés :** Antidépresseur, dépression, représentation, croyance, médecine générale

**Key words :** Antidepressant, depression, representation, belief, general practice

---

**Discipline administrative :** MEDECINE GENERALE