

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET

DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE SAAD DAHLAB – BLIDA I–



FACULTE DE MEDECINE



DEPARTEMENT DE PHARMACIE

Thèse d'exercice de fin d'études

Présentée en vue de l'obtention du Diplôme de Docteur en Pharmacie

Le rôle du pharmacien dans la prise en charge de la dépression

Session : juillet 2019

Présentée par :

- BENCHIROUF Loubna
- BENNOUR Khaoula.
- OUKHAM Aicha.

Encadrée par :

Pr. A.AMALOU, maître de conférence « B » en psychiatrie.

Dr. M.YAMANI, médecin spécialiste en neuropsychiatrie.

Devant le jury :

Président : Pr.O.BENAZIZ, Maître de conférence en Pharmacie Galénique.

Examineur : Dr. N .HERROUG, Assistante en Pharmacologie.

Examineur : Dr Ch. MESSAADIA, Médecin psychiatrie.

2018-2019

Remerciement

Nous tenons tout d'abord à remercier Allah le tout puissant qui nous a donné la force et la patience d'accomplir ce modeste travail.

*Nous remercions notre promotrice **Pr. AMAÏOU**, avant tout pour avoir cru en notre projet et pour nous avoir assurées de sa légitimité, Nous la remercions également pour sa grande disponibilité, et pour ses précieux conseils, ses remarques et ses qualités scientifiques nous ont permis d'améliorer la qualité de ce mémoire.*

*Nous remercions la présidente des jurys, **Dr O.BENAZIZ** pour avoir initialement accepté de présider ce jury et pour l'intérêt qu'elle a portés à notre travail, pour sa compréhension, et pour ses fructueuses corrections.*

*Nous remercions **Dr ER.MESSAADJA** et **Dr N.HERRONG** Pour avoir accepté de lire notre travail et d'y avoir contribué, on vous remercie d'avoir pu vous rendre disponible et de continuer à la faire en étant présentent aujourd'hui.*

Merci également aux différents professeurs qui nous ont formées durant nos six années en pharmacie et dont leur enseignement est resté précieux tout au long de notre cursus universitaire.

Nous tenons à remercier toute personne qui a participé de près ou de loin à l'exécution de ce modeste travail.

Dédicace

Je remercie Allah le tout puissant, c'est grâce à lui que j'ai eu la foi

Du profond de mon cœur, je dédie ce travail à tous ceux qui sont chers.

À mes parents : Aucun mot si sacré soit-il, ne suffira à apprécier à sa juste valeur, le soutien matériel et spirituel, les sacrifices que vous ne m'avez cessé de déployer.

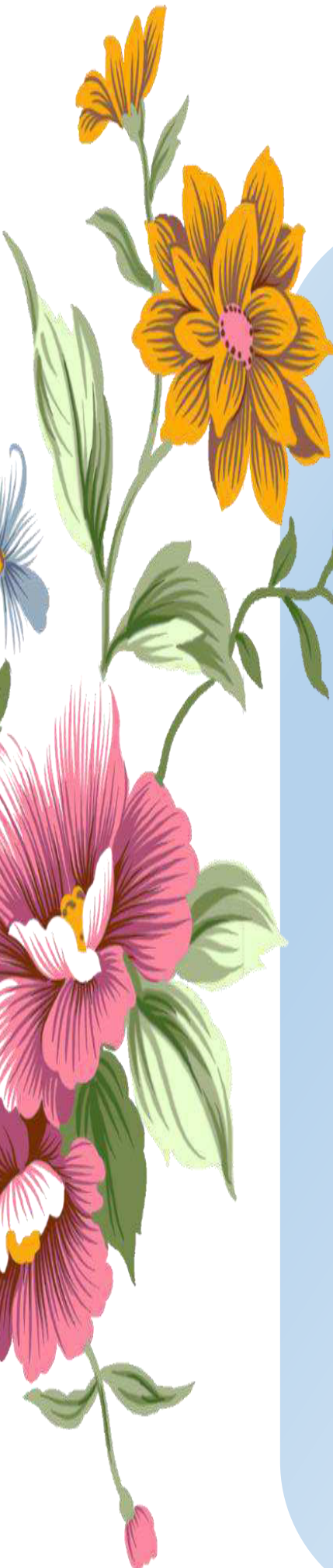
Je t'aime papa, je t'aime maman et sachez toujours que je vous suis très reconnaissante.

À ma sœur Imene, mes frères Mustapha et Nadjib : vous m'avez toujours soutenu durant toutes mes études, je vous souhaite une vie pleine de joie de bonheur de réussite.

À mon binôme Aicha et Khaoula avec qui j'ai partagé des meilleurs souvenirs au cours de la réalisation de ce travail.

À tous mes professeurs qui m'ont enseigné, puisse ce modeste travail vous exprimer ma profonde reconnaissance, mon respect et mon admiration sans limite à votre égard.

Loubna



Dédicace

En tout premier lieu, je remercie mon Dieu Allah, tout puissant, de m'avoir donné la force pour survivre, et pour dépasser toutes les difficultés.

Je dédie cette Thèse...

A mes parents : BENMOUR ABDELLAH et MOKRANI HINDA pour leur soutien et encouragement tout au long de mes études.

A ma chère sœur, mes frères je vous souhaite une vie pleine de joie de bonheur et de réussite.

A mes belles sœurs, et mon beau-frère.

Ainsi, à mes nièces Meriem et Khadidja, ma petite princesse Kaouter, Ouais et Chaima.

Aux personnes avec qui j'ai partagé cette année de travail et avec qui j'ai vécu d'inoubliables expériences: Aicha et Loubna.

Je souhaite remercier aussi ma famille et tout ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

KHAOUA



Dédicace

J'aimerais en premier lieu remercier mon dieu Allah qui m'a donné la volonté et le courage pour la réalisation de ce travail

Je dédie ce mémoire à mes chers parents à qui je dois tout, ce travail est le fruit de leur amour, leurs encouragements et sacrifices.

A toi ma mère OUACILA, qui as choisi de sacrifier tes propres rêves dans le but de voir les miens se réaliser, tu as toujours été une héroïne à mes yeux et mon chère père HASSME, et ma chère grand-mère Hamida

A mes oncles Mohamed, Azzeddine et Rachid, et Ma tante Samia.

A mon fiancé Mohamed, et à ma chère amie Nhem.

A mon binôme : Khaoula et Loubna avec qui j'ai partagé des meilleurs souvenirs au cours de la réalisation de ce travail.

Je souhaite remercier aussi ma famille et tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail

Aicha

Table des matières

Liste des figures	i
Liste des tableaux	iii
Liste d'abréviations.....	v
GLOSSAIRE.....	viii
Introduction	1

Partie bibliographique

Chapitre I : Dépression.....	4
I.1 Historique	5
I.2 Définition.....	6
I.3 Epidémiologie.....	6
I.3.1 La dépression dans le monde :	6
I.4 Formes cliniques.....	7
I.4.1 Formes évolutives	7
I.4.2 Formes symptomatiques.....	8
I.4.3 Formes trompeuses.....	9
I.4.4 Forme en fonction du terrain.....	10
I.5 Etiopathologie de dépression.....	11
I.5.1 Facteurs biologiques.....	11
I.5.2 Facteurs génétiques :	16
I.5.3 Facteurs psycho-sociaux	16
I.5.4 Étiologies psychiatriques.....	17
I.5.5 Étiologies organiques	18
I.5.6 Étiologies iatrogènes et toxiques.....	18
I.6 Physiopathologie	19
I.6.1 Les amines biogènes.....	19
I.6.2 La régulation neuro-endocrinienne	19
I.7 Clinique de la dépression.....	20

I.7.1	Signes cliniques	20
I.7.2	Critères diagnostiques de l'épisode dépressif caractérisé	21
I.8	Evolution	24
I.8.1	Evolution à court terme	25
I.8.2	Evolution à long terme	25
I.9	La prise en charge	26
I.9.1	Objectifs de la prise en charge	27
I.9.2	Thérapeutique médicamenteuse : les antidépresseurs	27
I.9.3	Thérapeutique non médicamenteuse	38
I.9.4	Dépression et entourage	44
I.10	Addiction et dépression	45
I.10.1	Comorbidités trouble dépressif/addiction aux substances psychoactives	45
I.10.2	Aspects cliniques	46
I.10.3	Aspects thérapeutiques	46
II	Chapitre II Rôle du pharmacien dans la prise en charge	48
II.1	Place du pharmacien dans la société	48
II.2	Communication pharmacien-patient	48
II.2.1	Définition d'un entretien pharmaceutique	48
II.2.2	Objectifs de l'entretien pharmaceutique	49
II.3	Mise en place d'un entretien pharmaceutique chez un patient adulte présentant un épisode dépressif caractérisé	50
II.3.1	Accueil du patient	50
II.3.2	Historique médicamenteux	50
II.3.3	Evaluation de la motivation du patient à prendre son Traitement	50
II.3.4	Evaluation des obstacles au traitement	51
II.4	Explication de conduite à tenir en cas des effets secondaires	51
II.4.1	Antidépresseurs et effets indésirables	51
II.4.2	Effets indésirables selon la classe de médicament	51
II.4.3	Effets indésirables les plus fréquents et leur gestion	52
II.5	Prévenir les risques d'automédication	55
II.6	Education thérapeutique	56
II.6.1	Définition	56
II.6.2	Objectifs	56

II.6.3	Fondements	57
II.6.4	Position du pharmacien et place des entretiens pharmaceutiques dans l'éducation thérapeutique	57
II.7	Transmission des règles hygiéno-diététiques	58

Partie pratique

I. Introduction.....	63
II.Objectifs	63
III.Matériels et méthodes.....	63
III.1 Lieu de l'enquête	63
III.2 Période de l'enquête :	63
III.3 Population cibles.....	64
III.3.1 Enquête auprès des pharmaciens	64
III.3.2 Enquête auprès des patients	64
III.4 Outils d'investigation	64
III.4.1 Questionnaire pharmacien	64
III.4.2 Questionnaire patient :	64
III.5Outils Statistiques	65
IV. Résultats et interprétation	65
IV. 1 Résultats de l'enquête auprès des pharmaciens.....	65
IV.1.1 Informations générales.....	65
IV.1.2 Analyse et interprétation des questions	68
IV.2 Résultats de l'enquête auprès des patients	79
V.Discussion	104
V.1 Eléments abordés lors du conseil au patient dépressif :	105
V.1.1Concernant la posologie et horaire, modalité d'utilisations de l'antidépresseur ...	105
V.1.2 L'intérêt de chaque médicament, les interactions médicamenteuses possibles et les effets secondaires :.....	106
V.1.3Le rappel sur la psychothérapie :	106
V.1.4 Complications :	106
V.2 Facteurs limitant l'entretien pharmaceutique :	107
V.3 Questions ouvertes.....	107

V.4 Forces et limites de l'étude :	108
Conclusion.....	109
Références bibliographiques	111
ANNEXES.....	117
Résumé	122

Liste des figures

Figure 1 : les neurotransmetteurs impliqués dans la dépression.	11
Figure 2 : La neurotransmission synaptique.	12
Figure 3 : Schématisation des hypothèses expliquant les bases neurobiologiques de la dépression.	14
Figure 4 : Schéma général de la modélisation physiopathologique de la dépression.	17
Figure 5 : Phases évolutives d'un EDM.	24
Figure 6 : Répartition des pharmaciens selon le mode d'exercice.	66
Figure 7 : Répartition des pharmaciens selon la ville d'exercice.	67
Figure 8 : Répartition des pharmaciens selon la durée d'exercice.	68
Figure 9 : l'habitude des pharmaciens de donner le conseil aux patients dépressifs.	69
Figure 10 : le nombre des patients dépressifs par jour.	70
Figure 11 : la présence d'espace de confidentialité au niveau d'officine.	71
Figure 12 : le temps moyen accordé à un patient dépressif (min).	72
Figure 13 : le temps accordé aux patients dépressifs par rapport aux autres patients.	73
Figure 14 : le temps accordé aux patients dépressifs.	74
Figure 15 : les conseils suivants lors de dispensation des antidépresseurs.	75
Figure 16 : l'habitude des pharmaciens de rappeler sur La psychothérapie.	76
Figure 17 : l'habitude des pharmaciens de rappeler sur les complications résultant de la prise incorrecte des antidépresseurs.	77
Figure 18 : les difficultés et facteurs limitant l'entretien pharmaceutique avec le patient.	78
Figure 19 : Estimation de la compréhension des conseils dispensés suite à entretien pharmaceutique.	79
Figure 20 : Répartition des patients questionnés selon le sexe.	80
Figure 21 : Répartition des patients questionnés selon l'âge.	81
Figure 22 : répartition des patients selon la situation familiale.	82
Figure 23 : répartition des patients selon l'activité professionnelle.	83
Figure 24 : Répartition des patients questionnés selon le niveau d'instruction.	84
Figure 25 : répartition des patients selon le niveau socio- économique.	85
Figure 26 : répartition des patients selon le type d'habitation.	86

Figure 27 : Graphique illustrant combien de temps les patients sont dépressifs.	87
Figure 28 : l'état actuel des patients.....	88
Figure 29 : le recours a l'hospitalisation.	89
Figure 30 : le traitement prescrit.	90
Figure 31 : les classes d'antidépresseur prescrites.	90
Figure 32 : la tolérance des patients aux antidépresseurs.	91
Figure 33 : la présence ou non d'une maladie chronique.....	92
Figure 34 : l'habitude de prendre le traitement de la même pharmacie ou non.....	93
Figure 35 : les arguments de prendre le traitement de la même pharmacie.....	94
Figure 36 : les arguments de ne pas prendre le traitement de la même pharmacie.....	95
Figure 37 : le temps moyen qu'aborde le pharmacien lorsqu'il dispense les médicaments aux patients dépressifs.	96
Figure 38 : Les conseils que le pharmacien aborde avec les patients.	97
Figure 39 : le rappel sur la psychothérapie.	98
Figure 40 : le rappel sur les complications dues à la prise incorrecte des antidépresseurs.....	99
Figure 41 : les difficultés ou les facteurs limitant l'entretien pharmaceutique.	100
Figure 42 : l'habitude des patients de faire du sport.	101
Figure 43 : la fréquence de pratique du sport.....	101
Figure 44 : les critères de choix pour une pharmacie.....	102
Figure 45 : l'habitude du pharmacien a donné des conseils hors ceux liées au traitement... ..	103

Liste des tableaux

Tableau 1 : Principaux médicaments dépressogènes.	18
Tableau 2 : Critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé selon la CIM-10 et le DSM-5.	23
Tableau 3 : prévention et correction des effets secondaires.	52
Tableau 4 : Catégories du mode d'exercice.	65
Tableau 5 : Répartition des pharmaciens interrogés selon la ville d'exercice.	66
Tableau 6 : Répartition des pharmaciens interrogés selon la durée d'exercice.	67
Tableau 7 : L'habitude du pharmacien de donner le conseil aux patients dépressifs.	68
Tableau 8 : Le nombre des patients dépressifs par jour.	69
Tableau 9 : Présence d'espace de confidentialité au niveau d'officine.	70
Tableau 10 : Le temps moyen accordé à un patient dépressif (min).	71
Tableau 11 : Le temps accordé aux patients dépressifs par rapport aux autres patients.	72
Tableau 12 : Le temps accordé aux patients dépressifs.	73
Tableau 13 : Les conseils donnés lors de dispensation des antidépresseurs.	74
Tableau 14 : L'habitude des pharmaciens de rappeler sur la psychothérapie.	75
Tableau 15 : L'habitude des pharmaciens à donner des conseils par rapport aux complications liés à de la prise incorrecte des antidépresseurs.	76
Tableau 16 : Difficultés et facteurs limitant l'entretien pharmaceutique avec le patient.	77
Tableau 17 : Estimation de la compréhension des conseils dispensés suite à entretien pharmaceutique.	78
Tableau 18 : Répartition des patients questionnés selon le sexe.	79
Tableau 19 : Répartition des patients questionnés selon l'âge.	80
Tableau 20 : La Répartition des patients questionnés selon la situation familiale.	81
Tableau 21 : Répartition des patients questionnés selon l'activité professionnelle.	82
Tableau 22 : La Répartition des patients questionnés selon le niveau d'instruction.	83
Tableau 23 : La Répartition des patients questionnés selon le niveau d'instruction.	84
Tableau 24 : la Répartition des patients questionnés selon le type d'habitation.	85
Tableau 25 : Combien de temps les patients sont dépressifs.	86
Tableau 26 : état actuel des patients.	87
Tableau 27 : antécédents psychiatrique.	88
Tableau 28 : hospitalisation.	89
Tableau 29 : traitement prescrit.	89

Tableau 30 : les classes d'antidépresseurs prescrits.....	90
Tableau 31 : la tolérance des patients aux antidépresseurs.	91
Tableau 32: la présence ou non d'une maladie chronique.	92
Tableau 33 : l'habitude de prendre le traitement de la même pharmacie ou non.....	92
Tableau 34: Les arguments de prendre le traitement de la même pharmacie.	93
Tableau 35 : Les arguments de ne pas prendre le traitement de la même pharmacie.	94
Tableau 36 : Le temps moyen qu'aborde le pharmacien lorsqu'il dispense les médicaments aux patients dépressifs.	95
Tableau 37 : Les conseils que le pharmacien aborde avec les patients dépressifs.	96
Tableau 38 : rappel sur la psychothérapie.....	97
Tableau 39 : rappel sur les complications dues à la prise incorrecte des antidépresseurs.	98
Tableau 40 : Les difficultés ou les facteurs limitant l'entretien pharmaceutique.	99
Tableau 41: l'habitude des patients de faire du sport.....	100
Tableau 42: la fréquence de pratique du sport.	101
Tableau 43 : les critères de choix pour une pharmacie.	102
Tableau 44: l'habitude du pharmacien a donné des conseils hors ceux liées au traitement.....	103

Liste d'abréviations

5HT: sérotonine.

5-MOP : 5- méthoxypsoralène.

A

ACTH: adrénocorticotrophine.

AD: antidépresseur.

ALAT : l'alanine aminotransférase.

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

ASAT : aspartate aminotransférase.

ATC: Antidépresseurs tricycliques .

AVC: accident vasculaire cérébral.

B

BDNF: Brain Derivated Neurotrophic Factor.

C

CHU: centre hospitalier universitaire.

CIM : Classification internationale des maladies.

CRH: corticotropin-releasing hormone.

D

DA: dopamine.

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

E

ECT: électroconvulsivothérapie.

EDM: épisode dépressif majeur.

EHS : établissement hospitalier spécialisé.

EI : effet indésirable.

ETP: éducation thérapeutique.

H

HPA: hypothalamo-hypophysaire-surrénalien.

I

IMAO: Inhibiteurs de la monoamine oxydase.

ISRS: Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine.

ISRSNa : Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine noradrénaline .

M

MAO: monoamine oxydase.

MPR : médecine physique et de réadaptation.

N

NA: noradrénaline.

NMDA: N-méthyl-D-aspartate.

O

OMS: organisation mondiale de la santé.

S

SAD : syndrome automnal dépressif.

SSRI: Selective serotonin reuptake inhibitors.

T

TCC: thérapies cognitivo comportementales.

TMS: stimulation magnétique transcrânienne.

U

USA: United States of America.

UV: ultraviolet.

V

VIH: virus de l'immunodéficience humaine.

GLOSSAIRE

Agranulocytose : est un état anormal se caractérisant par la disparition aiguë et sélective de la lignée des granulocytes (l'un des types de globules blancs) dans le sang.

Anorexie : correspond à une perte d'appétit, empêchant le patient de se nourrir. Si celle-ci devient chronique, elle peut devenir mortelle, par manque de nutriments dans le corps.

Anxiolytique : sont des médicaments utilisés contre l'anxiété.

Apathie : synonyme d'impassibilité, est un état d'indifférence à l'émotion, la motivation ou la passion.

Apoptose : (ou mort cellulaire programmée) est le processus par lequel des cellules déclenchent leur autodestruction en réponse à un signal.

Asthénie : extrême fatigue au moindre effort.

Atrophie : c'est la diminution de volume ou de taille, plus ou moins importante, d'un membre, d'un organe ou d'un tissu, d'origine pathologique ou physiologique.

Bradypsychie : une lenteur globale de la pensée avec des difficultés, voire une incapacité à prendre des décisions ou à démarrer une action.

Cholestase : est une diminution de la sécrétion biliaire pouvant provoquer un ictère (jaunisse).

Comorbidités : La présence d'un ou de plusieurs troubles associés à un trouble ou une maladie primaire. L'effet provoqué par ces troubles ou maladies associés.

Désensibilisation des récepteurs : Diminution de la réponse de l'organisme à un médicament ou à tout autre agent exogène.

Down-regulation : la diminution d'une réponse physiologique suite à un traitement, pouvant être due à la diminution du nombre de récepteurs.

Effet rebond : est l'apparition ou la réapparition de symptômes qui étaient absents ou contrôlés pendant un traitement médicamenteux, mais (ré) apparaissent lorsque ce traitement est arrêté ou que la dose est réduite.

Empathie : est la reconnaissance et la compréhension des sentiments et des émotions d'un autre individu ainsi que, dans un sens plus général, de ses états non-émotionnels, comme ses croyances.

Epilepsie : est une maladie neurologique qui se traduit par une activité électrique anormale du cerveau.

Glucocorticoïdes : Les glucocorticoïdes sont des corticoïdes qui ont une action sur le métabolisme protidique et glucidique. Les glucocorticoïdes naturels sont la cortisone et le cortisol.

Glutamate : est un neurotransmetteur excitateur majeur, associé à l'apprentissage et la mémoire.

Hépatite : toute inflammation aiguë ou chronique du foie.

Hippocampe : est une structure du télencéphale des mammifères. Il appartient notamment au système limbique et joue un rôle central dans la mémoire et la navigation spatiale.

Homozygotes : se dit d'un gène qui, chez un individu (animal ou végétal), sera représenté par deux allèles identiques sur un même locus.

Hostilité : le mot est synonyme de colère et d'agression.

Humeur : L'humeur est un état d'âme persistant. Il peut avoir une connotation positive ou négative.

Hypercortisolémie : Lorsque l'hypercortisolémie est due à une maladie, il y a un déséquilibre dans vos surrénales ou dans le système de contrôle. Ceci résulte en une production exagérée de cortisol.

Hyperphagie : Manger sans faim, plus que nécessaire, ne pas ressentir de sensation de satiété, ce n'est pas simplement une fringale ni de la gourmandise mais une réelle maladie.

Hypertrophie : augmentation du volume d'un tissu ou d'un organe due à une hypertrophie cellulaire ou à une hyperplasie.

Hypothyroïdie : est une situation pathologique d'imprégnation insuffisante de l'organisme en hormones thyroïdiennes.

Ictère : ou jaunisse correspond à la coloration jaune des téguments (peau et muqueuses : on parle d'ictère cutanéomuqueux) due à l'accumulation de bilirubine, qui peut être conjuguée ou non-conjuguée c'est pourquoi on distingue deux types.

Levée de l'inhibition psychomotrice : L'inhibition psychomotrice (fatigue, perte d'énergie, diminution de la capacité de penser...), est une des manifestations des états dépressifs (voir dépression).

Maladie d'Addison : ou insuffisance surrénalienne chronique primaire, est une maladie endocrinienne rare caractérisée par le défaut de sécrétion des hormones produites par les glandes surrénales : glucocorticoïdes (cortisol) et minéral corticoïdes (aldostérone).

Maladie de Huntington : c'est une maladie héréditaire et orpheline, qui se traduit par une dégénérescence neurologique provoquant d'importants troubles moteurs, cognitifs et psychiatriques, et évoluant jusqu'à la perte d'autonomie puis la mort.

Maladie de Parkinson : est une maladie neurodégénérative qui se manifeste par la destruction de neurones à dopamine de la substance noire du cerveau.

Mélancolie : est une véritable maladie, une dépression extrême qui peut menacer la vie. Elle est fréquente dans les désordres maniaco-dépressifs.

Mélatonine : est une neuro-hormone régulant le sommeil.

Mutisme sélectif : est un trouble anxieux dans lequel un individu, le plus souvent un enfant qui est normalement capable de parler, est incapable de parler lors de situations coexiste habituellement avec la timidité ou l'anxiété sociale.

Neurogenèse : c'est l'ensemble du processus de formation d'un neurone fonctionnel du système nerveux à partir d'une cellule souche neurale.

Neurotoxique : est l'action d'un poison (ou substance neurotoxique) sur le système nerveux. Il peut s'agir d'éléments chimiques comme les métaux lourds, de composés chimiques ou de substances biologiques comme les neurotoxines.

Neutropénie : est un trouble hématologique caractérisé par un taux bas de granulocytes (ou polynucléaires) neutrophiles dans le sang.

Observance : est l'adéquation entre le comportement du patient et le traitement proposé.

Psychoanaleptiques : ou psychostimulants sont des substances psychotropes considérées comme des excitants psychiques, qui accélèrent l'activité du système nerveux et stimulent l'humeur.

Rechute : se définit par la réapparition de symptômes dépressifs avant la guérison de la dépression.

Récidive : correspond à la réapparition d'un nouvel épisode dépressif après guérison du précédent.

Schizophrénie : est un trouble mental sévère et chronique appartenant à la classe des troubles psychotiques.

Syndrome de Cushing : est défini précisément comme un hypercortisolémie chronique.

Thymoanaleptiques : sont des substances psychotropes qui stimulent l'humeur.

Trouble bipolaire : Les troubles bipolaires, qui sont aussi connus sous le nom de psychose maniacodépressive, sont des maladies qui entraînent des dérèglements de l'humeur se manifestant par des phases tant de dépression que d'excitation (manies).

Troubles mnésiques : troubles ou pertes de mémoire correspondent à l'incapacité ou la difficulté à mémoriser un fait actuel à retrouver un souvenir. Les "trous" de mémoire, sont souvent anodins mais ils peuvent être invalidants lorsqu'une maladie ou un traumatisme sont en cause.

Troubles obsessionnels compulsifs : (TOC) font partie des troubles anxieux. Ils se caractérisent à la fois par des obsessions, qui sont des pensées envahissantes qui génèrent peurs et angoisses, et des compulsions, comme une envie irrésistible de réaliser des gestes répétitifs ou des actes mentaux comme compter ou réciter intérieurement une phrase.

up-régulation : l'augmentation d'une réponse physiologique suite à un traitement, pouvant être due à l'augmentation du nombre de récepteur.

Introduction

La dépression, maladie mentale la plus fréquente, représente un problème majeur de santé publique : près d'une personne sur cinq a souffert, souffre ou souffrira d'une dépression au cours de sa vie. Malgré des avancées en matière de dépistage et la découverte de nouvelles stratégies thérapeutiques, la dépression entraîne de nombreuses complications. Selon l'OMS, en 2020, elle deviendrait la 2ème cause d'invalidité à travers le monde derrière les pathologies cardiovasculaires.

Depuis les années 90, l'utilisation des antidépresseurs s'est accrue, notamment grâce au développement de molécules de maniement plus aisé, faisant passer le traitement de la dépression du secteur hospitalier au secteur libéral. De plus, la compréhension des troubles dépressifs a aujourd'hui évolué : d'une perspective à court terme focalisée sur l'épisode dépressif, une évolution à long terme est envisagée. En effet, la moitié des patients ayant eu un épisode dépressif récidivent dans les deux années qui suivent, 20% des cas deviennent chroniques. En favorisant l'observance, en vérifiant les interactions médicamenteuses, en contribuant à une meilleure gestion des effets indésirables, l'intervention du pharmacien d'officine est reconnue comme étant positive dans le suivi des patients hypertendus, diabétiques, asthmatiques ou ayant une dyslipidémie.

La première partie de ce travail sera consacrée à la description de la pathologie dépressive en termes épidémiologiques et physiopathologiques, ainsi qu'à l'étude des différentes stratégies thérapeutiques mises en œuvre. Nous aborderons également le rôle du pharmacien d'officine dans cette prise en charge au sein de la littérature.

La deuxième partie s'intéressera à l'analyse d'un questionnaire proposé aux pharmaciens concernant leurs habitudes de conseil attribué aux patients dépressifs dans le cadre de la prise en charge des patients dépressifs à l'officine. À partir des résultats des questionnaires, une discussion s'établira dans laquelle seront abordés différents points : les difficultés rencontrées dans le parcours de soins d'un patient dépressif, de dispensation et d'utilisation des antidépresseurs, ainsi que l'importance de faire un rappel sur éventuelles interactions médicamenteuses et la psychothérapie et finalement on a proposer aux pharmaciens de donner leurs avis sur les moyens possibles pour améliorer la prise en charge.

Ainsi que on fait un 2ème questionnaire destiné au patient dans le but d'explorer les attentes de ces derniers concernant le pharmacien dans la prise en charge de son traitement antidépresseur, ainsi que l'offre de soins envisagée par les pharmaciens afin d'établir leur place dans ce parcours de soin

Partie bibliographique

Chapitre I :

Dépression

I.1 Historique

Le terme de « dépression » en lui-même est dérivé du latin deprimere, « se décourager ». Dès le XIV^e siècle, « depress » signifiait subjurer ou rabaisser les esprits.

Il est utilisé en 1665 par l'auteur britannique Richard Baker dans son ouvrage *Chronicle* pour désigner quelqu'un ayant une grande « dépression de l'esprit », et par l'auteur également britannique Samuel Johnson désignant un sens similaire en 1753.

Le terme est également utilisé dans les domaines météorologique et économique . Un premier usage désignant un terme psychiatrique est effectué par le psychiatre français Louis Delasiauve en 1856, et, dès les années 1860, fait son apparition dans les encyclopédies médicales pour déterminer une diminution physiologique et métaphorique de la fonction émotionnelle. [1].

La première version du DSM (DSM-I, 1952) contient le terme de « réaction dépressive » et le DSM-II (1968) celui de « névrose dépressive », définie en tant que réaction excessive à un conflit interne ou à un événement identifiable, inclut également un type de psychose maniaco-dépressive accompagnant les troubles affectifs majeurs

Au milieu du XX^e siècle, des chercheurs ont suggéré que la dépression était causée par un mauvais équilibre chimique des neurotransmetteurs cérébraux, une théorie basée sur des observations effectuées dans les années 1950.

Le terme de « trouble dépressif majeur » est intronisé par un groupe de cliniciens américains durant les années 1970 comme critère diagnostique basé sur des niveaux de symptômes et est incorporé dans le DSM-III en 1980. Pour maintenir une définition similaire, le CIM-10 utilise le même critère, avec seulement deux petites différences, mais en utilisant le diagnostic du DSM, celui d'« épisode dépressif léger », avec l'ajout des catégories de dépression modérée à sévère.

Les nouvelles définitions de la dépression ont été de loin acceptées, mais avec certaines contradictions et points de vue différents. Certains arguments empiriques optaient pour un retour au diagnostic de la mélancolie. Quelques critiques dans l'extension du diagnostic, liées au développement et à la vente croissante des antidépresseurs et au modèle biologique depuis la fin des années 1950, ont été faites. [1]

I.2 Définition

L'humeur : d'après J.Deloy « c'est une Disposition fondamentale, riche de toutes instances émotionnelles et instinctive qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur»[2]

« Déprimer », étymologiquement, signifie « rabaisser ».

La dépression, est un trouble mental caractérisé par des épisodes de baisse d'humeur (tristesse) accompagnée d'une faible estime de soi et d'une perte de plaisir ou d'intérêt dans des activités habituellement ressenties comme agréables par l'individu.

Cet ensemble de symptômes (syndrome, individualisé et anciennement classifié dans le groupe des troubles de l'humeur par le manuel diagnostique de l'association américaine de psychiatrie).

La dépression est une condition handicapante qui peut retentir sur le sommeil, l'alimentation et la santé en général avec notamment un risque de suicide dans les cas les plus graves (surtout dans la dépression mélancolique), ainsi que sur la famille, la scolarité ou le travail. [3]

La dépression affecte majoritairement la psychologie, soit l'humeur et le comportement, mais elle peut aussi s'exprimer par des troubles physiques. C'est pourquoi une personne dépressive peut être plus vulnérable aux infections, son système immunitaire étant affaibli. [4]

I.3 Epidémiologie

I.3.1 La dépression dans le monde :

Suivant l'Organisation Mondiale de la Santé, la dépression est la deuxième cause d'handicap. Elle se situe au quatrième rang des maladies en termes de coût financier par maladie. Selon les prévisions, en 2020, ce trouble se situera à la seconde place en termes de coût parmi les différentes maladies, quels que soient l'âge et le sexe. Aujourd'hui, il se situe déjà au deuxième rang pour la catégorie d'âge de 15 à 44 ans pour les deux sexes. Le suicide en est l'issue la plus tragique. On compte chaque année au niveau mondial 800 000 morts par suicide.

La dépression peut survenir dans n'importe quelle catégorie socio-professionnelle, à tous les âges, deux fois plus souvent chez la femme que chez l'homme et dans n'importe quelle ethnie.

Chaque année, plus de 350 millions de personnes souffrent de dépression dans le monde et seuls 25 % d'entre elles peuvent avoir accès à des traitements efficaces. Globalement, les résultats montrent une prévalence de l'épisode dépressif sur un an aux environs de 7 %. La prévalence sur six mois est aux environs de 5 %. Sur la vie entière, cette prévalence est à 15 % : au cours de leur vie 15 % d'entre nous ont été, sont ou seront déprimés.

Ceci ne doit évidemment pas être confondu avec le fait que nous connaissons tous des moments de découragement avec des symptômes dépressifs : la dépression induit une rupture durable dans la vie familiale, affective et sociale.

Certaines données épidémiologiques laissent supposer que la dépression est devenue plus fréquente depuis la seconde guerre mondiale, touchant des individus de plus en plus jeunes. Certains proposent des explications sociales (vie de plus en plus stressante), d'autres avancent des hypothèses génétiques (modification du génome des populations contemporaines).

En réalité, la question reste ouverte. La seule étude (dite de Stirling County et menée aux USA) effectuée à quarante ans d'intervalle (1952, 1970 et 1992) sur une même population avec les mêmes méthodes de diagnostic indique plutôt une décroissance de la prévalence de la dépression : 5,3 % en 1952, 5,3% en 1970 et 2,9 % en 1992 ! [5]

I.4 Formes cliniques

I.4.1 Formes évolutives

Certains syndromes dépressifs présentent une évolution dans le temps différente de l'épisode dépressif majeur. [6]

I.4.1.1 Dépressions brèves récurrentes

Elles sont caractérisées par leur brièveté, environ 3 jours. Cependant, la sémiologie est complète. Ces épisodes dépressifs sont caractérisés par leurs récurrences (un ou deux accès par mois) et leur sévérité associée à un haut risque suicidaire. [6]

I.4.1.2 Dysthymie et dépression chronique

La dysthymie ou trouble dysthymique correspond à une humeur dépressive d'intensité modérée et d'évolution subaiguë volontiers supérieure à 2 ans.

La dépression chronique, dont la dysthymie est une forme particulière, correspond à un épisode dépressif dont la durée est supérieure à 2 ans. [6]

I.4.1.3 Dépression saisonnière

Ce type de dépression est caractérisé par sa récurrence en fonction des saisons : l'épisode débute en octobre ou novembre et dure environ 3 à 4 mois, ce qui correspond à la période hivernale où la luminosité est minimale. Ces épisodes touchent préférentiellement la femme d'âge moyen. Le traitement repose habituellement sur la photothérapie. [6]

I.4.2 Formes symptomatiques

I.4.2.1 Mélancolie typique

L'accès mélancolique réalise une forme prononcée d'état dépressif aigu. Elle est caractérisée par l'intensité de la douleur morale, l'importance du ralentissement psychomoteur, l'asthénie majeure et l'aboulie complète qui peut entraver les actes élémentaires de la vie et aboutir à une incurie.

Le contenu des pensées est foncièrement négatif et le désintérêt total : l'autodépréciation est systématique et sans appel, marquée à un degré de plus par des idées d'autoaccusation ou d'indignité aboutissant à une culpabilité et à un sentiment de honte qui appelle à une punition. Le sujet a souvent la conviction d'être incurable. [6]

I.4.2.2 Dépression délirante

L'existence d'idées délirantes ou d'hallucinations au cours d'un accès dépressif n'est pas rare et, bien qu'elles ne témoignent aucunement d'une pathologie psychotique sous-jacente, elles constituent un facteur majeur de gravité de l'épisode. Ainsi, les convictions dépressives négatives donnent naissance à de véritables constructions délirantes. [7]

I.4.2.3 Mélancolie stuporeuse

Lorsque le ralentissement psychomoteur est d'intensité maximale, l'inhibition aboutit à une immobilité avec mutisme, impossibilité de s'alimenter voire de s'hydrater. Le patient est prostré, le visage figé, les yeux exprimant souvent une angoisse majeure et une douleur morale intense. Cette forme de dépression engage le pronostic vital d'autant que la

déshydratation est rapide et le raptus suicidaire possible. Elle nécessite une prise en charge en urgence et un traitement rapide, le plus souvent par électroconvulsivothérapie. [6]

I.4.3 Formes trompeuses

I.4.3.1 Dépression anxieuse ou agitée

Dépression et anxiété sont deux troubles fréquemment associés. Ainsi, les sujets présentant un trouble anxieux ont plus de risque de développer un épisode dépressif. Cependant, l'existence de symptômes anxieux peut être strictement contemporaine de l'épisode dépressif et s'y limiter.

La dépression anxieuse correspond à un syndrome dépressif avéré au cours duquel les manifestations anxieuses dominent le tableau clinique, induisant une subagitation, voire une agitation, à la fois motrice et psychique désordonnée. Cette forme est marquée par un risque important de passage à l'acte suicidaire. [6]

I.4.3.2 Dépression hostile

Dans certaines dépressions prédominent l'irritabilité, la susceptibilité, l'opposition et l'agressivité. Ces aspects caractériels peuvent remplacer l'humeur dépressive, notamment chez l'enfant et l'adolescent, comme le soulignent les critères diagnostiques du DSM IV-TR. Mais un comportement d'hostilité associé à l'humeur dépressive peut être observé, caractérisant la dépression hostile au sens restreint que l'on retrouve parfois chez le sujet âgé. [6]

I.4.3.3 Dépression masquée

La dépression est dite masquée lorsque les troubles somatiques participant à sa sémiologie sont prévalents et occultent les signes psychiques dépressifs qui sont discrets : troubles du sommeil, de l'appétit, de la libido ou asthénie. La symptomatologie peut être dominée par des douleurs sans étiologie organique avérée : céphalées, rachialgies, douleurs abdominales, périnéales ou faciales. Cette forme de dépression pose des difficultés de diagnostic différentiel avec les troubles fonctionnels. [6]

I.4.3.4 Dépression mixte

Dans le cadre d'un trouble bipolaire, on peut observer des accès au cours desquels s'associent des symptômes hypomaniaques ou maniaques et des symptômes dépressifs. La seule présence d'une humeur dépressive au cours d'un accès maniaque ne permet cependant

pas de poser ce diagnostic. C'est la persistance d'une humeur dépressive et d'idées pessimistes et auto-dépréciatrices qui permet d'évoquer un épisode mixte. [6]

I.4.4 Forme en fonction du terrain

I.4.4.1 Dépression du post-partum

Il faut différencier le post-partum blues, la dépression du post-partum et la dépression maternelle postnatale.

➤ **Post-partum blues :**

Il correspond à une dysphorie transitoire qui apparaît entre le 3e et le 5e jour après l'accouchement et doit disparaître en quelques jours avec restitution ad integrum. Sa persistance et surtout son aggravation appellent à la vigilance car ils constituent un risque de survenue d'une psychose puerpérale. [6]

➤ **Dépression du post-partum et dépression maternelle postnatale :**

La dépression du post-partum survient dans le premier mois qui suit l'accouchement (habituellement vers la 3e semaine). De son côté, la dépression maternelle postnatale (2e au 12e mois du post-partum) touche environ 10 % des femmes après l'accouchement et sa sémiologie atypique comprend habituellement une dysphorie anxieuse marquée par une irritabilité et associée à des symptômes dépressifs plutôt modérés. [6]

I.4.4.2 Dépression de l'enfant et de l'adolescent

Chez l'enfant et l'adolescent, l'humeur dépressive peut être remplacée par une humeur morose et une irritabilité, par ailleurs, une absence de prise de poids en période de croissance est à considérer comme une perte de poids.

Plus particulièrement, au cours d'une dépression de l'adolescent, on observe plus fréquemment que chez l'adulte une hypersomnie et une hyperphagie. [6]

I.4.4.3 Dépression du sujet âgé

Bien que la prévalence des épisodes dépressifs majeurs soit moindre après 65 ans que chez l'adulte jeune, le médecin est de plus en plus souvent confronté à ce type de trouble, du fait du vieillissement de la population.

En outre, les tentatives de suicide sont plus fréquentes et aboutissent plus souvent au suicide « réussi » en raison d'une intention létale plus forte chez le sujet âgé et d'un terrain plus fragile. [6]

I.5 Etiopathologie de dépression

I.5.1 Facteurs biologiques

L'étiologie neurobiologique de la dépression repose sur le fait que l'humeur soit régulée par l'activité cérébrale.

Différentes théories ont été explorées, dont celle d'un dysfonctionnement des neurotransmetteurs, impliquant le système monoaminergique et celle impliquant les systèmes Neuroendocriniens. [8]

I.5.1.1 Principales théories autour des monoamines

Les hypothèses concernant les mécanismes biochimiques de la dépression impliquent pratiquement tous les neurotransmetteurs ; Cependant, ce sont les hypothèses monoaminergiques qui suscitent le plus d'intérêt. Ainsi, les neurotransmetteurs les plus couramment impliqués sont la noradrénaline (NA), la sérotonine (5-HT) et la dopamine(DA). [8]

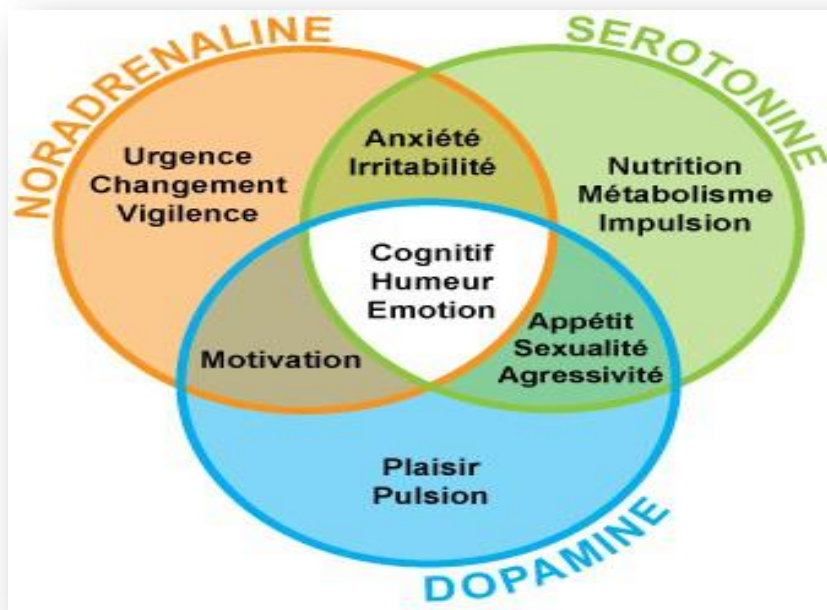


Figure 1 : les neurotransmetteurs impliqués dans la dépression. [8]

Rappel sur la neurotransmission synaptique :

Dans le neurone pré synaptique, les neurotransmetteurs sont synthétisés à partir d'acides aminés : la tyrosine (NA) et le tryptophane (5-HT), puis stockés dans des vésicules.

L'arrivée d'un potentiel d'action va alors entraîner la fusion des vésicules et la libération des neurotransmetteurs dans la fente synaptique.

Le neurotransmetteur suit 3 évolutions possibles :

1- recapture par une protéine de transport spécifique.

2- métabolisation par une monoamine oxydase (MAO) menant à son inactivation.

3- liaison à des récepteurs post-synaptiques, qui couplés à des canaux ioniques ou à des enzymes membranaires, activent la 1ère étape de la transduction du signal ; ou liaison à des récepteurs pré synaptiques (autorécepteurs) ayant un rôle de rétrocontrôle négatif sur la libération des neurotransmetteurs.

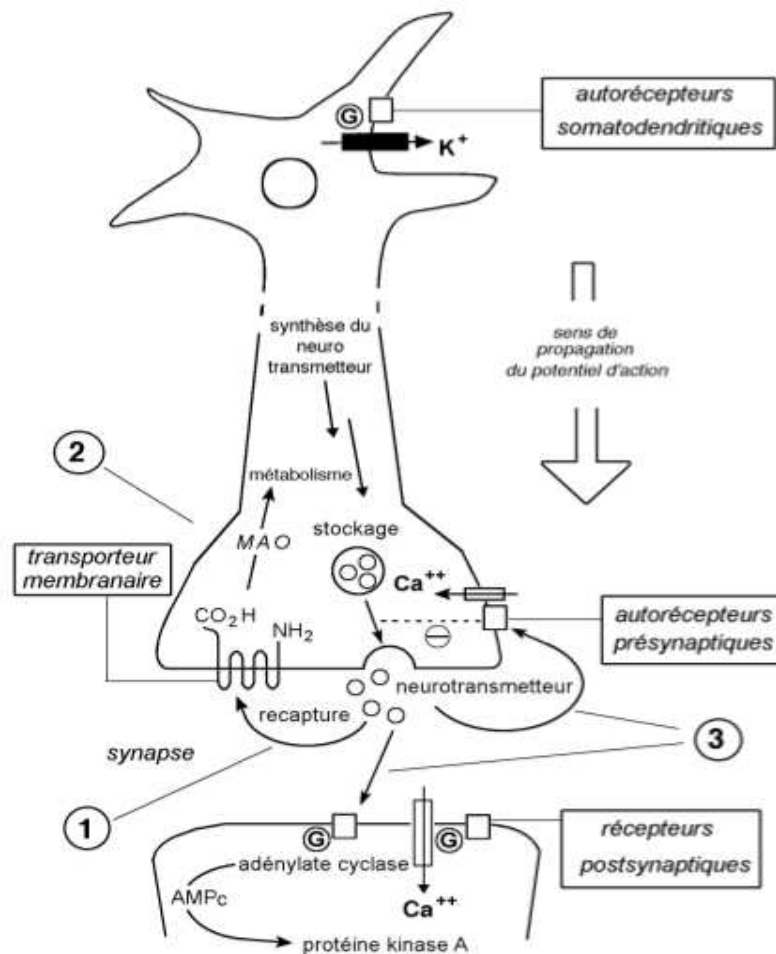


Figure 2 : La neurotransmission synaptique. [9]

❖ Hypothèse monoaminergique

L'hypothèse monoaminergique, première théorie majeure de la dépression, propose un déficit en 5-HT et/ou en NA.

Cette théorie fut appuyée par la découverte que de nombreux antidépresseurs provoquent une augmentation à court terme des niveaux synaptiques des monoamines.

Cependant, elle ne peut expliquer à elle seule la physiopathologie de la dépression puisque l'efficacité des antidépresseurs est observée en clinique après quelques semaines de traitement, alors qu'ils augmentent immédiatement le taux de monoamines intra synaptique.

❖ **Hypothèse des récepteurs des monoamines**

Face à ce constat, une seconde hypothèse basée sur les récepteurs des neurotransmetteurs a été émise.

La dépression serait due à un fonctionnement anormal des récepteurs des monoamines: La diminution de la concentration de neurotransmetteurs entraînerait une augmentation du nombre des récepteurs monoaminergiques post-synaptiques ainsi qu'une hypersensibilité anormale de ces récepteurs (« up-régulation ») conduisant à une mauvaise propagation du signal de transduction.

Ainsi, un traitement chronique par antidépresseurs provoquerait une désensibilisation des récepteurs par diminution de leur expression, dans une évolution superposable au retard de l'apparition de l'action antidépressive des molécules. La désensibilisation de certains récepteurs conduirait au retard d'apparition des effets thérapeutiques, tandis que la désensibilisation d'autres récepteurs pourrait réduire les effets indésirables dans le temps.

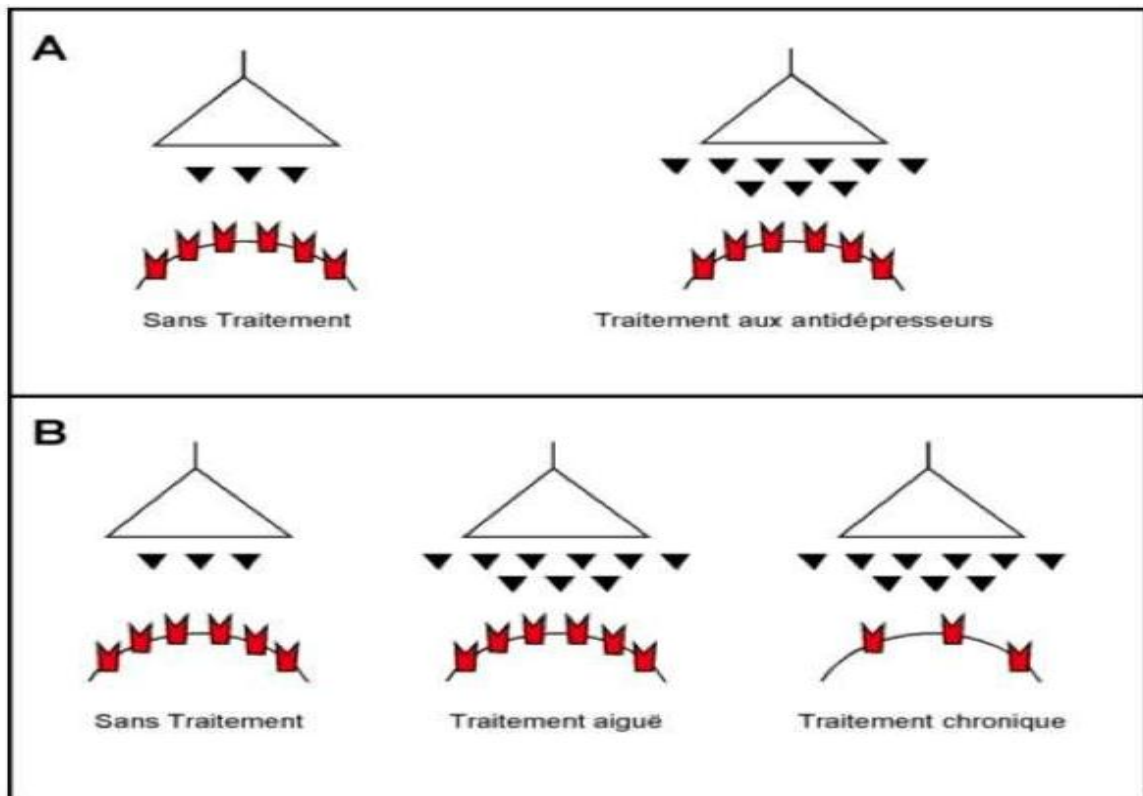


Figure 3 : Schématisation des hypothèses expliquant les bases neurobiologiques de la dépression. [10]

A : Hypothèse monoaminergique.

B : Hypothèses des récepteurs des monoamines, modifié à partir de Stahl.

❖ Hypothèse monoaminergique de l'expression génique

Cependant, le temps requis pour les modifications de sensibilité des récepteurs est plus court que les délais d'action des antidépresseurs visualisés cliniquement.

Selon cette nouvelle théorie, la dépression reposerait sur un déficit fonctionnel des systèmes monoaminergiques au niveau des seconds messagers, conduisant à la formation des facteurs de transcription intracellulaire contrôlant la régulation génique.

C'est ainsi que le Brain Derived Neurotrophic Factor (BDNF) pourrait être le responsable d'un possible défaut de signal de transduction. Ce gène maintient la viabilité des neurones cérébraux et plus particulièrement des neurones sérotoninergiques, mais sous l'effet du stress, il est réprimé entraînant l'atrophie voire l'apoptose des neurones de l'hippocampe, structure contrôlant l'humeur et les activités d'apprentissage et de mémoire.

Cette dernière hypothèse apporte une explication sur la durée d'administration des antidépresseurs nécessaire pour observer des effets cliniques.

I.5.1.2 Théorie neuroendocrinienne

En cas de stress, l'axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien (HPA) est activé. L'hypothalamus produit la corticotropin-releasing hormone (CRH) qui est véhiculée jusqu'à l'hypophyse où elle stimule la sécrétion d'adrénocorticotrophine (ACTH), qui stimule à son tour la synthèse de cortisol par les glandes surrénales.

Pour prévenir des effets délétères des glucocorticoïdes circulants, l'axe HPA est régulé par rétrocontrôle négatif par des récepteurs sensibles aux glucocorticoïdes.

Chez les sujets atteints de dépression, une hyperactivité de l'axe HPA a été observée.

L'hypothèse d'une désensibilisation du système de rétrocontrôle négatif a été posée, car le cortisol est incapable de freiner la production d'ACTH et de CRH.

On observe alors très souvent, une hypertrophie des surrénales accompagnée d'une hypercortisolémie.

Ces modifications pathologiques pourraient constituer un indice des épisodes dépressifs accumulés dans le temps. [11]

I.5.1.3 Théorie de la neurogenèse :

Doué de plasticité, le cerveau connaît d'incessants remaniements structuraux et fonctionnels. La dépression serait associée à une diminution de la neurogenèse.

En effet, le stress et l'augmentation des corticoïdes la diminuent alors que d'autres facteurs tels que l'exercice et la prise d'antidépresseurs, l'augmentent.

Les études de neuro-imagerie ont montré que les sujets atteints de dépression présentent des modifications structurales d'aires cérébrales notamment au niveau du système limbique, système recevant des signaux de neurones sécrétant de la NA et de la 5-HT. [12]

I.5.1.4 Théorie chrono biologique :

Il est rapporté une plus grande fréquence de dépression à l'automne et l'hiver, lorsque les heures d'ensoleillement diminuent. Ces observations posent la question d'anomalies chrono biologiques associées à la dépression.

En effet, des études ont montré des modifications significatives de la sécrétion de mélatonine chez les personnes atteintes. La mélatonine est une neuro-hormone régulant le sommeil.

Elle est synthétisée à partir de la 5-HT et sécrétée par l'hypophyse selon un rythme circadien : maximale en début de nuit et minimale le jour.

Le principal facteur qui influe sa sécrétion est la lumière dont il a été démontré qu'elle pouvait bloquer sa sécrétion. [13]

I.5.2 Facteurs génétiques :

Des études d'épidémiologie génétique ont été mises en place afin de confirmer que la maladie est plus fréquente que, ne le voudrait le hasard au sein d'une même famille. Ainsi, la prévalence sur la vie entière est environ deux à trois fois plus élevée chez les apparentés de premier degré d'un patient souffrant de dépression qu'en population générale.

Toutefois, il peut être difficile de distinguer le caractère héréditaire de l'environnement dépressogène défavorable. [14]

Cependant, bien que l'implication des facteurs de vulnérabilité génétique au cours d'une dépression ne semble plus discutable, la majorité des méthodes utilisées en génétique classique échoue à mettre en évidence un modèle de transmission ou des gènes candidats.

La dépression serait favorisée par l'effet additif de nombreux gènes de susceptibilité. Les liens les plus robustes ont été trouvés avec le gène 5-HTTLPR codant pour le transporteur de la sérotonine.

Il existe deux formes alléliques dites longues et courtes ; l'allèle court étant associé à un risque supérieur de développer un état dépressif dans des circonstances stressantes. [15]

La dépression ne serait pas, à proprement parler, une maladie héréditaire ; il existerait des « gènes de prédispositions » c'est à dire des gènes qui exposeraient à un risque d'apparition de dépression, conférant une vulnérabilité en interaction avec l'environnement.

I.5.3 Facteurs psycho-sociaux

I.5.3.1 Évènements de vie

Les évènements de vie sont définis comme tout fait impliquant un changement pour le patient, qu'il soit ponctuel ou qu'il définisse une situation durable. On distingue alors 2 types d'évènements:

- **Des évènements prédisposant** : évènements précoces (survenus dans l'enfance), générateurs de vulnérabilité. On retrouve principalement des pertes parentales précoces ou des évènements psycho traumatiques (tels des abus sexuels...).
- **Des évènements déclenchant** : évènements survenus à proximité du trouble.

Les patients dépressifs rapportent en moyenne trois fois plus d'évènements de vie dans les six mois précédant le début des troubles [13].

I.5.3.2 Théorie cognitive

Cette théorie de la dépression, est envisagée sous l'angle du traitement de l'information par l'individu.

Ces altérations du traitement de l'information font que l'individu aura une vision négative du monde. Son attention portera davantage sur les stimuli à caractères négatifs et, dans son Filtrage de l'information, il tendra à interpréter des informations neutres comme négatives.

L'accumulation d'évènements négatifs rendrait ce mode de fonctionnement cognitif de plus en plus automatique, ce qui favoriserait l'apparition d'une dépression. [16]

Finalement, la dépression résulterait d'une incapacité, à un moment donné, d'apporter une réponse adaptée à un stress, dont pourrait témoigner une baisse de la neurogenèse, liée à un déficit en facteurs neurotrophiques et ayant pour conséquence un défaut de transmission monoaminergique.

La Figure 4 ci dessous résume les bases de la physiopathologie de la dépression développée précédemment.



Figure 4: Schéma général de la modélisation physiopathologique de la dépression. [17]

I.5.4 Étiologies psychiatriques

Ce sont principalement des troubles de la personnalité, des troubles anxieux ou encore des troubles psychotiques tels que la schizophrénie ; mais également d'autres pathologies comme les troubles des conduites alimentaires, troubles du sommeil...

I.5.5 Étiologies organiques

Elles s'expliquent par 2 mécanismes :

- par altération directe des bases de l'humeur avec modification des facteurs cérébraux

*Pathologies neurologiques : maladie de Parkinson, épilepsie, maladies vasculaires cérébrales, tumeurs cérébrales, maladie de Huntington.

*pathologies endocriniennes : hypothyroïdie, syndrome de Cushing, maladie d'Addison, diabète...

- par retentissement indirect sur l'humeur : compte tenu de la gravité de la pathologie et de son impact physique tel que douleurs, handicap, atteinte de l'image corporelle... Un syndrome dépressif est alors rencontré chez 20% des patients souffrant d'une maladie organique sévère (cancers, VIH et aussi des traumatismes médicaux aigus tels que des infarctus, AVC..).

I.5.6 Étiologies iatrogènes et toxiques

Certains médicaments ont un potentiel dépressogène. Il est donc indispensable de rechercher l'instauration récente d'un traitement chez un patient déprimé (ou son arrêt, si les troubles sont en relation avec un syndrome de sevrage), d'autant qu'il n'a pas d'antécédents de troubles de l'humeur. En dehors des psychostimulants lors d'un sevrage trop brutal, nous retrouvons les médicaments suivants présentés dans le Tableau 2 ci-dessous :

Classe thérapeutique	Médicaments
Antihypertenseurs	Réserpine, Clonidine, Alpha-méthyl dopa, Béta-bloquants Lipophiles
Glucocorticoïdes	Interférons alpha.
Anti-infectieux	Efavirenz, Méfloquine
Anti-acnéique	Isotrétinoïne
Traitements hormonaux	Progestatifs
Anti-H2	Cimétidine
Myorelaxant	Baclofène
Antiparkinsonien	L-dopa, Rasagiline, Sélégiline

Tableau 1 : Principaux médicaments dépressogènes. [18]

Enfin, en dehors des médicaments, la dépression peut aussi être consécutive à la prise de toxiques, le plus fréquent étant l'alcool. Environ un patient alcoolique sur deux présente un Syndrome dépressif.

I.6 Physiopathologie

Nos connaissances en matière de physiopathologie de la dépression peuvent être regroupées en 2 grands axes : le rôle des amines biogènes d'une part et le rôle de la régulation neuro-endocrinienne d'autre part. [19]

I.6.1 Les amines biogènes

La noradrénaline et la sérotonine sont les 2 neurotransmetteurs les plus impliqués dans les troubles de l'humeur. Pratiquement tous les antidépresseurs sont associés à une action sur l'un. L'autre ou les deux.

La dépression est corrélée à des taux faibles de sérotonine dans la fente synaptique. Il est difficile de connaître le rôle respectif de ces deux systèmes. En fait, les médicaments agissant sur la sérotonine n'ont aucune action antidépressive si les neurones noradrénergiques sont détruits, et inversement. [19]

L'intrication des deux systèmes dans la genèse de la dépression est probable. L'hypothèse la plus récente postule que des taux faibles de sérotonine permettraient aux taux anormaux de noradrénaline de provoquer une dépression. L'acétylcholine joue également probablement un rôle dans la mesure où certaines substances cholinomimétiques sont capables d'induire une dépression. Notons enfin que de récents travaux mettent également en cause le système dopaminergique, notamment dans les formes délirantes. [19]

I.6.2 La régulation neuro-endocrinienne

Une des plus anciennes observations de la psychiatrie biologique consiste en la découverte d'une corrélation entre une hypersécrétion du cortisol et un syndrome dépressif. Les études les plus récentes semblent impliquer un fonctionnement anormal des récepteurs hippocampiques au cortisol.

On sait également depuis longtemps que les troubles thyroïdiens sont souvent associées aux troubles de l'humeur à un tel point que la recherche d'une hypothyroïdie chez un patient déprimé est monnaie courante.

Certains chercheurs se penchent sur la question d'une maladie auto-immune affectant à la fois l'humeur et la fonction thyroïdienne.

Plus récemment, des recherches ont permis de déceler une diminution de la production d'hormone de croissance pendant le sommeil chez les sujets déprimés. Cette découverte pourrait être importante car la mise en évidence d'un marqueur neuro-endocrinien de la

dépression(les troubles du sommeil sont présents dans toutes les formes de dépression) apporterait un complément appréciable au diagnostic clinique. [19]

I.7 Clinique de la dépression

I.7.1 Signes cliniques

L'épisode dépressif associe la présence de symptômes psychiques et somatiques persistant depuis au moins deux semaines et s'inscrivant comme une rupture avec le comportement habituel du sujet.

La séméiologie de l'épisode dépressif caractérisé correspond à l'association de trois grands symptômes : une humeur dépressive, un ralentissement psychomoteur et des signes somatiques associés. [20]

I.7.1.1 Humeur dépressive persistante

Elle correspond à la caractéristique principale de la dépression. Une tristesse pathologique s'installe chez l'individu, associée à une violente douleur morale, un pessimisme de soi et du monde, une perte d'estime de soi, une autodévalorisation et une culpabilité.

D'installation progressive, les premières manifestations se traduisent par une hyperréactivité émotionnelle négative dans des situations de vie quotidienne s'accompagnant souvent d'épisodes de pleurs incontrôlables.

Des symptômes anxieux accompagnent fréquemment l'état dépressif Cette dimension anxieuse est fortement reliée au risque suicidaire. [20]

I.7.1.2 Ralentissement psychomoteur

C'est une dimension essentielle de la dépression car il a un impact majeur au niveau social et professionnel. Lorsque la dépression s'installe, ce ralentissement est perçu par le sujet comme la nécessité de fournir des efforts plus importants pour effectuer des activités quotidiennes. Le ralentissement psychomoteur se distingue en deux : un ralentissement moteur et un ralentissement cognitif.

- **Le ralentissement moteur :** correspond à une sensation quotidienne de grande fatigabilité, un sentiment d'épuisement, voire une asthénie pathologique.

Lorsque le tableau clinique est dominé par l'anxiété, l'agitation remplace le ralentissement moteur.

- **Le ralentissement cognitif :** fait référence aux difficultés d'attention, de concentration et de mémorisation retrouvées chez les patients.

En outre, il se manifeste par une lenteur globale de la pensée (bradypsychie) avec des difficultés, voire une incapacité à prendre des décisions ou à démarrer une action. [20]

I.7.1.3 Signes somatiques

Les signes somatiques associés à la dépression sont dominés par :

- **Une asthénie** : qui correspond au symptôme le plus fréquemment rencontré.

Le patient évoque son extrême fatigue au moindre effort. Cette fatigue n'est pas améliorée par le sommeil ou le repos.

- **Les troubles du sommeil** : sont fréquents et peuvent prendre diverses formes. Le sommeil peut être de mauvaise qualité et non réparateur malgré une durée habituelle.

- **Les troubles de l'appétit** : correspondent à un symptôme somatique majeur de la dépression. La perte d'appétit (anorexie) involontaire se manifeste par un rejet inconscient de la nourriture avec un dégoût des aliments et une sensation d'oppression dans la gorge. Cela entraîne une perte de poids rapide et conséquente, ce qui constitue un réel signe de gravité.

- **La libido** : est presque constamment diminuée avec une baisse d'intérêt pour le plaisir pouvant conduire au maximum à l'impuissance ou la frigidité.

- **Les troubles digestifs** : sont souvent à l'origine de plaintes chez les patients présentant un réel inconfort digestif, un ballonnement abdominal ou encore des diarrhées, une constipation, des gastralgies.

- **Des algies diverses** : peuvent être présentes associant des céphalées, des crampes, des lombalgies, des tensions musculaires.

- **Des troubles cardiovasculaires** : avec des palpitations, des bouffées vasomotrices, une hypotension voire une bradycardie peuvent être associée aux troubles dépressifs. [20]

I.7.2 Critères diagnostiques de l'épisode dépressif caractérisé

Les critères les plus utilisés dans le diagnostic de la dépression majeure peuvent être trouvés dans la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) édité par l'Association américaine de psychiatrie, et dans la Classification internationale des maladies (CIM-10) édité par l'Organisation mondiale de la santé.

Ils utilisent le terme d'« épisode dépressif » pour un simple épisode, et de « trouble dépressif récurrent » pour des épisodes répétés [21]. La première classification est utilisée aux États-Unis ainsi que dans d'autres pays non-européens, et la deuxième classification est utilisée dans les pays européens. [22]

Cette réduction volontaire de la sémiologie à une dizaine de symptômes avait pour but de renforcer la fidélité des diagnostics. Or, chacun de ces symptômes peut s'exprimer selon une intensité différente ; cette intensité contribue à l'évaluation de la sévérité d'un épisode.

[23]

	CIM-10 (1994 pour les critères diagnostiques)		DSM-5 (2013)
A	Répond aux critères généraux d'un épisode dépressif : 1. L'épisode dépressif doit persister au moins 2 semaines. 2. Absence de symptômes hypomaniaques ou maniaques répondant aux critères d'un épisode maniaque ou hypomaniaque à un moment quelconque de la vie du sujet. 3. Critères d'exclusion les plus couramment utilisés. L'épisode n'est pas imputable à l'utilisation d'une substance psychoactive ou à un trouble mental organique.		
B	Présence d'au moins deux des trois symptômes suivants :	A	Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir
	(1) Humeur dépressive à un degré nettement anormal pour le sujet, présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours, dans une large mesure non influencée par les circonstances, et persistant au moins 2 semaines		(1) Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (p. ex. se sent triste, vide, sans espoir) ou observée par les autres (p. ex. pleure)
	(2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables		(2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours

	(3) Réduction de l'énergie ou augmentation de la Fatigabilité		(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours
C	Présence d'au moins un des symptômes suivants pour atteindre un total d'au moins quatre symptômes :		
	(1) Perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi		(7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours
	(2) Sentiments injustifiés de culpabilité ou culpabilité excessive et inappropriée		
	(3) Pensées récurrentes de mort ou idées suicidaires récurrentes ou comportement suicidaire de n'importe quel type		(9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se Suicider
	(4) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer, se manifestant, par exemple, par une indécision ou des hésitations		(8) Diminution de l'aptitude à penser à ou se concentrer ou indécision, presque tous les jours
	(5) Modification de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation ou un ralentissement		(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours constaté par les autres
	(6) Perturbation du sommeil de n'importe quel type		(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours
	(7) Modification de l'appétit (diminution ou augmentation) avec variation pondérale correspondante		(3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours
		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 imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou à une autre affection médicale

Tableau 2 : Critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé selon la CIM-10 et le DSM-5. [24]

I.8 Evolution

La dépression est une maladie spontanément réversible et curable dans 50 % à 90 % des cas selon les méthodes de soins employées. Son évolution naturelle est en moyenne de 6 à 8 mois. Les moyens thérapeutiques biologiques et/ou psychologiques ont fait la preuve de leur efficacité pour écourter ce temps.

Mais, la dépression récidive dans 50 % des cas dans les deux ans suivant un premier épisode :

- 20 % des cas deviennent chroniques,
- et dans 15 % à 20 % des cas, seule une rémission partielle est obtenue.

L'évolution naturelle de la maladie dépressive tend à la répétition des épisodes.

En pratique :

- Des patients guérissent de leur accès dépressif.
- D'autres patients guérissent mais gardent une symptomatologie résiduelle qui nécessite d'être prise en compte dans le traitement.
- Enfin, chez certains patients la dépression devient chronique ou sévère. [25]

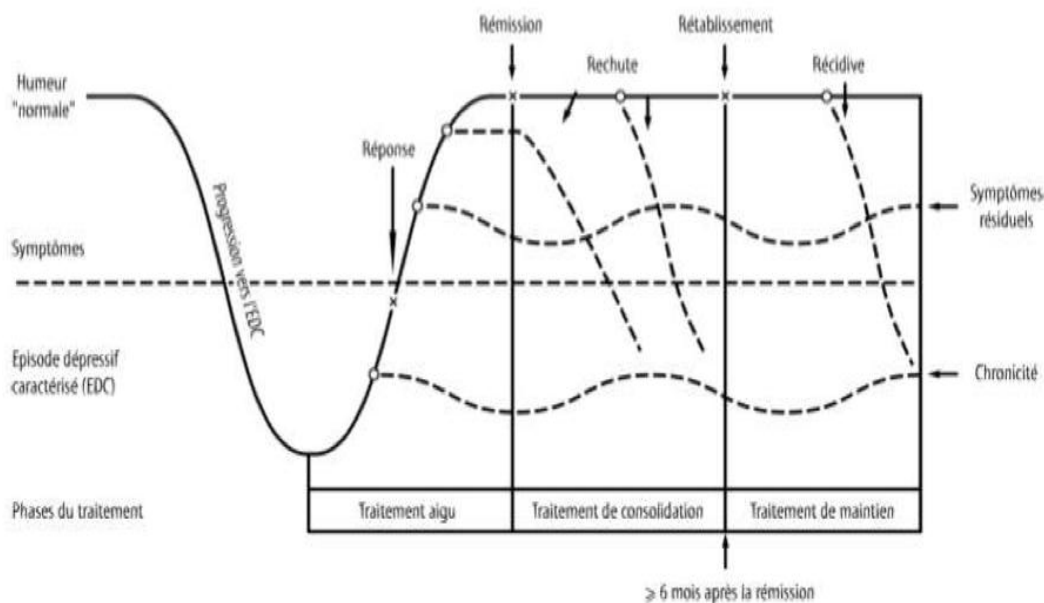


Figure 5 : Phases évolutives d'un EDM. [26]

I.8.1 Evolution à court terme

I.8.1.1 La guérison de la dépression

La guérison est une rémission complète pendant une durée suffisante (en théorie, égale ou supérieure à six mois). Une rémission complète est un état qui comporte une amélioration d'une qualité suffisante pour que l'individu soit considéré comme asymptomatique.

I.8.1.2 La rémission partielle de la dépression

La rémission partielle est état qui comporte une amélioration d'un niveau tel que l'individu n'a plus les critères symptomatiques nécessaires pour que soit retenu le diagnostic d'épisode dépressif majeur ; tout en conservant certains symptômes dit résiduels de la maladie (anxiété, troubles du sommeil, perte de l'initiative, changements du caractère).

I.8.2 Evolution à long terme

I.8.2.1 Les rechutes et la dépression chronique

La rechute se définit par la réapparition de symptômes dépressifs avant la guérison de la dépression. Une rechute survient dans le cours évolutif d'un même épisode pathologique (de l'ordre de quelques mois).

On parle de dépression chronique lorsque les troubles durent depuis plus de deux ans ou plus avec persistance d'une symptomatologie dépressive suffisante constatée à plusieurs reprises.

I.8.2.2 La récurrence de la dépression

La récurrence correspond à la réapparition d'un nouvel épisode dépressif après guérison du précédent.

Les récurrences peuvent se succéder et les périodes d'amélioration de l'état entre les épisodes dépressifs peuvent devenir de plus en plus courtes. On parle alors de dépression sévère. [27]

I.8.2.3 Dépression et risque de suicide

La dépression est la première cause de suicide : près de 70 % des personnes qui décèdent par suicide souffraient d'une dépression, le plus souvent non diagnostiquée ou non traitée.

Les idées de suicide sont fréquentes dans la dépression (elles font d'ailleurs partie des symptômes de la maladie), elles méritent dans tous les cas d'être signalées à un professionnel de santé afin d'en parler et de les désamorcer.

Il est important de savoir que :

- les personnes suicidaires ne veulent pas nécessairement mourir mais souhaitent plutôt mettre fin à une souffrance devenue insupportable.
- La crise suicidaire est une période critique, marquée par un envahissement des émotions, par de grandes difficultés pour se concentrer et par le sentiment profond d'avoir tout essayé et que rien ne marche pour un processus qui comporte plusieurs « stades » ou « paliers ». [28]
- Le risque suicidaire doit être une préoccupation constante, d'autant plus que le patient présente des indices de gravité.
- Les différents traitements actuellement proposés modifient heureusement l'évolution de la dépression. Le suivi à long terme du dépressif, constitue un des moyens d'assurer les meilleures chances d'évolution favorable. [29]

I.9 La prise en charge

Il s'agit d'une prise en charge complexe, personnalisée, globale, tenant compte des caractéristiques du trouble, des souhaits du patient, de l'existence d'un risque suicidaire et du contexte familial.

Une fois l'EDM diagnostiqué avec certitude, le traitement passe dans la majorité des cas par une prescription médicamenteuse en ambulatoire.

Les recommandations varient en fonction de la sévérité de la dépression :

- Dans les dépressions légères, une psychothérapie est proposée en 1ère intention. Les antidépresseurs ne sont pas indiqués dans ce cas.
- Dans les dépressions modérées, le traitement antidépresseur est recommandé en 1ère intention. Une psychothérapie pourra être proposée en association.

- Dans les dépressions sévères, le traitement antidépresseur est indispensable. Il sera envisagé en ambulatoire ou en hospitalisation. [30]

I.9.1 Objectifs de la prise en charge

L'objectif du traitement est multiple : [31]

- réduire la durée de l'épisode dépressif et induire une rémission complète
- soulager la souffrance du patient
- réduire le risque suicidaire
- réduire le risque de rechutes ou de récurrences

I.9.2 Thérapeutique médicamenteuse : les antidépresseurs

I.9.2.1 La découverte des antidépresseurs

Les premiers antidépresseurs ont été découverts de manière fortuite en 1957 par la constatation de l'effet euphorisant de l'iproniazide (initialement destiné au traitement de la tuberculose). [32]

I.9.2.2 Classification et mécanisme d'action

Les antidépresseurs sont des médicaments psychotropes [33] utilisés notamment contre la dépression. On les appelle parfois psychoanaleptiques, car ce sont des stimulants psychiques ou thymoanaleptiques car ils ont une action sur les fonctions thymiques. [34] [35]

Tous les antidépresseurs ont une activité sur les neurotransmetteurs monoaminergiques, soit directement soit indirectement ; ceux qui agissent directement n'interfèrent pas sur les monoamines de la même manière. [34]

L'utilisation des antidépresseurs répond à un besoin de rétablissement de l'équilibre chimique du cerveau, basé sur l'hypothèse monoaminergique de la dépression. Cet hypothétique déséquilibre monoaminergique (sérotonine, dopamine, noradrénaline) dans le cerveau n'a jamais été prouvé. [35]

Les différentes classes et molécules d'antidépresseurs ont une efficacité statistiquement équivalente sur la dépression. [35]

- Les classes d'antidépresseurs :

Ils peuvent également être classés de la façon suivante :

a. Antidépresseurs tricycliques (ATC) :

Les antidépresseurs tricycliques (abréviation ATC ou ADT) sont une classe d'antidépresseurs utilisés pour la première fois vers la fin des années 1950. Leur nom vient de leurs structures moléculaires composées de trois anneaux d'atomes, tout comme les antidépresseurs tétracycliques, à la différence qu'eux en ont quatre. Ils sont appelés « imipraminiques » en référence au plus ancien d'entre eux, l'imipramine.

Quelques ATC tricycliques :

- amitriptyline (Laroxyl, Elavil).
- amoxapine (Défanyl).
- clomipramine (Anafranil, Clomipramine Merck).
- chlorhydrate de dosulépine (Prothiaden).
- doxépine (Quitaxon).
- imipramine (Tofranil).
- maprotiline (Ludiomil).
- opipramol (Insidon).
- quinupramine (Kinupril).
- trimipramine (Surmontil).
- mélitracène associé à une antipsychotique typique : le flupentixol(Déanxit).

➤ Le mécanisme d'action :

Les antidépresseurs tricycliques augmentent la concentration de neurotransmetteurs dans la fente synaptique en inhibant la recapture présynaptique des monoamines, particulièrement la noradrénaline et la sérotonine, et en diminuant la sensibilité des récepteurs post synaptiques noradrénergiques «down-regulation». [36]

Ces phénomènes biochimiques ne peuvent cependant pas expliquer la totalité des effets cliniques, car certains antidépresseurs en sont dépourvus. Il existe des différences notables de spécificité pour l'un ou l'autre de ces neurotransmetteurs entre les différents antidépresseurs commercialisés.

➤ **Les effets secondaires :**

- ❖ **Effets anticholinergiques :** Les manifestations cliniques des propriétés anticholinergiques des antidépresseurs tricycliques constituent les effets secondaires les plus fréquents [37]. Par ordre de fréquence décroissant, ils sont représentés essentiellement par les manifestations suivantes: la sécheresse de bouche, la constipation, la vision floue, les difficultés mictionnelles.

Les effets anticholinergiques surviennent dès les premiers jours du traitement, bien avant l'amélioration thymique.

Ils constituent l'une des causes principales de la faible observance au traitement par tricycliques.

- ❖ **Effets cardio-vasculaires :** Au niveau cardiaque, la conséquence principale de l'administration d'ATC à des doses thérapeutiques est l'accélération de la fréquence cardiaque [38]. ils sont également responsables de modifications des propriétés électrophysiologiques du cœur. [39]
- ❖ **Effets neurologiques :** L'effet neurologique le plus fréquent est un tremblement fin des extrémités perturbant l'écriture et l'exécution de tâches délicates.
- ❖ **Toxicité hématologiques :** Les effets secondaires hématologiques des tricycliques sont rares : quelques cas de dyscrasies sanguines (agranulocytose, neutropénie, aplasie médullaire et hyper éosinophilie) ont été décrits.
- ❖ **Troubles métaboliques et endocriniens :** Pratiquement, tous les antidépresseurs tricycliques sont susceptibles d'entraîner un gain pondéral par un mécanisme mal élucidé (augmentation de l'appétit, rétention liquidienne ou action hypothalamique). [40]
- ❖ **Toxicité hépatique :** Le traitement au long cours par les tricycliques peut entraîner une élévation modérée et transitoire des enzymes hépatiques. Des cas d'hépatite et de cholestase ont été décrits.

b. Inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) :

Les inhibiteurs de monoamine oxydase (inhibiteurs MAO ou IMAO) constituent une classe d'antidépresseurs utilisés dans le traitement de la dépression. Ils sont moins souvent prescrits que les autres antidépresseurs, souvent lorsque les patients ne sont pas sensibles aux autres traitements, à cause de leurs interactions avec d'autres médicaments et avec certains aliments riches en tyramine qui peuvent entraîner des réactions hypertensives . [41]

Ces inhibiteurs peuvent cibler les monoamines oxydases A ou B.

Les inhibiteurs de la MAO-B sont utilisés dans la maladie de Parkinson.

➤ **Le mécanisme d'action :**

Les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO), non sélectifs et sélectifs A, qui bloquent l'action de deux enzymes synaptiques (la monoamine oxydase A et B) dégradant les neurotransmetteurs. Ainsi, de façon sélective selon le type de molécule, ils augmentent la concentration synaptique des principaux neurotransmetteurs. Cependant, leur prescription est aujourd'hui réservée à la deuxième voire la troisième intention en raison de la mauvaise tolérance et des contraintes importantes liées au traitement. [42]

Quelques IMAO :

➤ Mono amine oxydase-A :

- moclobémide (inhibiteur sélectif et réversible de la monoamine oxydase-A)
- toloxatone (inhibiteur de la monoamine oxydase-A ayant une action légère sur la monoamine oxydase-B)

➤ Monoamine oxydase-B :

- sélégiline IMAO-B utilisé dans le traitement de la maladie de Parkinson. [43]
- Rasagiline IMAO-B utilisé dans le traitement de la maladie de Parkinson

➤ Les effets secondaires :

- ❖ **Effets cardio-vasculaires :** Contrairement aux tricycliques, les IMAO ont peu d'influence sur le rythme cardiaque et aucune sur la conduction auriculo-ventriculaire [43]. Le risque principal est représenté par l'hypotension, particulièrement l'hypotension orthostatique. Cet effet secondaire fréquent est l'inconvénient majeur de l'utilisation des IMAO dans le traitement de la dépression.
- ❖ **Toxicité hépatique :** Les lésions hépatiques induites par les IMAO ont généralement un début insidieux avec de l'anorexie, de la faiblesse, des nausées et un ictère. [43]

Une insuffisance hépatique aiguë peut rarement se développer. Les transaminases s'élèvent à des taux 8 à 100 fois supérieurs aux valeurs normales. L'ictère est habituel et le risque léthal est fonction de sa sévérité.

c. Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) :

Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) sont le dernier né de la famille des antidépresseurs. Ils sont déjà très connus du public grâce à l'un de ses représentants, la fluoxétine, devenue célèbre sous le nom de Prozac.

La principale indication des ISRS réside dans le traitement de la dépression associé à une psychothérapie. Les ISRS sont souvent prescrits pour les troubles anxieux (comme la phobie sociale et les troubles paniques), les troubles obsessionnels compulsifs et le syndrome de stress post-traumatique.

Quelques ISRS : Les médicaments de cette classe comprennent diverses molécules. Ils ont un nom reconnu internationalement :

- la fluoxétine (Prozac).
- la paroxétine (Deroxat, Divarius, Paxil).
- la sertraline (Zoloft).
- le citalopram (Seropram, Celexa).
- l'oxalate d'escitalopram (Seroplex, Cipralex).
- la zimelidine.
- la dapoxétine (Priligy).
- le maléate de fluvoxamine (Floxyfral).

➤ Le mécanisme d'action :

Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine agissant par blocage de la recapture présynaptique de la sérotonine. Leur profil d'efficacité est comparable à celui des tricycliques et des IMAO mais ils sont généralement mieux tolérés et correspondent ainsi à un traitement de première intention.

Ils opèrent dans le cerveau notamment en augmentant le taux d'un neurotransmetteur appelé sérotonine (5-hydroxytryptamine ou 5-HT). Ils agissent sur le cerveau en inhibant la recapture de la sérotonine au niveau de la synapse. Le Blocage du transporteur de la 5HT entraînant une augmentation de celle-ci au niveau de l'espace synaptique. Les antidépresseurs sont donc cliniquement efficaces qu'au bout de 2 à 4

semaines de traitement quotidien et ne doivent jamais être arrêtés brutalement (effet rebond).

[44]

➤ **Les effets secondaires :**

Les ISRS produisent généralement moins d'effets secondaires que les IMAO ou les tricycliques. Grâce à leur spécificité, ils n'influencent pas l'histamine, ni la tyramine ou l'acétylcholine. Même si ses effets secondaires sont plus bénins, les ISRS peuvent tout de même provoquer :

- ❖ Troubles gastro-intestinaux : Diarrhée, nausées, vomissements (dus à l'action sur les récepteurs 5HT₃).
- ❖ Troubles du sommeil : (insomnie), irritabilité, céphalée, hypersudation,
- ❖ Troubles de la libido.
- ❖ Syndrome sérotoninergique (du à une augmentation toxique de la concentration en sérotonine intra-synaptique) : agitation, hyperthermie, frissons, diarrhée, tachycardie, hypo ou hypertension, hyper réflexie, mouvements anormaux, troubles de la vigilance, syndrome confusionnel) nécessitant un arrêt du traitement, voire une hospitalisation.
- ❖ Altération du poids : prise ou perte de poids en fonction de l'ISRS. [44]

d. Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine noradrénaline (IRSNa) :

Les inhibiteurs de la recapture (ou du recaptage) de la sérotonine-noradrénaline (IRSNa, IRSN ou SNRI en anglais pour Serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor) sont des psychotropes qui inhiberaient de façon sélective la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine.

Ces antidépresseurs ont une efficacité comparable à celle des antidépresseurs imipraminiques ; mais avec un meilleur profil de tolérance.

Quelques IRSNa :

- venlafaxine : Effexor commercialisé en Algérie sous le nom de flaxyne et venlaxor.
- milnacipran : Ixel, Savella.
- Duloxétine : Cymbalta.
- desvenlafaxine : Pristiq.
- Levomilnacipran : Fetzima.

➤ **Le mécanisme d'action :**

Les inhibiteurs de la recapture de sérotonine et noradrénaline augmentent la concentration de sérotonine et de noradrénaline dans la synapse en empêchant sa recapture dans le neurone récepteur en bloquant le site de recapture situé en amont de la fente synaptique. [45]

➤ **Les effets secondaires :**

Cette famille d'antidépresseurs sera mieux tolérée que celle des tricycliques, mais sera moins efficace. Les effets secondaires principaux sont identiques à ceux des inhibiteurs sélectifs de recapture de sérotonine (ISRS). [46]

e. Antidépresseurs tétracycliques :

Les antidépresseurs tétracycliques sont une classe de médicaments antidépresseurs. Ils tiennent leur nom de leur structure chimique qui contient quatre cycles. Ils sont relativement proches des antidépresseurs tricycliques. Les antidépresseurs tétracycliques ont aussi été utilisés dans le traitement d'autres troubles, comme la perte d'appétit, l'anorexie, les troubles anxieux, l'insomnie, la nausée et les vomissements.

Étant donné qu'il s'agit d'antagonistes de la sérotonine (notamment du récepteur 5HT_{2A}), ils sont plus sédatifs que les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS). Ils peuvent être utiles chez des patients chez qui les ISRS sont inefficaces ou qui ont besoin d'antidépresseurs plus sédatifs.

Enfin, certaines études ont démontré que leur administration, conjointement à un traitement antipsychotique, augmentait l'efficacité de ce dernier, et ce, en raison de l'effet antisérotoninergique.

Quelques antidépresseurs tétracycliques :

- amoxapine (Asendin).
- maprotiline (Ludiomil).
- Miansérine (Athymil, Bolvidon, Norval, Tolvon).
- mirtazapine (Remeron, Norset, Zispin, Avanza).
- setiptiline (Tecipul). [47]

f. Autres antidépresseurs pharmaceutiques : Il existe d'autres antidépresseurs n'entrant pas dans les classes susmentionnées, par exemple :

1. Agomélatine :

➤ **Le mécanisme d'action :**

Elle se caractérise par un mécanisme d'action différent correspondant à une régulation des rythmes biologiques avec une action agoniste des récepteurs mélatoninergique et un blocage de certains récepteurs de la 5HT.

➤ **Les effets secondaires :**

- ❖ Fatigue, céphalées, vertiges, insomnie
- ❖ Nausées, diarrhée, constipation, douleurs abdominale
- ❖ Augmentation des ALAT et/ou des ASAT qui impose une surveillance répétée des transaminases.

➤ **Le mécanisme d'action :**

La miansérine agit par blocage des autorécepteurs α -2adrénergiques des neurones noradrénergiques. Elle n'inhibe pas la recapture de la NA mais augmente son taux de renouvellement (sans modifier celui de la 5HT et DA), son action s'accompagne d'un effet anxiolytique et d'une sédation.

➤ **Les effets secondaires :**

C'est une molécule plutôt bien tolérée, ces principaux effets indésirables sont : sécheresse buccale, constipation, Somnolence (cette action sédatrice peut être recherchée chez des patients anxieux ou fortement insomniaque).

2. Mirtazapine :

➤ **Le mécanisme d'action :**

La mirtazapine est un antagoniste alpha2 présynaptique d'action centrale qui augmente la neurotransmission noradrénergique et sérotoninergique centrale. Ayant une activité agoniste sur les récepteurs H1 de l'histamine, des propriétés sédatives lui sont associées.

➤ **Les effets secondaires :**

Ces effets indésirables principaux sont proches de ceux de la Miansérine du fait de leur proximité chimique :

- ❖ Augmentation de l'appétit avec prise de poids, nausées, sécheresse buccale, Hypotension.
- ❖ Atteinte hématologique réversible (leucopénie, agranulocytose, neutropénie)
- ❖ Augmentation du taux des enzymes hépatiques (ASAT et/ou ALAT).

3. Tianeptine :

➤ **Le mécanisme d'action :**

La tianeptine agit en accélérant la recapture de la sérotonine au niveau du cortex de l'hippocampe en ayant une action sur les synapses excitatrices glutamatergiques.

Etant dépourvu d'action anti cholinergique et de toxicité cardiovasculaire, la tianeptine bénéficie d'une bonne tolérance. Elle est donc bien adaptée au traitement des sujets vulnérables tel que les personnes âgées.

➤ **Les effets secondaires :**

Ces principaux effets indésirables sont :

- ❖ Anorexie, Gastralgies, douleurs abdominales, troubles digestifs divers
- ❖ Risque d'abus et de dépendance : c'est pour cela que sa prescription doit se faire sur ordonnance sécurisée limitée à 28 jours. [46]

I.9.2.3 Principales caractéristiques pharmacologiques

Bien qu'ayant en commun l'indication dans le traitement des EDM, chaque classe possède ses propres caractéristiques et son profil de tolérance.

Caractéristiques communes :

Tous les antidépresseurs ont en commun leur aptitude à corriger l'humeur dépressive dans un délai de 2 à 4 semaines. Du fait de ce délai de l'action antidépressive, il est nécessaire de surveiller le phénomène de levée d'inhibition psychomotrice en début de traitement, pouvant nécessiter l'adjonction d'un traitement anxiolytique.

De plus, les antidépresseurs peuvent, dans certains cas, entraîner un virage de l'humeur dans le sens d'une euphorie pathologique hypomaniaque ou maniaque. Ce virage pose le problème de l'existence d'un trouble bipolaire potentiel ou de l'effet pharmacologique propre de l'antidépresseur. Il impose l'arrêt du traitement antidépresseur.

Enfin, les antidépresseurs peuvent induire un syndrome sérotoninergique en cas de surdosage ou d'interaction médicamenteuse. Une fois identifié, il justifie l'arrêt du traitement.

I.9.2.4 Modalité de début de traitement

I.9.2.4.1 Le choix du traitement

Lors de la prescription d'un antidépresseur (AD) il faut prendre en considération :

- la préférence du patient et du médecin
- la réponse antérieure à un antidépresseur
- la sécurité, la tolérance et les effets secondaires anticipés
- les comorbidités somatiques ou psychiatriques
- les coûts.

Le choix de l'antidépresseur doit être personnel et introduit progressivement.

Il est recommandé de choisir le mieux toléré et le moins dangereux.

Les recommandations actuelles proposent comme choix initial les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine/noradrénaline (ISRN), Ces classes de médicaments ont une efficacité similaire pour le traitement des épisodes dépressifs majeurs et seul le profil des effets indésirables est différent. [48]

Une méta-analyse plus ancienne évaluant l'efficacité des AD de nouvelle génération sur un épisode dépressif majeur a montré que les molécules suivantes ont davantage d'intérêt, même si globalement l'effet des AD est modéré : escitalopram, sertraline, venlafaxine et mirtazapine. La sertraline et l'escitalopram présentent le meilleur profil sur le plan de la tolérance, faisant d'eux le premier choix en MPR [49].

Les tricycliques (ATC) et les inhibiteurs de monoamine oxydase (IMAO) sont de moins en moins prescrits comme traitement initial au vu de leur profil d'effets secondaires et leur toxicité en cas de surdosage. Ils sont indiqués pour des dépressions de degré sévère ou avec indication spéciale, par exemple lors de syndrome douloureux chronique.

Dans les traitements impliquant un mineur, il est recommandé de demander l'avis d'un pédopsychiatre.

Pour le sujet âgé, l'initiation sera plus progressive (débuter avec la demi-dose initiale adulte) avec un suivi médical plus rapproché, notamment de la tolérance, et la posologie adaptée à la fonction hépatique et rénale.

Un antidépresseur sédatif est préconisé pour une dépression de type anxieux (anxiété, irritabilité, trouble du sommeil) tandis qu'un antidépresseur stimulant est favorisé lors de Dépression inhibée (sommolence, apathie, aboulie, ralentissement psychomoteur)

Pour certaines molécules, le traitement est débuté à faible posologie et les doses sont augmentées graduellement jusqu'au résultat thérapeutique.

La dose cible est très importante car une des premières causes de non-réponse au traitement antidépresseur est une posologie journalière insuffisante.

Il faut souvent attendre 2 à 4 semaines avant de constater les premiers effets bénéfiques du traitement, cependant, on ne peut pas juger réellement de son efficacité avant 4 à 6 semaines. Cette action différée influe beaucoup sur l'abandon du traitement.

En outre, de ce délai d'action, découle une notion importante, celle de la « levée d'inhibition ». Il s'agit d'une période de quelques jours qui peut survenir environ 15 jours après le début du traitement, qui nécessite une attention particulière et impose une surveillance médicale.

Elle correspond au moment où l'efficacité du traitement sur le ralentissement psychomoteur apparaît alors que l'action sur l'humeur reste incomplète et que les idées suicidaires peuvent persister.

C'est une période critique chez certains patients pendant laquelle un risque de passage à l'acte peut être majoré (le risque de décès est rare sous traitement bien surveillé et ne remet pas en cause le rapport bénéfice/risque du traitement antidépresseur).

En début de traitement, la prescription d'un traitement sédatif accompagnant celle de l'antidépresseur est assez courante, dans un but à la fois anxiolytique et hypnotique afin de soulager le patient en attendant les effets de l'antidépresseur, et de prévention de la levée d'inhibition.

Ce traitement doit être de courte durée. Les benzodiazépines sont les molécules de choix grâce à leurs propriétés : action contre l'anxiété, action contre l'angoisse, hypnotique, relaxation musculaire et anticonvulsivante.

Leur durée de prescription doit être limitée dans le temps (de 8 à 12 semaines) du fait des effets secondaires (sur la mémoire et l'attention en particulier) et du risque de dépendance.

La surveillance en début de traitement est importante afin de confirmer la réponse à la pharmacothérapie, d'évaluer la tolérance au traitement et de renforcer l'observance.

I.9.2.4.2 Durée du traitement

Le traitement d'un premier épisode dépressif dure en général de 4 à 6 mois : 6 à 12 semaines de phase d'attaque qui vise la rémission symptomatique ; 16 à 20 semaines de consolidation pour prévenir les rechutes.

Lorsque des symptômes résiduels persistent, le traitement sera poursuivi jusqu'à la rémission complète.

En cas d'épisodes récurrents, un traitement de maintenance peut être envisagé après la phase de consolidation.

I.9.2.4.3 Arrêt du traitement

Dans l'existence d'un EDM, l'arrêt du traitement antidépresseur ne peut être envisagé que 6 mois à 1 an après la rémission clinique.

Ceci dans le but de prévenir des risques de rechute ou de récurrence.

L'arrêt du traitement est envisagé avec le patient, qui doit être informé des risques de recrudescence des symptômes et de syndrome de sevrage.

Ce dernier peut apparaître au cours de la semaine suivant l'arrêt du traitement, pour une durée de 7 jours maximum. Il associe anxiété, irritabilité, troubles du sommeil, vertiges et syndrome pseudo-grippal.

L'arrêt se fait progressivement avec une période de diminution des posologies (généralement de un à six mois) proportionnellement à la durée du traitement.

I.9.3 Thérapeutique non médicamenteuse

I.9.3.1 La psychothérapie

I.9.3.1.1 Psychoéducation

Dans un premier temps, il est important de discuter avec le patient de son diagnostic, en lui fournissant des explications simplifiées sur les causes neurobiologiques de la dépression, du pronostic, de l'informer et le rassurer sur les moyens thérapeutiques disponibles et leur efficacité. Cela inclut aussi les effets attendus du traitement médicamenteux, ainsi que les effets indésirables qui peuvent se présenter, surtout en début de

traitement et mentionner le délai d'action du médicament. L'implication des proches, après accord du patient, permet de fournir des explications sur la maladie, apporter du soutien psychologique et ainsi réduire les tensions familiales liées à l'incompréhension du vécu du patient déprimé. [50]

I.9.3.1.2 Le traitement psychothérapeutique :

La psychothérapie constitue une part importante du traitement de la dépression et se définit comme une « thérapeutique des maladies psychiques, des troubles de la personnalité et du comportement par des procédés psychiques, en particulier par le moyen de la parole ».

Le soutien psychologique est toujours indiqué.

Les psychothérapies dites structurées sont indiquées en monothérapies pour les épisodes dépressifs d'intensité légère à modérées et en association au traitement médicamenteux pour les épisodes dépressifs sévères. [51]

Le choix du type de psychothérapie :

Il dépend des besoins du patient, de sa personnalité, de ses aptitudes psychiques de mentalisation et des qualifications du psychothérapeute.

✓ Psychothérapie de soutien :

Toujours indiquée dans le traitement de la dépression, elle repose sur la mise en place d'un lien thérapeutique entre le médecin et le patient

Son objectif n'est pas la réduction d'un symptôme mais l'établissement d'un dialogue, l'accompagnement et le soulagement du patient. Basée sur l'empathie, elle passe par une écoute attentive et va permettre au patient de comprendre sa maladie et ainsi d'en favoriser sa gestion et son acceptation.

Elle représente un accompagnement nécessaire pour une évolution vers la guérison et la prévention des rechutes.

✓ Thérapies comportementales et cognitives (TCC) :

Les TCC sont basées sur des protocoles standardisés. Courtes, systématisées et centrées sur certains symptômes, elles représentent un traitement de référence des dépressions, notamment chez les patients atteints de distorsions cognitives (« filtre » cognitif appliqué à la réalité, retenant les événements négatifs et entraînant des comportements inadaptés empreints de pessimisme de la réalité).

L'objectif est donc de corriger ces schémas cognitifs inadaptés et de modifier les réponses comportementales pathogènes par l'enseignement d'autres solutions psychiques, comportementales et adaptatives que les solutions négatives

Les séances durent 45 minutes à 1 heure avec un nombre fixé de 15 à 25 séances.

Aujourd'hui, les TCC font l'objet de recommandations pratiques :

- en traitement des dépressions légères,
- en traitement des dépressions modérées avec association d'un antidépresseur.

✓ **Psychanalyse :**

Envisagée comme une méthode d'investigation des processus psychiques conscients et inconscients, la psychanalyse correspond à une technique initiée par **Freud**.

Elle peut être « cure-type », c'est-à-dire patient allongé sur le divan et thérapeute en retrait, ou « d'inspiration psychanalytique », patient et thérapeute en face.

Fondée sur l'exploration de l'inconscient, elle repose essentiellement sur la parole et s'appuie sur des concepts tels que transfert (entre le thérapeute et le patient), rêve ou association libre.

En outre, elle permet une compréhension approfondie de certains fonctionnements personnels et inconscients ayant pu mener à la dépression, et notamment sur la notion de « perte d'objet » qui serait à l'origine d'un deuil non fait étant la cause possible de l'effondrement des affects.

I.9.3.2 Stimulation cérébrale

✓ **Electro convulsivothérapie**

L'électro convulsivothérapie (ou sismothérapie) est un traitement basé sur le déclenchement de crises d'épilepsie courtes sous contrôle médical strict.

Une séance dure une dizaine de minutes : après anesthésie générale et curarisation (limitant les effets articulaires et musculaires), un choc électrique est envoyé par le biais d'électrodes placées de part et d'autre de la boîte crânienne entraînant la crise comitiale.

Le mécanisme d'action des ECT n'est pas très bien connu ; néanmoins, on considère que l'activité électrique provoquée au niveau des neurones corrigerait le déséquilibre des neurotransmetteurs responsable de la dépression.

Cette technique est principalement indiquée dans le cadre d'EDM sévères résistants aux autres traitements ou avec contre-indication aux antidépresseurs, et d'EDM avec pronostic vital engagé. L'ECT est le seul traitement de la dépression ayant un délai d'action

rapide ; l'effet thérapeutique apparaît typiquement en quelques jours, et parfois même après une seule séance.

L'ECT est réalisée au départ lors d'une hospitalisation, après un bilan pré-thérapeutique rigoureux.

En règle générale, toute autre thérapeutique non indispensable sera à éviter. De plus, des précautions sont nécessaires pour les sujets présentant des troubles cardiovasculaires et des troubles du rythme.

La seule contre-indication absolue aux ECT correspond à l'existence d'une hypertension intracrânienne.

Les autres contre-indications relatives sont principalement liées aux risques de l'anesthésie générale [52].

✓ **Stimulation magnétique transcrânienne :**

La stimulation magnétique transcrânienne (TMS) est une forme nouvelle de stimulation thérapeutique. D'abord utilisée en neurologie dans le traitement des mouvements anormaux, de la douleur et des **acouphènes**.

Le courant électrique dépolarise les neurones corticaux affectés, ce qui fait naître des influx nerveux à partir des régions cérébrales sous-jacentes

Le résultat global pourrait être une modulation monoaminergique. Ainsi, la stimulation quotidienne de cette région cérébrale, jusqu'à une heure sur plusieurs semaines, provoquerait l'activation de divers circuits neuronaux, entraînant un effet antidépresseur.

Il y'a peu, voire pas d'effets indésirables, à l'exception des céphalées [53].

Cependant, si l'intérêt thérapeutique de la TMS dans le traitement de la dépression est de plus en plus établie, elle n'est pas encore officiellement reconnue par les autorités sanitaires et n'est donc pas prise en charge par la Sécurité Sociale.

I.9.3.3 Luminothérapie

La luminothérapie consiste à s'exposer quotidiennement pendant 30 minutes à une heure, à une lumière artificielle imitant celle du soleil. La lumière pénétrée dans l'œil est transformée en signaux électriques, qui envoyés au cerveau, agissent sur les neurotransmetteurs dont la sérotonine qui régularise l'humeur et gouverne la production de mélatonine, responsable des cycles éveil sommeil. L'efficacité optimale n'apparaît qu'au terme de 2 à 4 semaines de traitement.

Ce caractère antidépresseur de la lumière est mis à profit dans le traitement de la dépression saisonnière, qui constitue sa principale indication. Le traitement débute dès que la luminosité baisse (septembre, octobre) et se poursuit jusqu'au printemps où il est préférable de diminuer graduellement l'exposition. Elle peut également être utilisée comme traitement adjuvant d'un EDM, notamment pour des symptômes tels que l'hypersomnie, la fatigue et l'hyperphagie. Cependant, elle nécessite un avis médical spécialisé afin d'en poser l'indication et d'éliminer les contre-indications : pathologies oculaires (glaucome, cataracte, rétine pigmentaire, dégénérescence maculaire), pathologies de peau (photo-allergie, porphyrie cutanée) ou traitements photosensibilisants [54].

I.9.3.4 Phytothérapie

Le rôle de la plante dans la dépression était réduit à peu de chose jusqu'à la découverte de l'effet du millepertuis qui a été comparé dans plusieurs études sérieuses aux antidépresseurs classiques (amitryptiline, imipramine). [55]

A. Millepertuis: *hypericum perforatum*.

Le millepertuis semble être la plante antidépresseive par excellence. Cependant, tout dépend de la dose utilisée. La substance est constituée par les sommités fleuries, contenant pas moins de 0,08 % d'hypericine.

➤ Précautions d'emploi :

Rappelons que les principes actifs du millepertuis induisent des enzymes du système du cytochrome P450, comme la P-glycoprotéine, et qu'ils peuvent donc théoriquement (peu démontre dans la pratique) diminuer les niveaux de plasma d'un large éventail de médicaments concurremment prescrits.

Il est donc conseillé de ne pas l'associer avec les médicaments suivants :

- médicaments antirétroviraux (traitement de l'infection à VIH).
- médicaments antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine.
- médicaments contraceptifs oraux.
- digoxine.
- antivitamine K.
- ciclosporine. [55]

B. Bergamote : citrus bergamia.

Le bergamote c'est en quelque sorte du soleil en boîte, elle est l'antidépresseur du manque de soleil, le fameux SAD (syndrome automnal dépressif).

Cette déprime saisonnière liée à l'automne qui s'enfonce vers la nuit de l'hiver et aux hivers qui durent, résulte d'un manque de mélatonine et de sérotonine.

L'Huile essentielle de bergamote, grâce au 5MOP qu'elle renferme, stimule la fabrication de mélatonine durant la nuit, à partir de la sérotonine.

La bergamote est un antidépresseur puissant, elle établit aussi un sommeil réparateur.

➤ Posologie conseillée :

Sans l'aide d'un médecin spécialisée, on se contentera d'une goutte par jour d'huile essentielle prise sur un demi-sucre ou une mie de pain. On fera une cure de 20 jours dans le courant du mois d'octobre par exemple ou au début du mois de janvier.

➤ Précautions d'emplois :

Attention jamais de séance d'UV durant la prise de cette plante. Et à ne jamais prendre avant une exposition solaire non plus.

Ne jamais l'utiliser chez l'enfant et la femme enceinte. [56]

I.9.3.5 Hygiène de vie

Un interrogatoire sur le mode de vie et des conseils sur des règles d'hygiène simples sont des alternatives qui devraient être systématiquement considérées car elles interviennent en complément des traitements thérapeutiques. [57]

I.9.3.5.1 Les apports de la nutrition

Dans la dépression l'équilibre alimentaire est perturbé ; certaines personnes mangent trop, d'autres plus nombreuses manquent d'appétit. Il faut alors s'assurer d'une alimentation équilibrée.

De plus, il est conseillé d'éviter l'alcool et autres excitants comme la caféine. Sur l'instant, l'alcool peut en effet donner l'impression de soulager, mais ces effets immédiats sont un piège : il a en fait des effets dépresseurs qui sont liés à ses interférences avec le fonctionnement de plusieurs neuromédiateurs. Il peut alors aggraver une dépression. De plus, sa consommation est vivement déconseillée avec la prise d'antidépresseur car elle majore les effets indésirables du traitement (notamment la sédation) et diminue son efficacité

thérapeutique. Pour ce qui est de la caféine, de par son action sur le système nerveux sympathique, elle contribue à l'augmentation du stress. [57]

I.9.3.5.2 Activité physique

L'activité physique est associée à un meilleur bien-être mental et physique. Des études récentes ont révélé que les personnes en bonne forme physique sont moins vulnérables à la dépression et que, pratiqué de façon régulière, l'exercice peut réduire de façon importante les symptômes de la dépression. En effet, l'exercice influe sur de nombreux systèmes biologiques, qui se répercute sur notre humeur de plusieurs façons : production d'endorphines (euphorie), diminution des taux de cortisol (diminution du stress), augmentation de l'énergie et à long terme augmentation des taux de sérotonine (amélioration de l'humeur). [58]

La pratique en groupe ou en club peut être intéressante, car elle associe les bienfaits de l'activité physique à ceux de l'échange avec d'autres personnes.

I.9.3.5.3 Sommeil et relaxation

Le stress, l'anxiété et la dépression ont souvent un effet perturbateur sur le sommeil, qui peut lui-même les aggraver. Les troubles du sommeil constituent une cause et un effet des troubles de l'humeur. Un meilleur équilibre de sommeil doit être recherché. [59]

I.9.4 Dépression et entourage

Il est important de déterminer à quels moments clés de l'évolution de cette pathologie, l'entourage peut jouer un rôle crucial dans la prise en charge de cette affection.

➤ Avant le diagnostic de dépression :

L'entourage familial semble percevoir le début d'une décompensation dépressive, au moins en même temps que le patient concerné ; parfois les proches arrivent même à détecter des signes prodromiques tels que l'irritabilité avant même que le patient s'en rende compte.[60] Avec son regard extérieur, l'entourage peut alors apporter son soutien en soulignant l'apparition de rupture dans l'état du patient et lui conseiller la prise de contact avec des soignants. Dans cette phase, il importe pour l'entourage d'adapter un style de communication clair et ouvert qui permet au patient déprimé de prendre conscience de son état et l'encourager à se faire soigner.

Il semble important que l'entourage ne se substitue pas aux soignants mais qu'il joue un rôle de facilitation, qu'il encourage la prise de contact avec le monde des soignants. En fait, à ce stade, il paraît important que la symptomatologie dépressive puisse sortir du cadre strict de la sphère privée pour qu'un regard extérieur puisse évaluer la psychopathologie présente.

➤ **Une fois le diagnostic de dépression posé :**

Dès le diagnostic posé, le patient déprimé bénéficie d'une prise en charge plus ou moins intensive en fonction de la gravité et du type de symptomatologie.

Il est dès lors très important de ne pas perdre de vue que l'entourage a également besoin de soutien non seulement pour comprendre la nature de la maladie dépressive mais également pour accompagner de façon la plus adéquate possible son proche dans le processus de guérison. Nous avons vu que celui-ci peut s'avérer long et difficile et que ce type de pathologie n'est pas exempt de rechute et peut même prendre l'aspect d'une maladie chronique. [60]

I.10 Addiction et dépression

I.10.1 Comorbidités trouble dépressif/addiction aux substances psychoactives

La fréquence de la comorbidité trouble dépressif/addiction(s) doit conduire les cliniciens à s'interroger systématiquement de l'existence de conduites addictives chez les patients déprimés et de l'existence de troubles dépressifs chez les toxicomanes. Il est nécessaire de prendre en charge des patients à double diagnostic le plus précocement possible, notamment en raison du risque suicidaire très important dans cette population. Beaucoup d'auteurs recommandent le sevrage comme stratégie thérapeutique pour améliorer les patients à double diagnostic. Cependant, quelques études récentes ont suggéré l'intérêt de traiter ces patients par des traitements antidépresseurs [61], même en l'absence de sevrage [62][63].

Les sens de causalité de la comorbidité troubles dépressifs/addictions aux substances psychoactives sont complexes:

- Les troubles dépressifs (épisodes dépressifs majeurs isolés ou récurrents) peuvent précéder l'addiction, les drogues servant d'automédication. [64].

- Les troubles dépressifs peuvent être secondaires aux addictions, appelés aussi troubles dépressifs induits par les substances dans les classifications internationales. Les troubles sont induits, soit par la dépendance aux substances sédatives ou le sevrage substances stimulantes (cocaïne et amphétamines).
- Les liens sont souvent bidirectionnels.
- Les troubles dépressifs et les addictions peuvent être favorisés par des facteurs communs, notamment des troubles de personnalité.

I.10.2 Aspects cliniques

Les troubles dépressifs peuvent se rencontrer à tous les stades de l'évolution du processus addictif. Ils sont fréquemment un motif de recours aux soins [65]. L'expression symptomatique de la dépression chez les patients dépendants aux drogues est fréquemment comportementale : irritabilité, conduites de risques, comportements agressifs, conduites suicidaires, intoxications massives [66] [67]. Les signes dépressifs habituels de dépression sont retrouvés au 2ème plan du tableau clinique : tristesse, ralentissement, auto-dévalorisation.

Les sujets dépendants aux drogues sont fréquemment également alcoolodépendants.

I.10.3 Aspects thérapeutiques

Il existe un consensus sur l'intérêt de traiter simultanément les troubles de l'humeur et les addictions [68]. Traiter seulement un trouble est insuffisant. Il est également nécessaire de prévoir la double prise en charge sur le long terme, l'amélioration symptomatique n'étant que la première étape de la rémission. Il y'a peu d'études spécifiques qui ont évalué l'efficacité des médicaments antidépresseurs chez les patients à double diagnostic dépression/addictions aux drogues [69]. Certaines études spécifiques ont retrouvé que certains antidépresseurs tricycliques et inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine (ISRS) tels que l'escitalopram étaient efficaces chez ces patients [70]

II Chapitre II

Rôle du pharmacien dans la prise en charge

II.1 Place du pharmacien dans la société

Le pharmacien est le professionnel de santé le plus accessible au public, accessibilité et disponibilité sur des plages horaires importantes sans rendez-vous. [71].

L'officine constitue une porte d'entrée de choix pour accéder au système de santé, et la disponibilité du pharmacien fait de lui un professionnel de santé de premier recours. À noter par ailleurs, que le droit pharmaceutique impose une délivrance des médicaments limitée à un mois de traitement (à l'exception de certains médicaments disponibles sous des conditionnements de trois mois). Ainsi, le pharmacien se trouve très régulièrement amené à rencontrer les patients nécessitant un suivi à long terme. Par conséquent, il connaît les patients, et leur contexte de vie [72].

Le pharmacien est, avant tout, l'expert du médicament : indications, effets indésirables, modalités d'utilisation ainsi qu'interactions médicamenteuses. Il est reconnu comme un conseiller de référence pour l'usage des médicaments. Sa sensibilité aux notions de risques et de bon usage est certaine : 92% de la population est sensible aux conseils associés à la délivrance des médicaments [71].

De plus, par ses capacités d'écoute et de communication, ses conseils hygiéno-diététiques, le pharmacien va permettre de discuter avec le patient de ses réticences au traitement, d'améliorer l'observance et la satisfaction du patient ainsi que l'accompagnement de l'entourage. La facilité d'accès du pharmacien n'est pas tant géographique que sociale. En effet, le pharmacien est perçu par les patients comme leur étant plus proche socialement que le médecin, ce qui rend l'échange plus facile [73].

II.2 Communication pharmacien-patient

II.2.1 Définition d'un entretien pharmaceutique

La pratique professionnelle des pharmaciens d'officine a évolué. En effet, elle est passée de la simple préparation et délivrance des médicaments sur prescription du médecin à une véritable interaction entre le patient et les autres professionnels de santé pour ainsi progresser vers une approche dite de soins pharmaceutiques. Le rôle du pharmacien tend vers un réel accompagnement du patient dans sa maladie, ce qui engendre l'apparition de nouvelles tâches comme l'interrogation du patient sur le vécu de sa maladie, l'obtention de sa part d'informations relatives à son observance et aux effets indésirables, l'éducation ou encore la fourniture des informations utiles et adaptées. Cette approche centrée sur le patient est basée sur l'établissement d'une relation de confiance patient-pharmacien qui apparaît comme

la clé du rôle actuel et futur du pharmacien d'officine. Suite à la prise de conscience que les effets indésirables sont responsables de 3,19% des hospitalisations dont 48,5% sont évitables ou potentiellement évitables [74], l'entretien pharmaceutique est aujourd'hui incontournable. En outre, il apporte une source de satisfaction et de valorisation de la pratique quotidienne car il s'appuie sur le savoir du pharmacien. Il existe aussi une véritable demande des patients qui souhaitent que leur pharmacien s'entretienne avec eux concernant leur traitement.

Le pharmacien possède un rôle de médiateur entre le prescripteur et le patient, c'est aussi lui qui est en contact régulier avec le patient entre les visites chez le médecin. Il est donc bien placé pour s'assurer de l'efficacité d'un traitement et pour reconnaître l'amélioration ou la dégradation de l'état de santé du patient ainsi qu'une éventuelle non-observance du traitement.

II.2.2 Objectifs de l'entretien pharmaceutique

L'objectif principal de l'entretien pharmaceutique (en dehors des recommandations particulières de prise du médicament) est de développer une relation de confiance entre le patient et le pharmacien. Ce dernier délivre au mieux les informations au patient en démontrant son implication et son intérêt et en basant la communication sur l'écoute active, l'empathie, le respect et l'absence de jugement.

L'entretien pharmaceutique vise à soutenir le patient dans la gestion de sa maladie et les changements qu'elle engendre sur son mode de vie. Il inclut également l'aide au patient pour gérer son traitement au quotidien en planifiant les prises médicamenteuses dans la journée. De plus, il doit permettre au patient de prévenir ou de diminuer les problèmes liés aux effets indésirables ainsi que les causes de non-observance au traitement.

Ainsi, dans une démarche d'accompagnement le pharmacien aide le patient à explorer les problèmes et les solutions. Grâce à l'éclairage fourni par le pharmacien, le patient devient véritablement acteur de sa maladie avec la responsabilité de tirer des conclusions, de décider du plan d'action et de choisir une solution qu'il peut suivre. [74]

II.3 Mise en place d'un entretien pharmaceutique chez un patient adulte présentant un épisode dépressif caractérisé

II.3.1 Accueil du patient

L'accueil du patient, basé sur l'empathie, va permettre de créer une relation de confiance entre celui-ci et le pharmacien et va ainsi donner lieu à un rapport clairement établi entre les deux tout au long du suivi pharmaceutique du patient.

II.3.2 Historique médicamenteux

La réalisation de l'historique médicamenteux du patient est indispensable pour effectuer une analyse pharmacologique. D'autre part, l'interrogatoire du patient concernant ses traitements en cours va permettre au pharmacien de se rendre compte des connaissances qu'il en a, de ses croyances, de son comportement par rapports à ses traitements, de ses ressentis et enfin des effets indésirables éventuels.

II.3.3 Evaluation de la motivation du patient à prendre son Traitement

L'engagement du patient dépressif dans un projet de soin nécessite un ensemble de changements de comportements de santé. Pour cela, le Modèle trans théorique du changement est utilisé [75].

Il expose la façon dont les sujets décident de changer de comportement lorsqu'ils sont dans des états d'émotion, de cognition et de disposition de comportement qui favorisent celui-ci. Il se base sur le principe des croyances en santé pour démontrer la façon dont les personnes vont peser le pour et le contre d'un comportement ou d'un autre puis progresser par des processus expérimentaux et enfin comportementaux qui vont accélérer et renforcer le changement. Les différentes étapes sont l'indétermination, la réflexion, l'intention, la préparation, l'action, la consolidation et enfin l'intégration ou la rechute. Ainsi, le rôle du pharmacien est d'aider, de motiver le patient à parcourir ces stades du changement. Les fondamentaux de la communication motivationnelle sont basé sur la règle des 4 R [76] :

- **Recontextualiser** les propos, quelquefois trop généraux du patient, afin de mieux comprendre ses difficultés,
- **Reformuler** les propos du patient en les répétant et en les faisant préciser,
- **Résumer** les propos du patient,
- **Renforcer** les propos du patient afin d'avancer vers des objectifs à atteindre et d'exprimer les moyens pour y parvenir mais aussi pour l'impliquer pleinement dans le processus d'apprentissage.

II.3.4 Evaluation des obstacles au traitement

Un recueil complet d'information par le pharmacien s'avère nécessaire pour l'élaboration des stratégies d'éducation et va permettre au patient de s'exprimer sur le vécu de sa maladie, d'obtenir des informations précises sur sa vie quotidienne ainsi que les difficultés éventuelles pour adapter son traitement à celle-ci. Les obstacles repérés peuvent être de différentes natures : manque de soutien familial ou social, isolement, déni du problème de santé, difficultés de compréhension, croyances. Cependant, la décision par le patient de prendre ou non son traitement est fortement influencée par le sens qu'il donne à sa maladie.

La représentation et les croyances concernant les antidépresseurs sont souvent axées sur leurs effets indésirables et la peur de l'accoutumance. Il a été démontré que l'impact de la prise en charge pharmaceutique entraîne une modification des croyances permettant de prévenir les effets indésirables et de favoriser l'adhésion au traitement et l'observance.

II.4 Explication de conduite à tenir en cas des effets secondaires

II.4.1 Antidépresseurs et effets indésirables

La dépression est un dur moment à passer et les médicaments peuvent être d'une grande aide pour retrouver goût à la vie. Toutefois, puisque tous les médicaments peuvent avoir des effets indésirables, les antidépresseurs ne font pas exception. Cet aspect désagréable de ce type de médicament ne devrait cependant pas empêcher leur prise s'ils s'avèrent nécessaires, car souvent les bénéfices de l'antidépresseur surpassent ses côtés négatifs.

Heureusement, il y a souvent une tolérance au médicament qui s'installe, ce qui amoindrit significativement les effets secondaires. De plus, certains trucs peuvent aider à mieux vivre avec ceux-ci. Par exemple, il est commun de débiter graduellement les antidépresseurs pour habituer progressivement l'organisme à l'effet du médicament. De cette façon, chaque étape est plus facile à traverser, les effets secondaires étant généralement liés à la dose. En d'autres mots, plus on augmente la dose de l'antidépresseur, plus le risque est élevé de les ressentir.

II.4.2 Effets indésirables selon la classe de médicament

Tous les antidépresseurs n'ont pas les mêmes effets indésirables. De plus, ceux-ci ne présentent pas tous la même intensité. Ainsi, certains médicaments sont davantage reconnus pour un effet secondaire particulier, bien que d'autres agents puissent également l'entraîner.

Par ailleurs, les premiers antidépresseurs qui ont été mis sur le marché provoquent davantage d'effets indésirables chez les gens qui les prennent comparativement aux médicaments plus récents. Donc, ce sont généralement ces derniers qui sont prescrits en premier.

Aussi, comme la réponse au traitement antidépresseur varie vraiment d'un individu à l'autre, une combinaison de médicaments pourrait être jugée préférable par le médecin. Cela risque donc de causer davantage d'effets secondaires. Un point favorable de cette variabilité de réponses au traitement est la gamme élargie d'antidépresseurs qui existe sur le marché. Cela permet de changer de médicament s'il n'est pas suffisamment efficace ou s'il est mal toléré. Ainsi, il est fort probable que le médecin et le patient trouveront ensemble le traitement optimal pour bien traiter les symptômes de dépression et favoriser une meilleure tolérance.

II.4.3 Effets indésirables les plus fréquents et leur gestion

Bien que la liste d'effets indésirables possibles puisse être plutôt longue, certains surviennent plus souvent. Des trucs existent pour mieux vivre avec eux le temps que notre organisme s'y habitue.

Tableau 3 : prévention et correction des effets secondaires. [77]

Effets secondaires	Gestion des effets secondaires
Bouche sèche	<ul style="list-style-type: none">• Boire souvent un peu d'eau• Sucrer de la glace• Prendre de la gomme ou un bonbon sans sucre• Éviter l'alcool et la caféine• Cesser de fumer• Utiliser un substitut de salive

Chapitre II : Rôle du pharmacien dans la prise en charge

Constipation	<ul style="list-style-type: none">• Faire de l'activité physique régulièrement• Manger plus de fibres (25 à 30 grammes par jour)• Prendre un supplément de fibres• Boire plus d'eau (6 à 8 verres par jour)• Ne pas retarder le moment d'aller à la selle• Toujours prévoir le même moment dans la journée pour aller à la selle• Utiliser des médicaments contre la constipation sous le conseil du pharmacien
Somnolence	<ul style="list-style-type: none">• Prendre l'antidépresseur à l'heure du coucher• Éviter de conduire ou de faire une activité qui demande de la vigilance si l'on ressent de la somnolence• Éviter l'alcool ou toute autre substance pouvant en causer• Privilégier un environnement calme à l'heure du coucher• Ne pas faire de sieste le jour
Insomnie	<ul style="list-style-type: none">• Éviter les stimulants quelques heures avant l'heure du coucher (ex. : chocolat, café, thé)• Appliquer des techniques de relaxation• Faire de l'activité physique régulièrement durant le jour• Instaurer une routine pour l'heure du coucher et du lever• Utiliser la chambre seulement pour dormir ou pour les activités sexuelles
Nausées et vomissements	<ul style="list-style-type: none">• Manger de plus petits repas plus fréquemment dans la journée• Éviter les aliments gras, sucrés et épicés• Boire plus d'eau (6 à 8 verres par jour)• Éviter les odeurs fortes (ex. : parfums, nourriture, tabac)• Éviter l'alcool• Au besoin, prendre quelques doses de médicament contre les nausées et vomissements sous le conseil du pharmacien•

Chapitre II : Rôle du pharmacien dans la prise en charge

Baisse de pression	<ul style="list-style-type: none">• Se lever lentement de la position couchée à assise, puis de la position assise à debout• Boire plus d'eau (6 à 8 verres par jour)
Gain de poids	<ul style="list-style-type: none">• Faire de l'activité physique• Adopter de saines habitudes alimentaires• Manger des crudités avant le repas pour diminuer la taille de celui-ci• Éviter les aliments gras et sucrés• Consulter un ou une nutritionniste
Dysfonction sexuelle	<ul style="list-style-type: none">• Discuter toujours avec votre pharmacien ou votre médecin si vous éprouvez un effet indésirable de nature sexuelle• Ne jamais modifier le traitement sans en avoir discuté avec votre médecin ou votre pharmacien• Envisager de changer le médicament pour un autre• Considérer l'usage d'un médicament ou d'un produit pour aider au problème vécu, comme une médication contre la dysfonction érectile ou un lubrifiant lors des relations sexuelles (pour une femme)

En somme, le traitement de la dépression peut varier grandement d'une personne à l'autre, tout comme les effets indésirables perçus. Heureusement, il est possible de bien gérer ceux-ci pour minimiser leur impact sur la qualité de vie. Ces médicaments peuvent jouer un rôle important dans le bien-être mental des personnes qui souffrent de dépression, il ne faut donc pas que les effets secondaires prennent le dessus sur les effets bénéfiques. Le pharmacien est lui aussi indispensable dans le traitement de la dépression. Il peut notamment :

- déterminer si l'effet ressenti est lié avec l'antidépresseur;
- donner des trucs pour contrôler les effets indésirables;
- discuter avec la personne et le médecin d'ajustements à la thérapie, comme une réduction du dosage, un changement pour un autre médicament ou l'ajout d'une mesure visant à corriger la situation (comme par exemple un autre médicament).

La bonne gestion des effets indésirables des antidépresseurs est possible, il ne faut donc pas se décourager lorsqu'ils surviennent. Rappelez-vous à quel point votre santé mentale et votre bonheur sont importants; cela vous aidera à suivre assidûment votre traitement et vous motivera à vous mettre en mode « recherche de solutions » avec l'aide de votre pharmacien. [77]

II.5 Prévenir les risques d'automédication

On parle d'automédication quand un patient se prescrit lui-même des médicaments sans l'avis d'un spécialiste. Dans beaucoup de cas, ce n'est pas une solution. L'automédication est un traitement médicamenteux que se prescrit un patient sans avoir, au préalable, consulté un médecin. Les médicaments en vente libre ne sont pas nécessairement inoffensifs, et ce qui représente un danger, c'est de mal les utiliser. Dans le commerce, on trouve des médicaments pour soigner de nombreuses maladies et la dépression n'échappe pas à la règle.

Vous pourrez trouver en vente libre, des remèdes à base de plantes comme le millepertuis. Ces remèdes peuvent prendre plusieurs formes : comprimés, tisanes, décoctions... Par ailleurs, sachez qu'aucun approfondissement scientifique, employant les mêmes critères que les études menées sur les médicaments antidépresseurs, n'a pas été mené afin de prouver l'efficacité de ces médicaments. Le peu d'études qui y ont été consacrées ne considère pas le degré d'intensité de la maladie et ne fait pas le lien entre l'efficacité des produits, la nature des troubles et leur intensité.

La dépression n'est pas une maladie à prendre à la légère et l'automédication n'est pas une solution. Dès l'annonce du diagnostic, il est primordial de commencer un traitement dans les plus brefs délais. Opter pour l'automédication en essayant des remèdes alternatifs qui pourraient comporter des risques, retardera la guérison. Dans certains cas, d'autres méthodes douces comme l'acupuncture sont aussi recommandées. Toutefois, cette dernière agit plutôt sur les troubles de l'anxiété et les effets du stress et non la dépression.

Ce qu'il faut savoir sur ces médicaments...

Ces médicaments sont obtenus à partir de plantes comme le houblon, le ginseng et le millepertuis, utilisés pour traiter la dépression.

- Ils sont employés dans le contexte d'une dépression dite légère.
- Ils ont aussi des effets secondaires. Par exemple, ils peuvent contribuer à éliminer plus rapidement certains médicaments de l'organisme et ainsi réduire leur efficacité.

- Ils doivent être prescrits par un phytothérapeute, une spécialiste du traitement des maladies par les plantes.

Des remèdes qui n'en sont pas médicamenteux.

Il s'agit d'autres remèdes utiles et qui portent des fruits, mais qui n'ont aucun effet sur la dépression :

- Pratiquer une activité sportive
- Faire un régime alimentaire
- Pratiquer des techniques de relaxation
- Faire un voyage
- Faire une cure de sommeil. [78]

II.6 Education thérapeutique

II.6.1 Définition

L'OMS en 1998 propose de définir l'éducation thérapeutique comme : « un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient. Il comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées, les comportements de santé et de maladie du patient.

Il vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre le plus sainement possible et maintenir ou améliorer la qualité de vie.

L'éducation devrait rendre le patient capable d'acquérir et maintenir les ressources nécessaires pour gérer de manière optimale sa vie avec la maladie. [79]

Ainsi, l'objectif premier de l'ETP est l'autonomie du patient dans la gestion de sa pathologie. Elle ne se limite pas à de l'information, mais vise à transmettre les connaissances et les compétences nécessaires à la gestion de sa pathologie au quotidien. Il s'agit d'un processus continu allant de pair avec la prise en charge des soins. Celui-ci est encadré par des lois.

II.6.2 Objectifs

L'éducation thérapeutique destinée aux pathologies psychiatriques est un processus dans lequel il est essentiel de créer les conditions favorables à l'acquisition de compétences et l'utilisation d'outils qui visent : l'auto soins, l'auto-surveillance des symptômes et de leur évolution, une meilleure connaissance de soi et de ses capacités de maîtrise émotionnelle et

comportementale, le renforcement de l'estime de soi, la mise en œuvre de comportements promoteurs de la santé, le développement d'un réseau social, la psychoéducation.

Les ateliers proposés investiguent l'ensemble de ces domaines. Par la réalisation de ces axes de travail et d'apprentissage, l'objectif du programme est de proposer une prise en charge globale au patient, c'est-à-dire de lui apporter une triple approche : médical, psychosociale et éducative. Ce dernier point doit permettre la participation active du patient, le développement de son investissement à prendre en charge sa pathologie. L'objectif à long terme est la réduction du nombre d'hospitalisation et des accueils en service d'urgence et ainsi une réduction de la durée et du nombre d'arrêt de travail.

L'atteinte de ces objectifs devra faire l'objet d'une évaluation avant la fin de l'autorisation du programme.

II.6.3 Fondements

L'éducation thérapeutique est basée sur :

- l'échange des connaissances par transmission, transfert entre patient et professionnel de santé,
- l'amélioration de la santé,
- la volonté d'éduquer,
- la durée pour permettre la compréhension, la mise en pratique, les erreurs, l'adaptation, l'acceptation.

De plus, l'éducation thérapeutique va prendre en compte le vécu, l'expérience du patient ainsi que ses croyances, ses représentations, qui sont autant de sources d'informations fondamentales pour lui permettre de devenir un acteur complet de sa maladie.

II.6.4 Position du pharmacien et place des entretiens pharmaceutiques dans

L'éducation thérapeutique

La mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique nécessite par définition une infrastructure et une logistique importantes car il s'agit d'un processus développé entre une équipe multidisciplinaire et le patient, planifié, régulier, long et incorporé au parcours de soins. Or, en psychiatrie, notamment en ce qui concerne les troubles dépressifs, rares sont les structures de soins engagées dans ce lourd programme. Ainsi, l'entretien pharmaceutique ne peut se prévaloir d'être un programme d'éducation thérapeutique car le suivi patient n'est pas

multidisciplinaire, il n'y a pas de proposition d'évaluation de ses compétences mais il s'appuie néanmoins sur les grands principes de celui-ci.

Le rôle du pharmacien est celui d'un médiateur dans le parcours de soins. La prise en charge va au-delà de la simple transmission d'un savoir, le pharmacien organise en collaboration avec le patient et de façon pratique la prise des médicaments. Par sa capacité d'écoute et sa disponibilité, il l'accompagne avec pour objectif son autonomisation maximale par l'utilisation de stratégies de communications motivationnelles. Ainsi, les fondamentaux de l'éducation thérapeutique ont toute leur légitimité dans le cadre de la relation pharmacien-patient.

II.7 Transmission des règles hygiéno-diététiques

Les règles hygiéno- diététiques constituent la base de la prise en charge du patient atteint de dépression. Le pharmacien peut ainsi lui transmettre des règles de vie au quotidien qui vont entraîner une diminution des symptômes dépressifs.

En outre, une simple amélioration de l'hygiène de vie peut avoir un véritable impact en cas de dépression légère. Ainsi, les points d'action du pharmacien sont les suivants :

- **améliorer son alimentation** car le choix de certains aliments va permettre d'accroître la production des messagers chimiques, notamment la noradrénaline, la sérotonine et la dopamine. En effet, les acides aminés qui constituent les protéines jouent un rôle essentiel dans la fabrication des neurotransmetteurs. Certains sont produits par l'organisme et d'autres doivent être apportés par l'alimentation, notamment la phénylalanine et le tryptophane, nécessaires pour lutter contre la dépression.

Le tryptophane, précurseur de la sérotonine, est apporté par divers aliments : avocat, œufs, poulet, canard, porc, gibier, fromage, germe de blé. Ces aliments devront être consommés de préférence le soir (goûter et dîner) car c'est le moment où il y a sécrétion physiologique de sérotonine.

La phénylalanine et la tyrosine, issue de sa synthèse dans l'organisme, sont des acides aminés précurseurs de la dopamine et de la noradrénaline. Ils sont contenus dans le canard, la dinde, le poulet, les flocons d'avoine, le lait entier, le chocolat noir.

Le pharmacien doit conseiller au patient de consommer des glucides à index glycémique bas (n'entraînant pas de grandes sécrétions d'insuline) et de privilégier les légumineuses (fèves, haricots secs, lentilles), les fruits et légumes frais, les aliments riches en

antioxydants qui jouent un rôle dans la mémoire (notamment le sélénium et les vitamines C et E), les vitamines du groupe B (céréales complètes, poisson, viande), le magnésium (fruits secs, eaux minérales, persil, graines de fenouil, chocolat) et les acides gras polyinsaturés oméga 3 (poissons gras, noix, huile de colza).

Ces oméga-3, en particulier l'EPA (acide éicosapentaénoïque) et le DHA (acide docosahexaénoïque) dérivés de l'oméga-3 principal, l'ALA (acide α -linoléique), sont essentiels dans l'alimentation car l'organisme ne peut les synthétiser. Biologiquement, ils agissent au niveau de la composition des membranes cellulaires en favorisant une qualité, une fluidité et une intégrité de celles-ci permettant ainsi d'améliorer la réception des neurotransmetteurs sur les récepteurs du neurone post-synaptique. C'est la qualité de la membrane qui détermine l'efficacité et la rapidité de l'influx nerveux. En outre, ils ont des propriétés actives sur la production de facteurs neurotrophiques qui jouent un rôle dans la neuroprotection et la plasticité synaptique.

Enfin, il est nécessaire de rappeler au patient qu'il est bénéfique d'augmenter les prises alimentaires dans la journée en fractionnant les repas, de prendre ses repas à heures fixes, d'augmenter l'apport hydrique et de bien mastiquer les aliments.

- **souligner** l'importance pour le patient d'éviter les excitants comme la caféine qui augmente l'anxiété.

- **mettre en garde le patient** en ce qui concerne la consommation de toxiques comme le tabac, le cannabis et l'alcool qui ont un effet néfaste sur le moral et la motivation.

- **avoir un sommeil équilibré** en suivant quelques règles simples pour bien dormir soit : être régulier au niveau du rythme de sommeil, prêter attention aux signes préliminaires de fatigue et ne pas lutter, avoir une bonne literie, bannir tout excitant (café, thé, sodas, épices), dîner léger sans pour autant se priver car l'hypoglycémie réveille, attendre que la digestion soit terminée pour se mettre au lit, cesser toute activité physiquement ou intellectuellement

- **maintenir les liens sociaux.** Le manque de soutien social (famille, amis, collègues) a des effets négatifs sur la dépression. Ainsi, préserver un réseau relationnel et ne pas hésiter à solliciter l'entourage proche en cas de besoin de réconfort et de soutien est essentiel. Ceci n'est pas sans difficultés car la dépression entraîne un repliement sur soi et le ralentissement intellectuel et moteur provoqué par la maladie engendre des difficultés d'adaptation au monde extérieur devenu trop complexe. De plus la dépression entraîne perte d'estime et de confiance en soi, ce qui rajoute à la difficulté d'aller vers autrui.

Chapitre II : Rôle du pharmacien dans la prise en charge

Le pharmacien doit donc informer qu'il est essentiel de profiter des périodes de rémission pour entretenir son réseau relationnel : voir ses amis, sa famille, ses collègues, participer à des activités collectives. Dans les périodes de crises, plus difficiles, où la souffrance est telle qu'il est impossible d'aller vers les autres, conseiller au patient de se tourner vers des professionnels de santé formés ou vers les membres d'un groupe de parole ou d'échange.

Les personnes qui la constituent sont des patients, des parents, des amis et des professionnels de santé. Les trois objectifs de l'Association sont :

- de soutenir et d'informer sur la dépression notamment sur l'évolution, les moyens pour y faire face, les recherches en cours,
 - d'éveiller la compréhension du grand public à l'égard de la dépression et de combattre les a priori concernant la maladie,
 - d'encourager le développement de programmes de recherche concernant les causes, le traitement et la prophylaxie de la dépression.
- suggérer de pratiquer une activité de relaxation ou de méditation (yoga, sophrologie)** en y consacrant quelques minutes par jour afin d'optimiser l'efficacité du traitement médicamenteux.

L'application de ces mesures hygiéno-diététiques a démontré une réelle efficacité dans la réduction des symptômes de la dépression, ainsi une hygiène corporelle et bucco-dentaire, la pratique régulière d'une activité physique, l'équilibre alimentaire doivent être encouragés afin de pallier à l'autodépréciation et la dévalorisation de l'image de soi. En outre, le soutien de l'entourage joue un rôle majeur dans la prise en charge de l'épisode dépressif.

Il est donc nécessaire, en cas de difficultés pour comprendre ou adapter son attitude face à son proche atteint de dépression, d'orienter l'entourage vers des spécialistes ou des associations de malades. [80]

Partie pratique

I. Introduction

Dans le cadre de cette thèse, nous avons réalisés une enquête sur le rôle de pharmacien dans la prise en charge de la dépression.

Cette étude a été réalisée par le biais de deux questionnaires l'un est posé aux patients au niveau de l'EHS FRANTZ FANON –BLIDA-service de psychiatrie-Addictologie. Et en parallèle on a lancé un deuxième questionnaire auprès des pharmaciens durant les mois de Mars et Avril 2019.

Cette enquête s'inscrit dans le cadre de la Problématique :

le bouleversement actuel de la profession de pharmacien d'officine tiraillé entre la mise en place de « nouvelles missions », l'affirmant en tant que professionnel de santé ayant un rôle à jouer dans le parcours de soins du patient, et la déréglementation de son monopole. Selon la littérature, il apparaît que le pharmacien possède des compétences pouvant être mises à profit dans l'amélioration de la prise en charge d'un patient dépressif et notamment en améliorant son observance au traitement.

II.Objectifs

Cette enquête à pour objectif principal d'explorer les attentes des patients concernant le pharmacien dans la prise en charge de son traitement antidépresseur, ainsi que l'offre de soins envisagée par les pharmaciens afin d'établir leur place dans ce parcours de soins.

III.Matériels et méthodes

III.1 Lieu de l'enquête

Nous avons réalisé une enquête auprès des pharmaciens exerçant dans leurs officines privés au niveau de trois wilayas : Blida, Alger, et Médéa. Et nous avons présentés nos questionnaires accompagnés de l'objectif de l'étude.

Ainsi que pour le questionnaire des patients nous avons réalisé au niveau l'EHS FRANTZ FANON –BLIDA-service de psychiatrie-Addictologie.

III.2 Période de l'enquête :

L'enquête s'est déroulée entre 15 mars– 30 avril 2019.

III.3 Population cibles

Notre étude s'agit d'une enquête prospective par un questionnaire proposé à deux populations, un pour des pharmaciens et l'autre pour des patients dépressifs.

III.3.1 Enquête auprès des pharmaciens

Les questionnaires ont été distribués de deux manières :

- ✓ Soit par déplacement et contact direct avec les pharmaciens au niveau de leurs officines.
- ✓ Soit par un questionnaire proposé sur un groupe facebook (Pharmaciens algériens en ligne). Une fois l'accord obtenu pour répondre à l'enquête, un mail contenant le questionnaire est envoyé à l'intéressé.

Au total, **40** réponses ont été récoltées, **27** provenant d'officine, **13** provenant des réponses électroniquement reçues.

III.3.2 Enquête auprès des patients

De la même façon les questionnaires ont été distribués par contact direct avec les patients quand ils se présentaient à la consultation service de psychiatrie-Addictologie.

Au total, **55** réponses ont été récoltées.

III.4 Outils d'investigation

III.4.1 Questionnaire pharmacien

Le questionnaire comporte **16** questions, **14** questions fermées et **2** questions ouvertes. Les questions ouvertes permettent aux pharmaciens d'exprimer leurs avis.

Le questionnaire s'articule sur trois (3) parties :

- **Partie 1** : rassemble des informations concernant les titulaires (mode d'exercice, ville d'exercice, nombre d'années d'exercice).
- **Partie 2** : évalue par le biais de onze (**11**) questions, la pratique du conseil pharmaceutique aux patients dépressif en rapport avec la dispensation en pharmacie.
- **Partie 3** : donne au pharmacien l'opportunité d'exprimer son opinion par le biais de deux (**2**) questions ouvertes.

III.4.2 Questionnaire patient :

Le questionnaire est composé de **22** questions qui sont des questions fermées hormis la question concernant l'âge des patients. Le questionnaire est divisé en trois(**3**) grandes parties :

- **Partie 1** : Informations générales sur le patient (sexe, âge, situation familiale, profession, le niveau d'instruction, niveau socio-économique, type d'habitation).
- **Partie 2** : En rapport avec leur maladie (durée de diagnostique, état actuelle, la présence ou l'absence d'antécédent psychiatrique, traitement prescrit, leur tolérance du traitement, autre maladie chronique).
- **Partie 3** : En rapport avec la dispensation de traitement par le pharmacien qui est évaluée par le biais de neuf (9) questions.

III.5 Outils Statistiques

Les données récoltées ont été représentées sous forme d'histogrammes et de secteurs en utilisant le programme « Microsoft Excel 2007 ».

IV. Résultats et interprétation

IV. 1 Résultats de l'enquête auprès des pharmaciens

Le nombre de pharmaciens ayant répondu correctement à l'enquête est de 40 au total. Les 40 questionnaires sont exploitables.

IV.1.1 Informations générales

IV.1.1.1 Représentation du mode d'exercice

Tableau 4 : Catégories du mode d'exercice.

Mode d'exercice	Centre ville	Quartier	Rural	Total
Nombre	23	15	2	40
Pourcentage	57.5%	37.5%	5%	100%

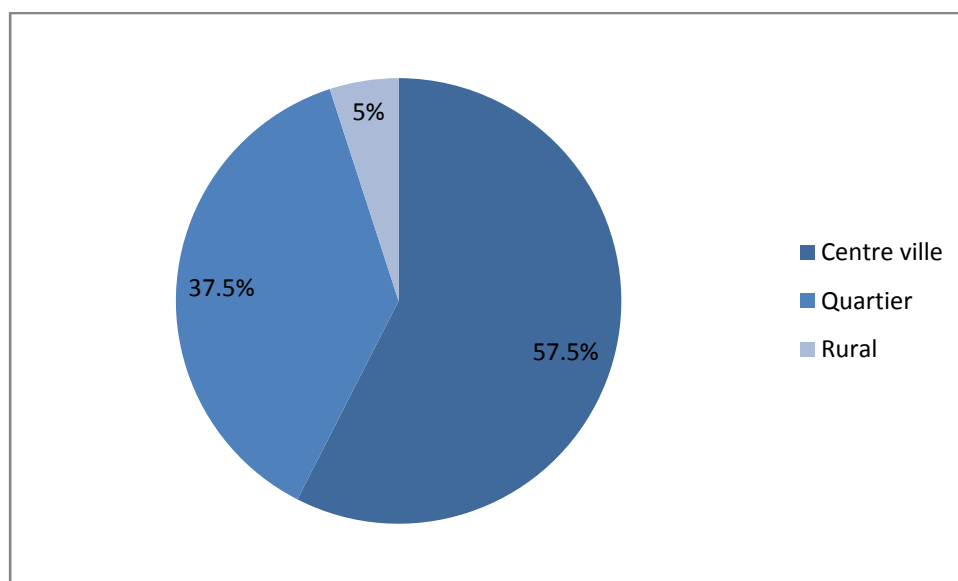


Figure 6: Répartition des pharmaciens selon le mode d'exercice.

Commentaire : Selon le tableau 4 et la figure 6, plus que la moitié (57.5%) des pharmaciens interrogés travaillent en pharmacie de centre ville. Contre (37.5%) pharmaciens s'installent dans des officines de quartier, et 5% des pharmaciens exercent leur profession aux officines rurales.

IV.1.1.2 Répartition des pharmaciens interrogés selon la ville d'exercice.

Tableau 5 : Répartition des pharmaciens interrogés selon la ville d'exercice.

Ville d'exercice	Nombre	Pourcentage
Blida	20	50%
Alger	13	32.5%
Médéa	7	17.5%

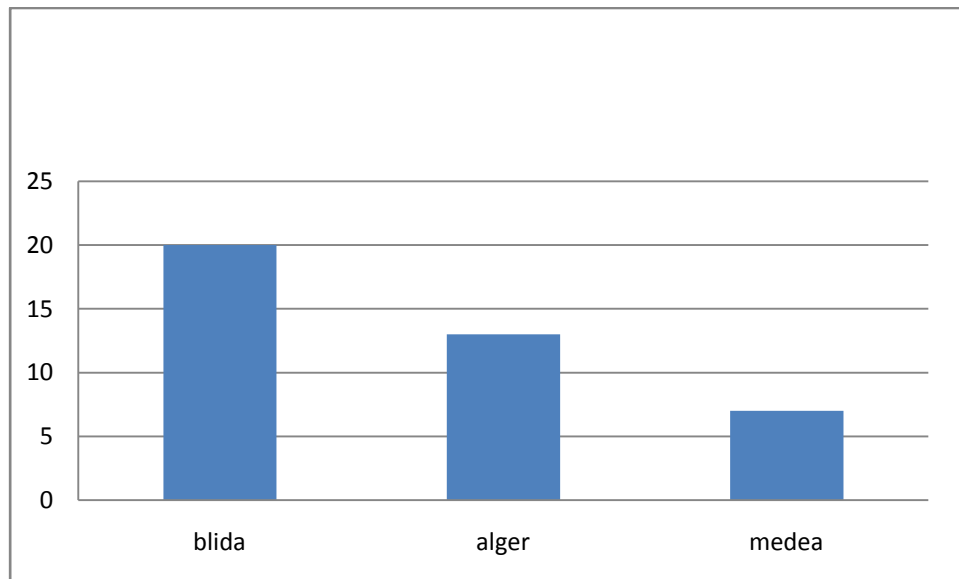


Figure 7 : Répartition des pharmaciens selon la ville d'exercice.

Commentaire : La répartition des questionnaires sur la wilaya de Blida est majoritaire par rapport ceux d'Alger et Médéa.

IV.1.1.3 Répartition des pharmaciens interrogés selon la durée d'exercice.

Tableau 6 : Répartition des pharmaciens interrogés selon la durée d'exercice.

Durée d'exercice	<10ans	10 -20ans	>20ans
Nombre	35	5	0
Pourcentage	87.5%	12.5%	0%

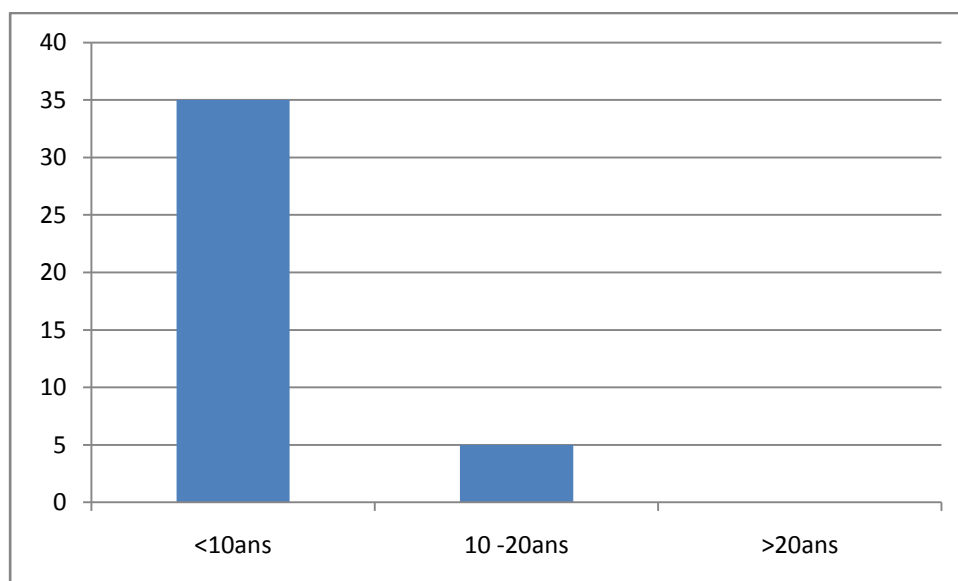


Figure 8 : Répartition des pharmaciens selon la durée d'exercice.

Commentaire : La majorité des pharmaciens interrogés (87.5%) ont une durée d'exercice moins de dix ans. Contre une minorité (12.5%) dont la durée est de 10 à 20 ans.

IV.1.2 Analyse et interprétation des questions

❖ **Avez-vous déjà eu à conseiller des patients dépressifs dans votre pratique officinale? (Question 4)**

Tableau 7 : L'habitude du pharmacien de donner le conseil aux patients dépressifs.

Réponse	Nombre	Pourcentage(%)
Oui	35	87.5%
Non	5	12.5%
Total	40	100%

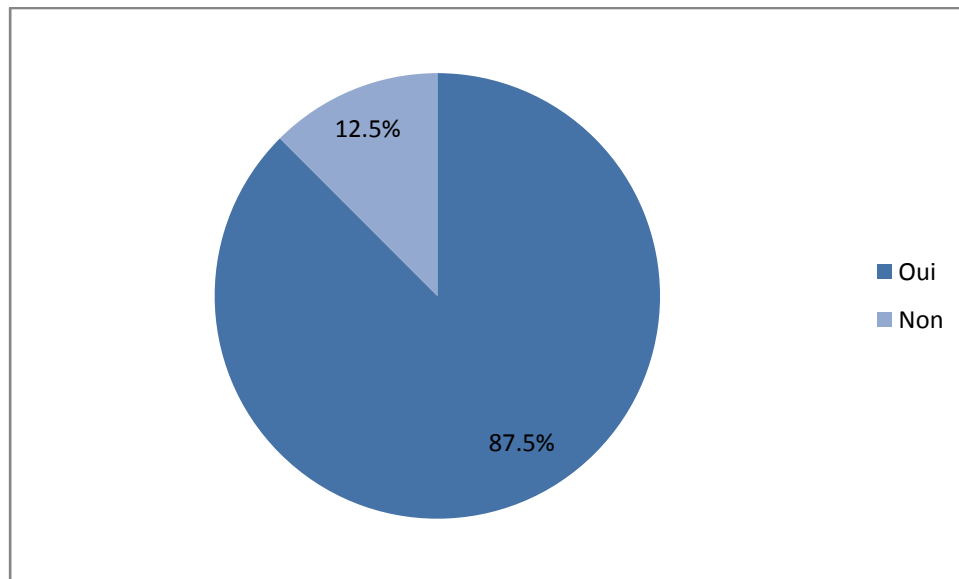


Figure 9 : l'habitude des pharmaciens de donner le conseil aux patients dépressifs.

Commentaire : Selon le tableau 7 et la figure 9, la plupart des pharmaciens interrogés (87.5%) donnent des conseils lors de la délivrance des traitements. Par contre cinq des pharmaciens déclarent n'avoir jamais conseillés des patients dépressifs.

❖ **Quelle est le nombre des patients dépressifs que vous recevez par jour ?**
(Question5)

Tableau 8 : Le nombre des patients dépressifs par jour.

Nombre	1-5	5-10	>10
Nombre	30	6	4
Pourcentage	75%	15%	10%

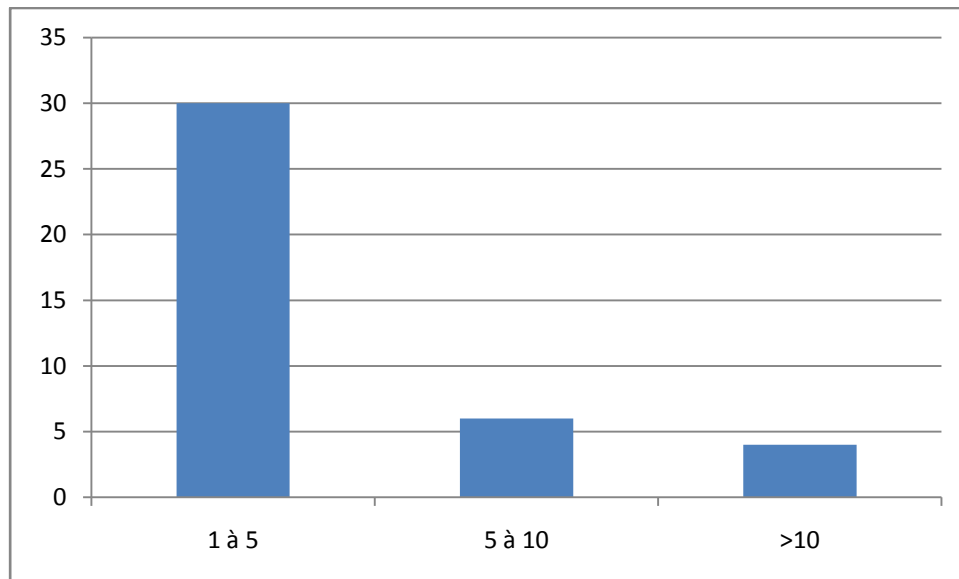


Figure 10 : le nombre des patients dépressifs par jour.

Commentaire : Selon le tableau 8 la figure 10, 45% des pharmaciens signalent que le nombre de personnes dépressifs arrivant à la pharmacie par jour est entre un et cinq (1-5). Par contre, le reste est divisés presque équitablement entre (5à10) et >10.

❖ **Disposez-vous d'un espace de confidentialité ? (Question6)**

Tableau 9 : Présence d'espace de confidentialité au niveau d'officine.

Espace confidentiel	Oui	Non
Nombre	17	23
Pourcentage	42.5%	57.5%

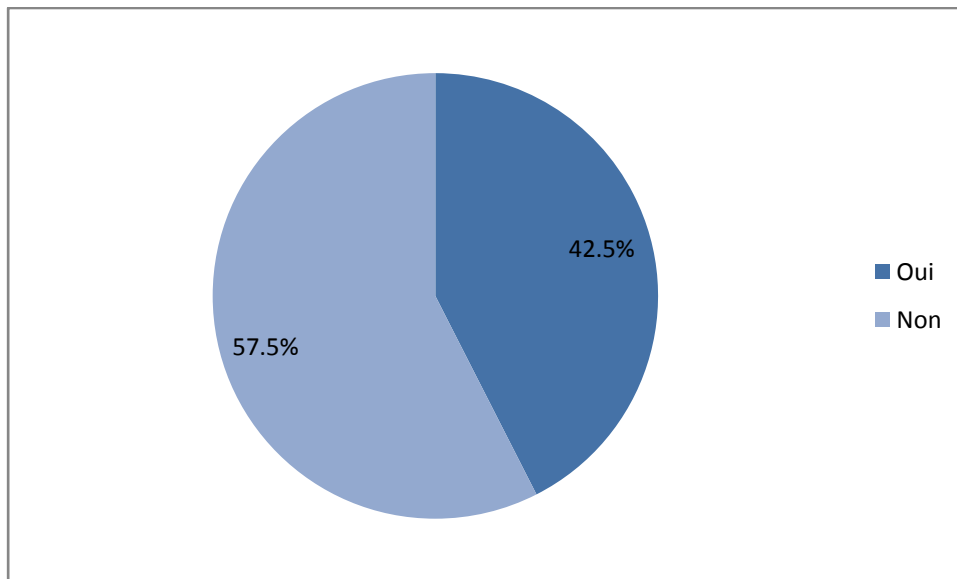


Figure 11 : la présence d'espace de confidentialité au niveau d'officine.

Commentaire : plus que la moitié des pharmaciens interrogés ne disposent pas d'espace de confidentialité malgré son importance vue la sensibilité de la maladie.

❖ **Quel est le temps moyen que vous accordez à un patient dépressif (min)?**
(Question7)

Tableau 10 : Le temps moyen accordé à un patient dépressif (min).

Temps moyen	0-5 MIN	5-10 MIN	10-15 MIN	15-20 MIN
Nombre	4	12	21	3
Pourcentage	10%	30%	52.5%	7.5%

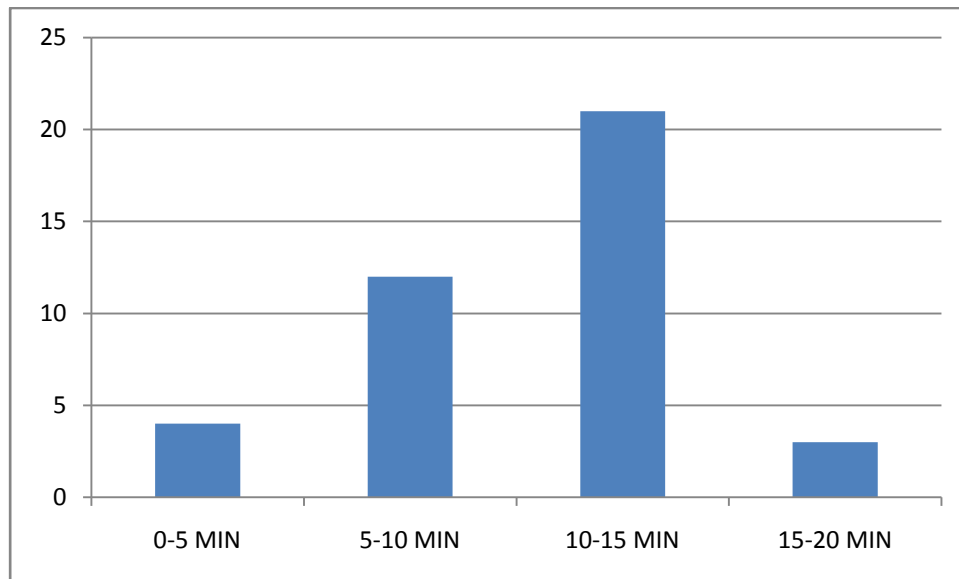


Figure 12 : le temps moyen accordé à un patient dépressif (min).

Commentaire : plus que la moitié des pharmaciens déclarent accorder de 10 à 15 min pour dispenser une ordonnance à un patient dépressif.

❖ **Comment jugez-vous le temps que vous accordez aux patients dépressifs par rapport aux autres patients ? (Question 8)**

Tableau 11 : Le temps accordé aux patients dépressifs par rapport aux autres patients.

Temps comparés	inférieur	Supérieur	Même temps
Nombre	5	30	5
pourcentage	12.5%	75%	12.5%

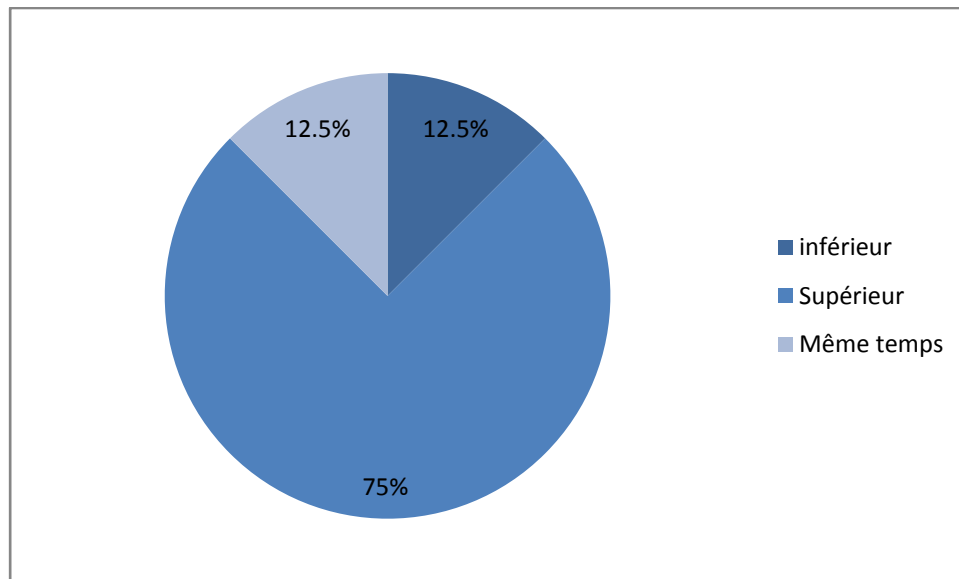


Figure 13 : le temps accordé aux patients dépressifs par rapport aux autres patients.

Commentaire : Selon le tableau 11 et la figure13, on remarque que la plupart des pharmaciens consacrent pour un patient dépressif un temps supérieur par rapport aux autres patients. Cela explique l'intérêt et l'importance de l'entretien de cette pathologie.

❖ **Comment jugez-vous le temps que vous accordez aux patients dépressifs ? (Question 9)**

Tableau 12 : Le temps accordé aux patients dépressifs.

Temps	Suffisant	Insuffisant
Nombre	14	26
Pourcentage	35%	65%

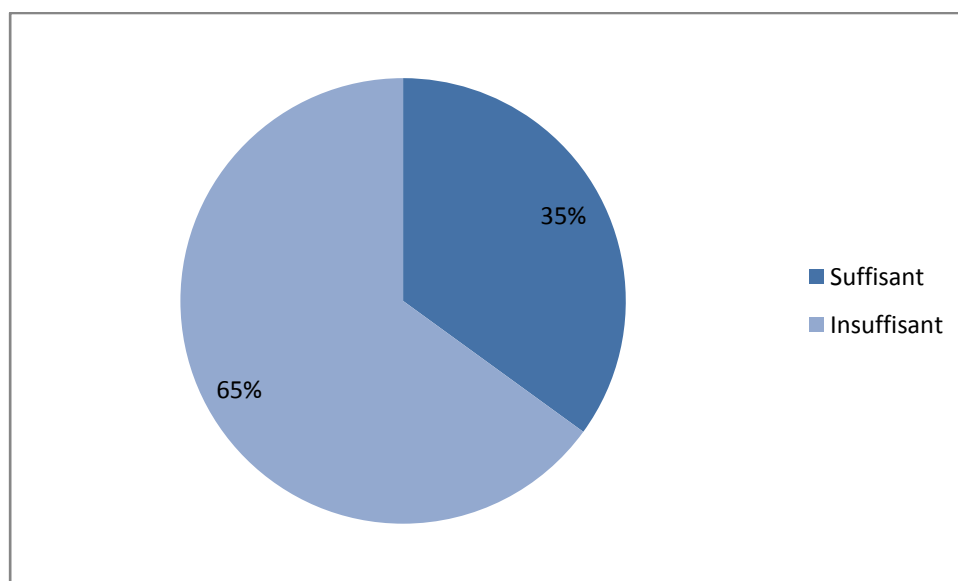


Figure 14 : le temps accordé aux patients dépressifs.

Commentaire : Selon le tableau 12 et la figure 14 plus que la moitié des pharmaciens jugent que le temps accordé aux patients dépressif est insuffisant malgré que ce dernier est supérieur par rapport au temps accordé aux autres patients ,et ceci est liée a l'état des patients et leurs symptomatologie clinique notamment le manque de concentration, qui est un signe majeur de la dépression.

❖ **Quelles sont les conseils que vous donnez aux patients lors de la dispensation des antidépresseurs ? (question 10)**

Tableau 13 : Les conseils donnés lors de dispensation des antidépresseurs.

Conseils	Nombre	Pourcentage
Posologie et horaire	39	97.5%
Intérêt de chaque médicament	25	62.5%
Effets indésirables possibles	18	45%
Interactions médicamenteuses éventuelles	11	27.5%
Modalités d'utilisation (pour un nouveau médicament)	31	77.5%
Conditions de conservation	8	20%

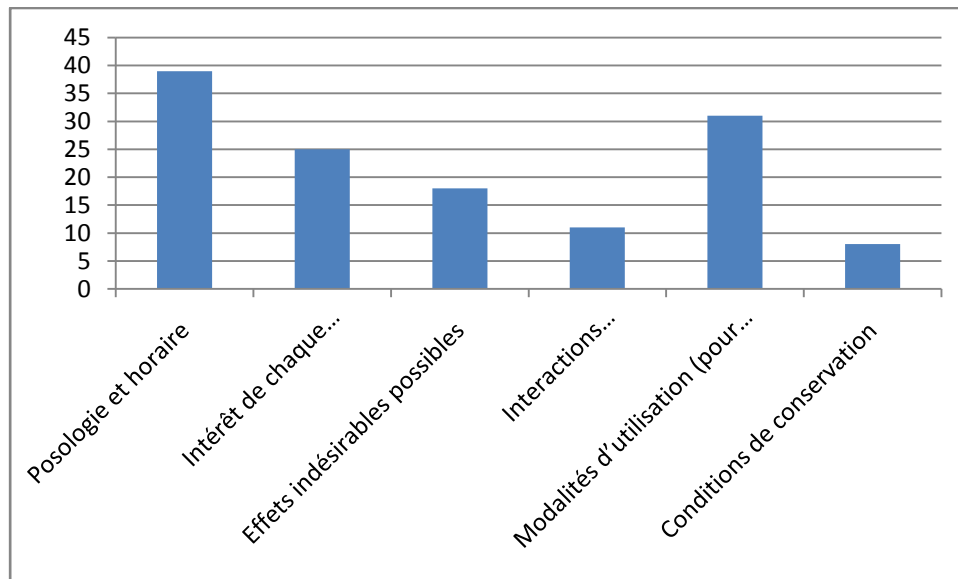


Figure 15 : les conseils suivants lors de dispensation des antidépresseurs.

Commentaire : les pharmaciens insistent surtout sur la posologie, l'intérêt de chaque médicament et modalités d'utilisation (pour un nouveau médicament) par rapport aux autres conseils (les interactions et effets indésirables possibles).

❖ **Faites- vous un rappel sur la psychothérapie ? (Question11)**

Tableau 14 : L'habitude des pharmaciens de rappeler sur la psychothérapie.

Question 11	Oui	Non
Nombre	8	32
Pourcentage	20%	80%

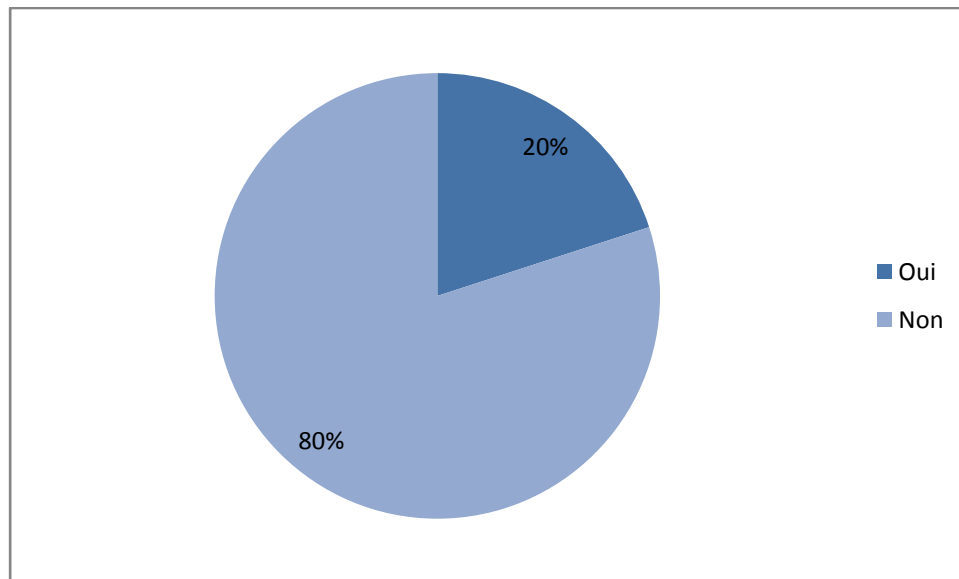


Figure 16 : l'habitude des pharmaciens de rappeler sur La psychothérapie.

Commentaire : seulement 20% des pharmaciens rappellent leurs patients sur la psychothérapie.

❖ **Faites-vous un rappel sur les complications résultant de la prise incorrecte des antidépresseurs ? (Question12).**

Tableau 15 :L'habitude des pharmaciens à donner des conseils par apport aux complications liés à de la prise incorrecte des antidépresseurs.

	Oui	Non
Nombre	8	32
Pourcentage	20%	80%

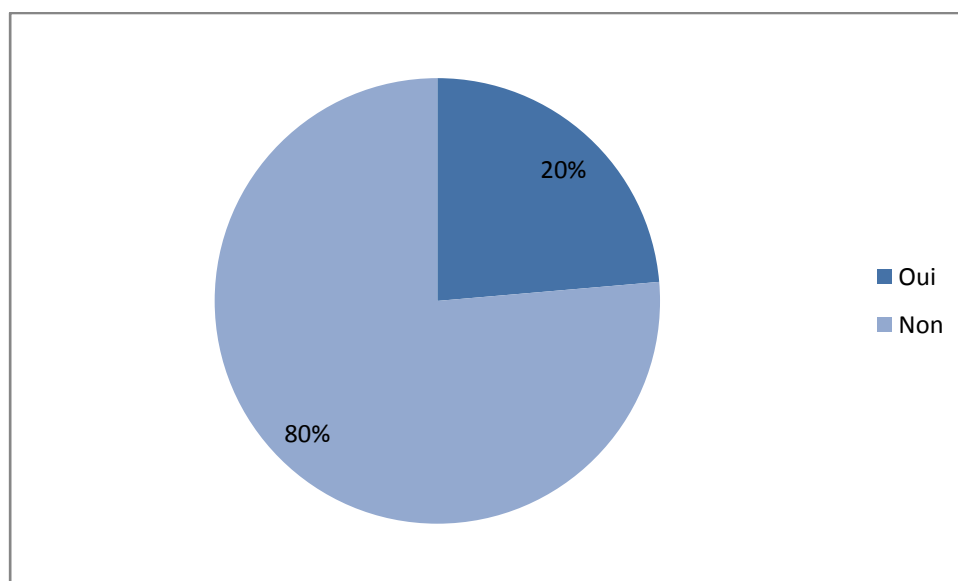


Figure 17 : l’habitude des pharmaciens de rappeler sur les complications résultant de la prise incorrecte des antidépresseurs.

Commentaire : 80% des pharmaciens interrogés ne font pas un rappel sur les complications résultant de la prise incorrecte des antidépresseurs.

❖ **Ressentez-vous des difficultés ou identifiez-vous des facteurs limitant l’entretien pharmaceutique avec le patient ? (Question 14)**

Tableau 16 : Difficultés et facteurs limitant l’entretien pharmaceutique avec le patient.

Difficulté	Nombre	Pourcentage
place	14	35%
Niveau intellectuel	26	65%
Manque de temps	16	40%
Manque de formation	15	37.5%
Manque de communication	10	25%
Manque d’information sur le suivi médical	16	40%
Aucune	2	5%

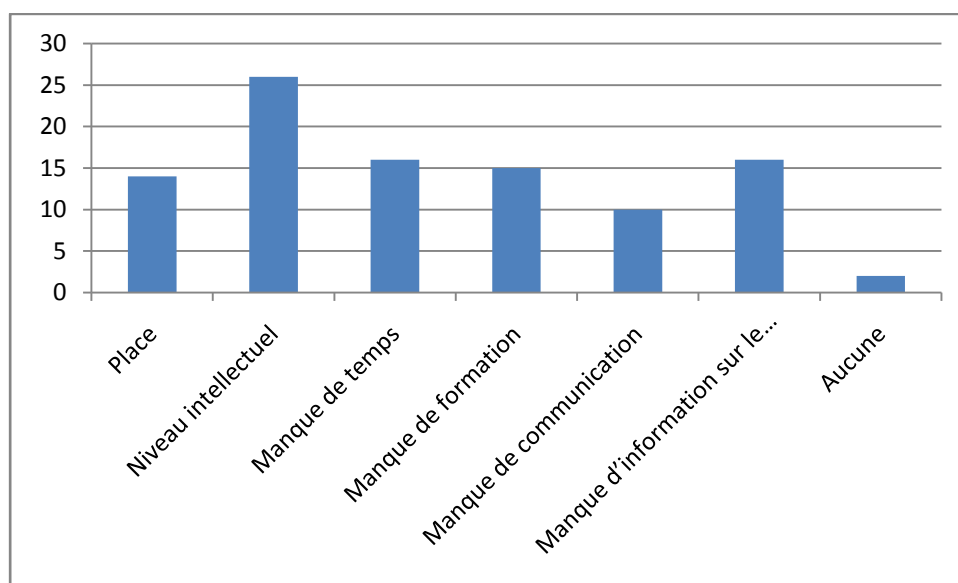


Figure 18 : les difficultés et facteurs limitant l’entretien pharmaceutique avec le patient.

Commentaire : Selon le tableau16 et la figure18, le niveau intellectuel et l’aptitude du patient posent un problème majeur pour de trois quart (65%) des pharmaciens. Ce facteur limitant rend difficile la communication pharmacien-patient et qui exige de prendre un temps supplémentaire pour l’entretien et ce dernier représente un obstacle d’après ce qui est déclaré par plus du tiers des pharmaciens.

❖ **Estimeriez-vous avoir compris les conseils que vous aurez dispensés lors d’un entretien pharmaceutique ? (Question 15).**

Tableau 17 : Estimation de la compréhension des conseils dispensés suite à entretien pharmaceutique.

	Oui	Non
Nombre	22	18
Pourcentage	55%	45%

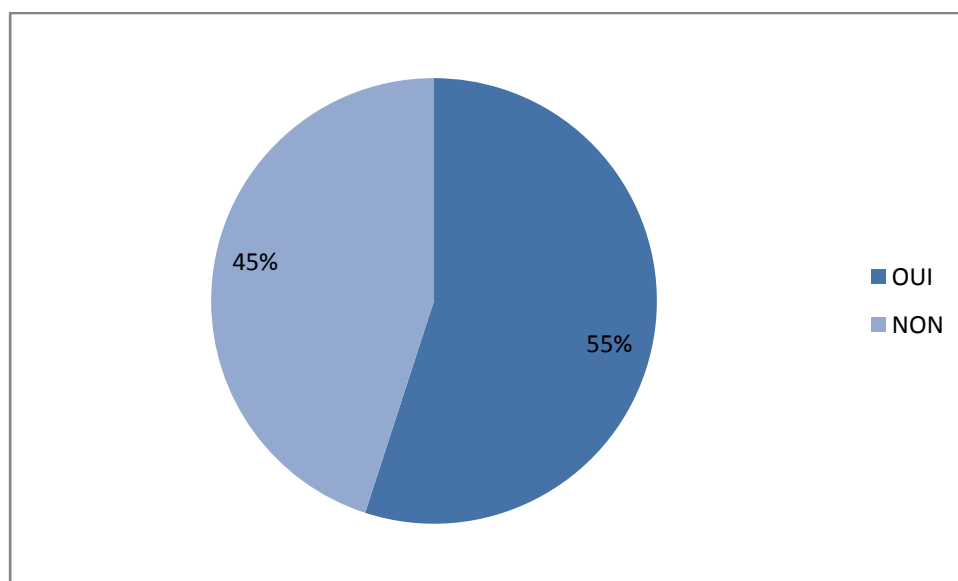


Figure 19 : Estimation de la compréhension des conseils dispensés suite à entretien pharmaceutique.

Commentaire : 55% des pharmaciens déclarent que leurs conseils sont compris par les patients.

IV.2 Résultats de l'enquête auprès des patients

Le nombre de patients ayant répondu à l'enquête est de 55 au total. Les 55 questionnaires sont exploitables.

❖ Répartition des patients selon le sexe(Question1)

Tableau 18 : Répartition des patients questionnés selon le sexe.

Sexe	Homme	Femme
Nombre	54	1
Pourcentage	98%	2%

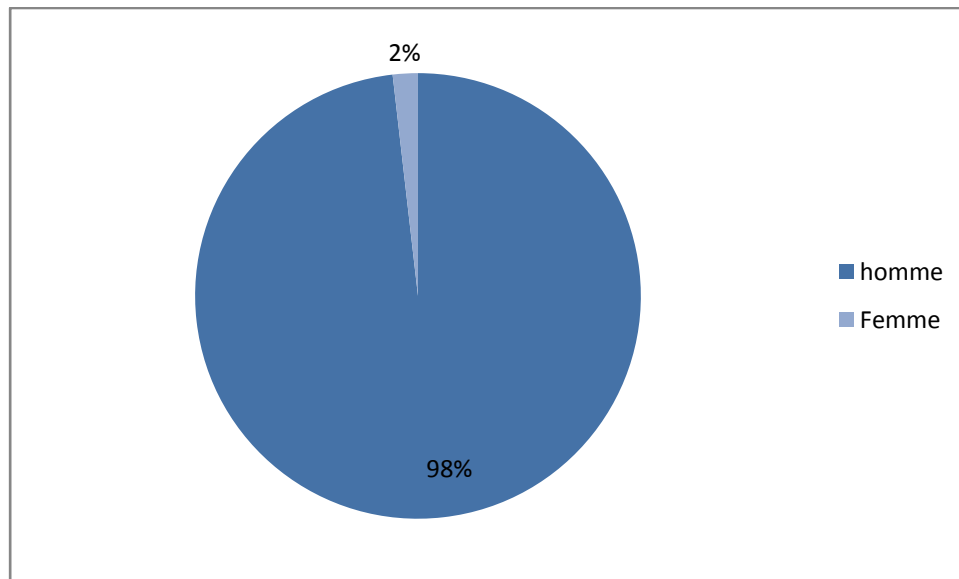


Figure 20 : Répartition des patients questionnés selon le sexe.

Commentaire : Nous remarquons que notre échantillon est majoritairement masculin (98%) avec un sexe ratio 54, ceci est du au fait que notre étude était dans le service de toxicomanie et que la plupart des consultants sont des hommes.

❖ **Répartition des patients questionnés selon l'âge(Question2)**

Tableau 19 : Répartition des patients questionnés selon l'âge.

Catégorie d'âge	18-25ans	26-35ans	36-45ans	46-60ans	Plusde60ans
Nombre	26	16	10	3	0
Pourcentage	47%	29%	18%	5%	0%

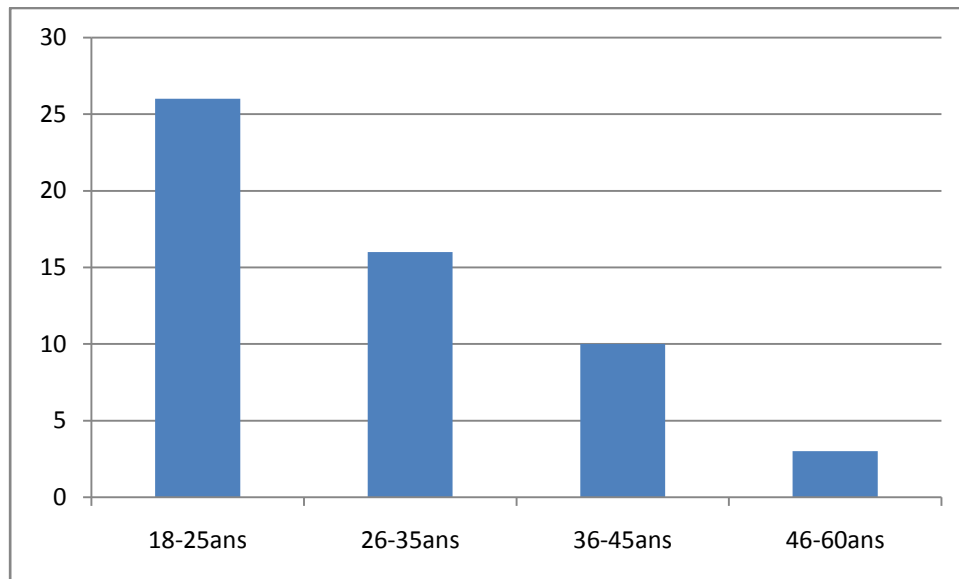


Figure 21 : Répartition des patients questionnés selon l'âge.

Commentaire : la majorité des patients sont des jeunes qui ont un âge entre 18 et 25 ans et ceci est lié au fait de la catégorie des patients interrogés (des addicts).

❖ **La Répartition des patients questionnés selon la situation familiale (Question3)**

Tableau 20 : La Répartition des patients questionnés selon la situation familiale

Situation	célibataire	Marié(e)	Divorcé(e)
Nombre	41	14	0
pourcentage	74%	24%	0%

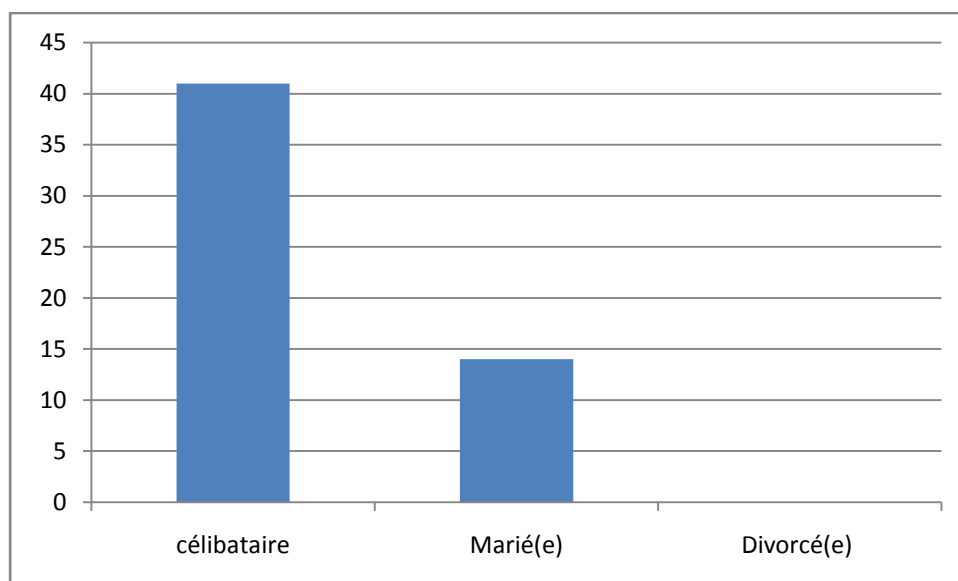


Figure 22 : répartition des patients selon la situation familiale.

Commentaire : la majorité des patients sont célibataires (74%) contre une minorité qui est mariée (24%).

❖ **La Répartition des patients questionnés selon l'activité professionnelle. (Question4)**

Tableau 21: Répartition des patients questionnés selon l'activité professionnelle. (Question4)

Activité	Sans emploi	Employée	Retraitée
Nombre	29	26	0
Pourcentage	53%	47%	0%

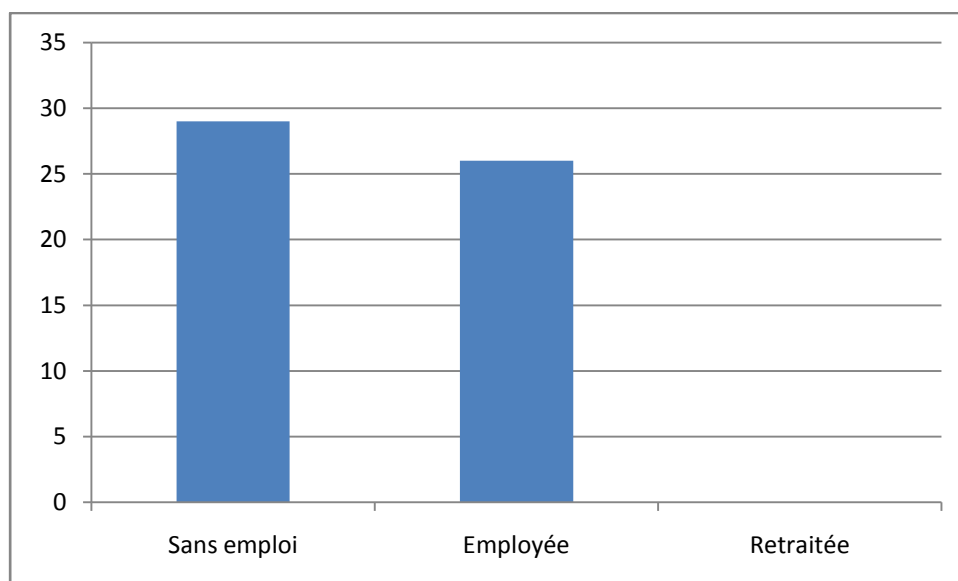


Figure 23 : répartition des patients selon l'activité professionnelle.

Commentaire : plus de la moitié (53%) des patients sont des chômeurs.

❖ **La Répartition des patients questionnés selon le niveau d'instruction. (Question5)**

Tableau 22 : La Répartition des patients questionnés selon le niveau d'instruction.

Niveau	sans	Primaire	secondaire	Universitaire
Nombre	0	9	40	6
Pourcentage	0%	16%	73%	11%

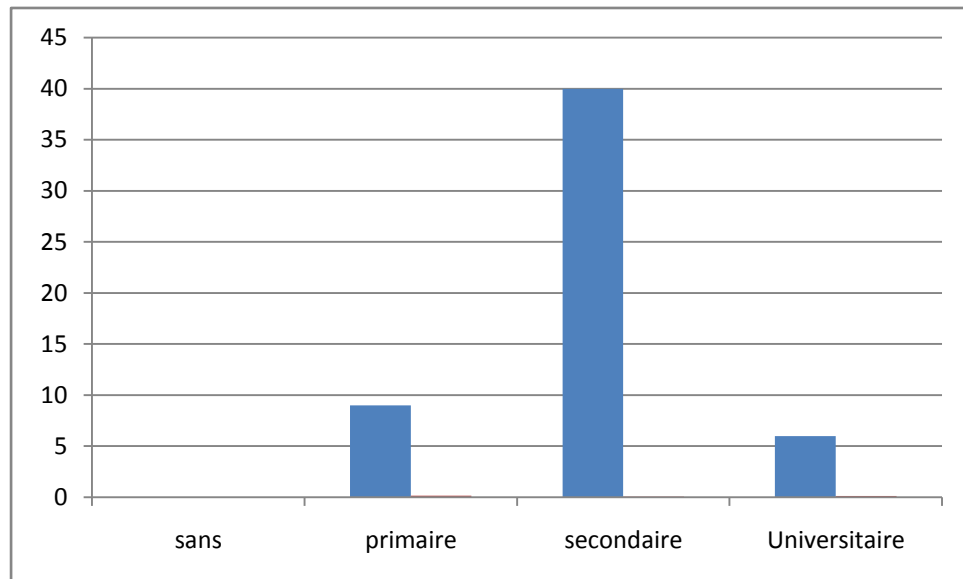


Figure 24 : Répartition des patients questionnés selon le niveau d'instruction.

Commentaire : Nous remarquons que notre population est variée en ce qui concerne le niveau d'instruction. Avec un maximum de 73% pour le niveau secondaire et un minimum de 11 % pour le niveau universitaire.

❖ **La Répartition des patients questionnés selon le niveau socio-économique. (Question6)**

Tableau 23 : La Répartition des patients questionnés selon le niveau d'instruction. (question6)

Niveau	bas	moyen	Aisée
Nombre	6	46	3
Pourcentage	11%	84%	5%

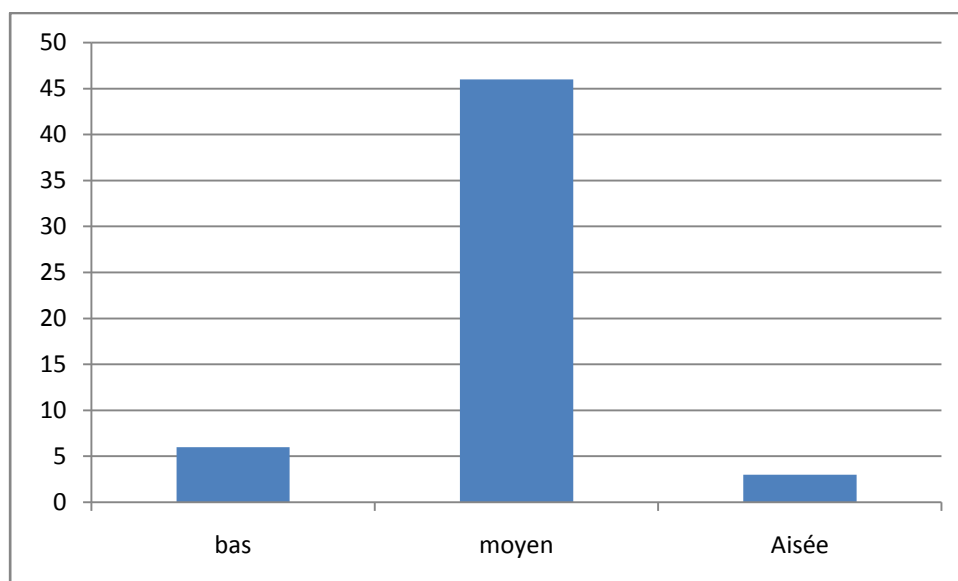


Figure 25 : répartition des patients selon le niveau socio- économique.

Commentaire : en ce qui concerne le niveau socio-économique la plupart des patients (84%) ont un niveau moyen.

❖ **La Répartition des patients questionnés selon le type d’habitation. (question7)**

Tableau 24 : la Répartition des patients questionnés selon le type d’habitation (question7).

Type	précaire	appartement	Villa	Autre
Nombre	3	20	28	4
Pourcentage	5%	36%	51%	7%

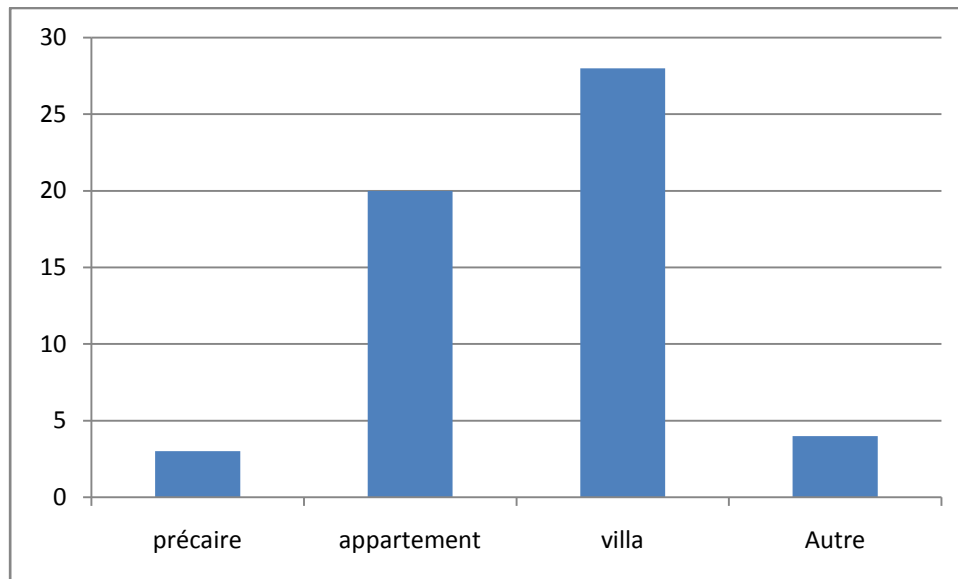


Figure 26 : répartition des patients selon le type d'habitation.

Commentaire : selon le tableau 24 et la figure 26, le type d'habitation est variable, dont 51% des patients vivent dans des villas et 36% dans des appartements donc ce paramètre n'a pas d'influence dans notre cas.

❖ **Depuis combien de temps votre maladie est-elle diagnostiquée ? (question8)**

Tableau 25: Combien de temps les patients sont dépressifs.

Durée	Nombre	Pourcentage
Moins de 6 mois	21	38%
6 mois-1 An	10	18%
1-5 Ans	12	22%
5-10 Ans	7	13%
Plus de 10 Ans	5	9%

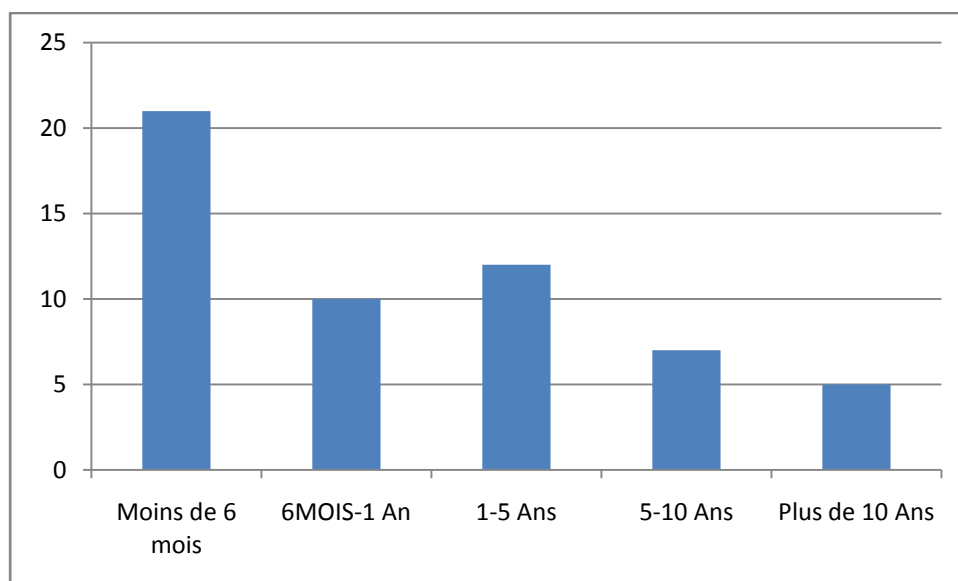


Figure 27 : Graphique illustrant combien de temps les patients sont dépressifs.

Commentaire : Selon la figure 25 et le tableau 27, la majorité des patients ont découvert leur maladie il y a moins d'un an (découvertes récentes), alors que le passage vers la chronicité, ne représentent que 44% des cas.

❖ **Etat actuel des patients (question9).**

Tableau 26 : état actuel des patients (question9).

Etat	Guéri	Rémission	En souffrance
Nombre	0	33	22
Pourcentage	0%	60%	40%

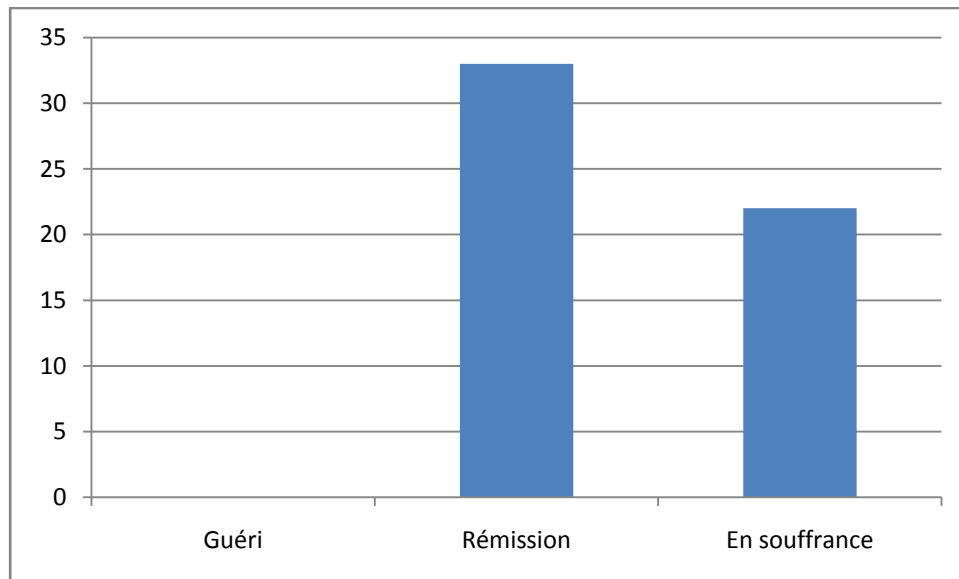


Figure 28 : l'état actuel des patients.

Commentaire : En comparant l'état actuel des patients, nous constatons que 60% des patients sont en rémission, et 40% d'entre eux ne répondent pas au traitement.

❖ **Antécédents psychiatrique (question 10).**

Tableau 27 : antécédents psychiatrique (question 10).

Antécédent	Oui	Non
Nombre	55	0
Pourcentage	100%	0%

Commentaire : 100% de notre échantillon présentent des antécédents psychiatriques.

Si oui, nature des troubles.

Tous les patients interrogés ont des antécédents psychiatriques de nature addictives. Ceci est dû au fait que notre étude était dans le service de psychiatrie-Addictologie.

❖ **l'hospitalisation.**

Tableau 28 : hospitalisation.

Hospitalisation	Oui	Non
Nombre	19	36
Pourcentage	35%	65%

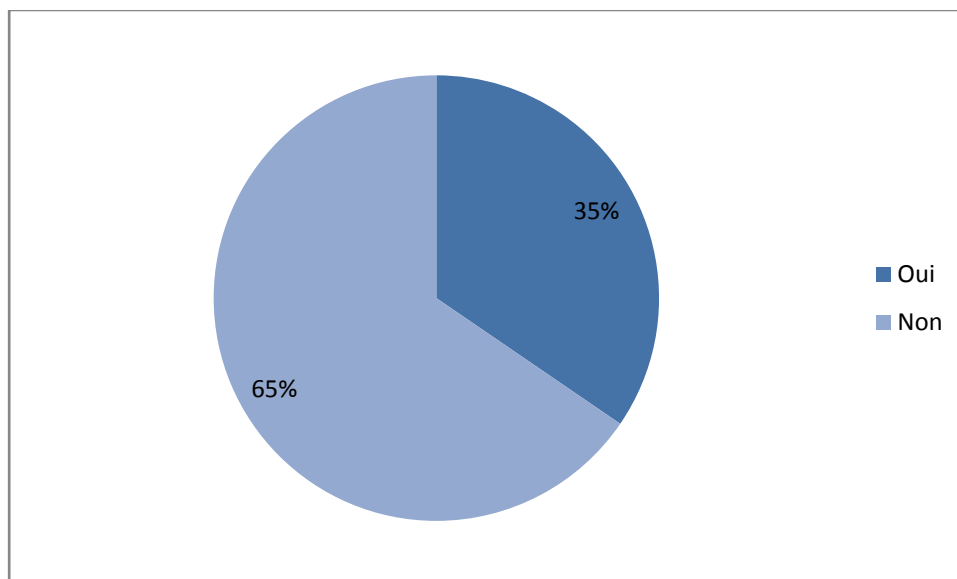


Figure 29 : l'hospitalisation.

Commentaire : selon le tableau 28, 35% des patients sont hospitalisés au nombre de 2 à 3 fois et pour 15 à 21 jours.

❖ **Traitement prescrit (question 11).**

Tableau 29 : traitement prescrit (question 11).

Traitement	Laroxyl	fluoxétine	zoloft	escitalopram	depretine	deroxat	Baltaxine
Nombre	35	26	5	7	5	1	2
Pourcentage	63%	47%	9%	13%	9%	2%	4%

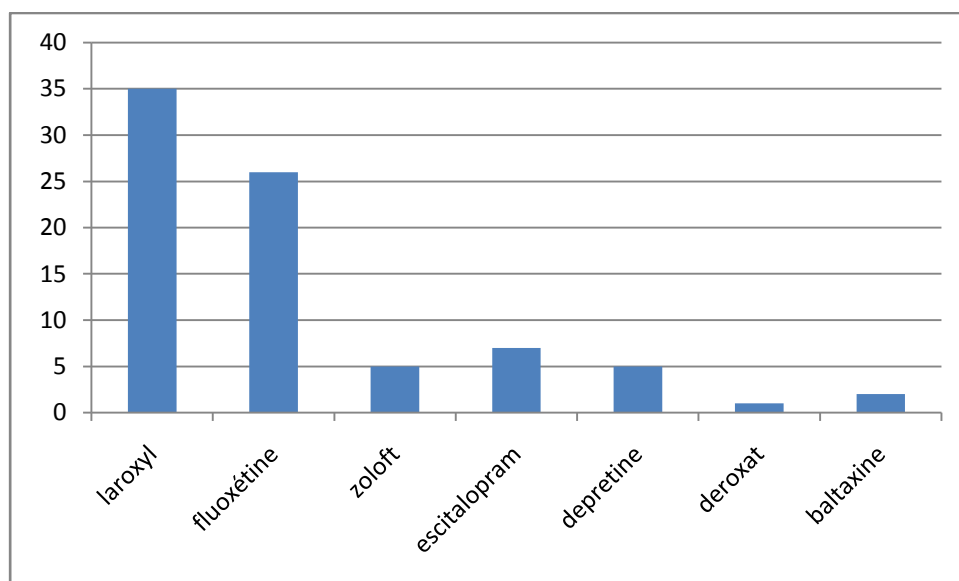


Figure 30 : le traitement prescrit.

Tableau 30 : les classes d'antidépresseurs prescrits.

Classe d'antidépresseur	ATC	ISRS	ISRSNa
Nombre	35	44	2
Pourcentage	63%	80%	4%

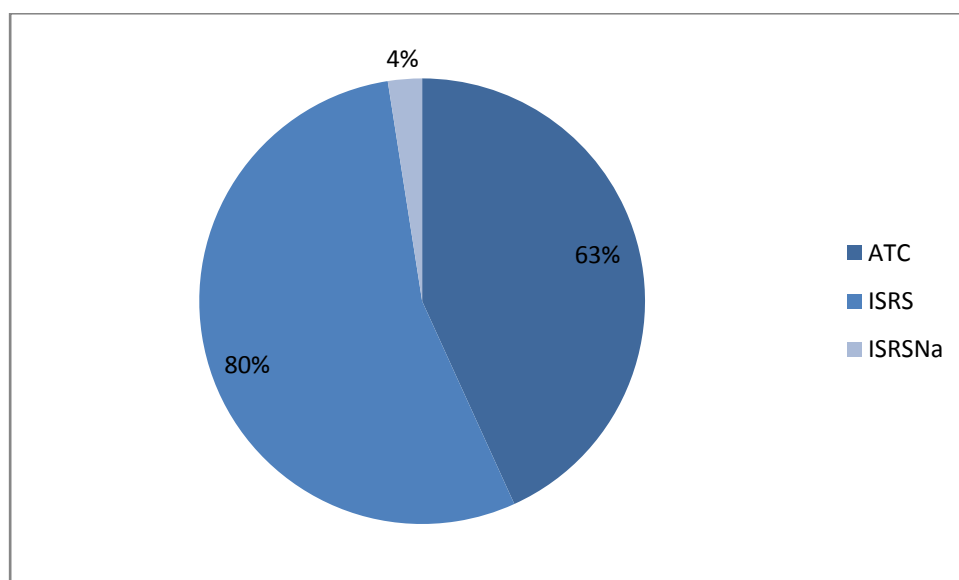


Figure 31 : les classes d'antidépresseur prescrites.

Commentaire : Comme le montre la Figure 31 ci-dessus, sur 55 patients, la très grande majorité est traitée par ISRS (80%), soit 44 patients. Les deux molécules les plus souvent rencontrées sont la Fluoxétine et l'Escitalopram. Pour le reste, on retrouve des ATC (63%), principalement Laroxyl, mais son utilisation a visé anxiolytique et non antidépresseurs, et des ISRSNa (4%), principalement la Baltaxine.

❖ **Comment tolérez-vous ce médicament ? (question12).**

Tableau 31 : la tolérance des patients aux antidépresseurs.

Effets	toléré	Gênant	Insupportable
Nombre	38	15	2
Pourcentage	69%	27%	4%

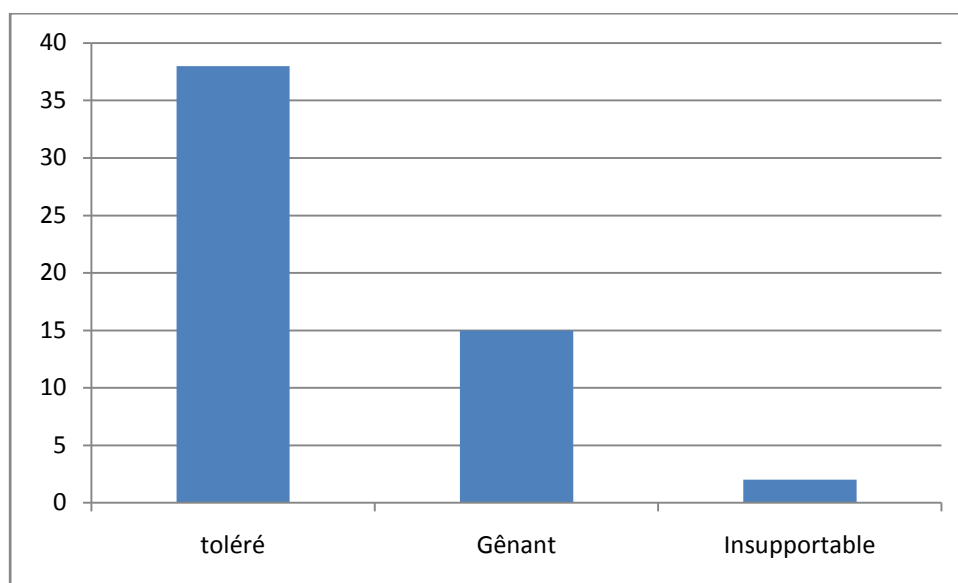


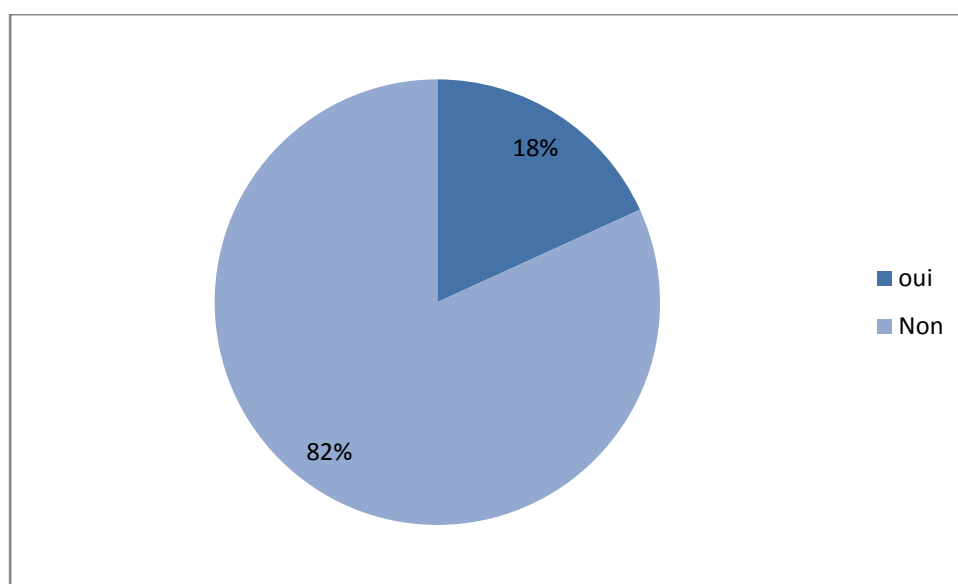
Figure 32 : la tolérance des patients aux antidépresseurs.

Commentaire : selon le tableau 31 et la figure 32, 69% des patients ont une tolérance pour leur traitement seulement 27% qui ont des effets gênants et Parmi ces effets : Asthénie, nausée, vomissement, Anxiété, et somnolence.

❖ Avez-vous une maladie chronique ? (question13)

Tableau 32: la présence ou non d'une maladie chronique.

Présence de maladie chronique	Oui	Non
Nombre	10	45
Pourcentage	18%	82%

**Figure 33 : la présence ou non d'une maladie chronique.**

Commentaire : selon la figure 33, une minorité des patients qui ont une maladie chronique et parmi ces maladies : on trouve le diabète, hypertension artérielle, hépatite, et l'asthme.

❖ Prenez-vous votre traitement de la même pharmacie ?(Question14)

Tableau 33 : l'habitude de prendre le traitement de la même pharmacie ou non.

Habitude	oui	Non
Nombre	29	26
Pourcentage	53%	47%

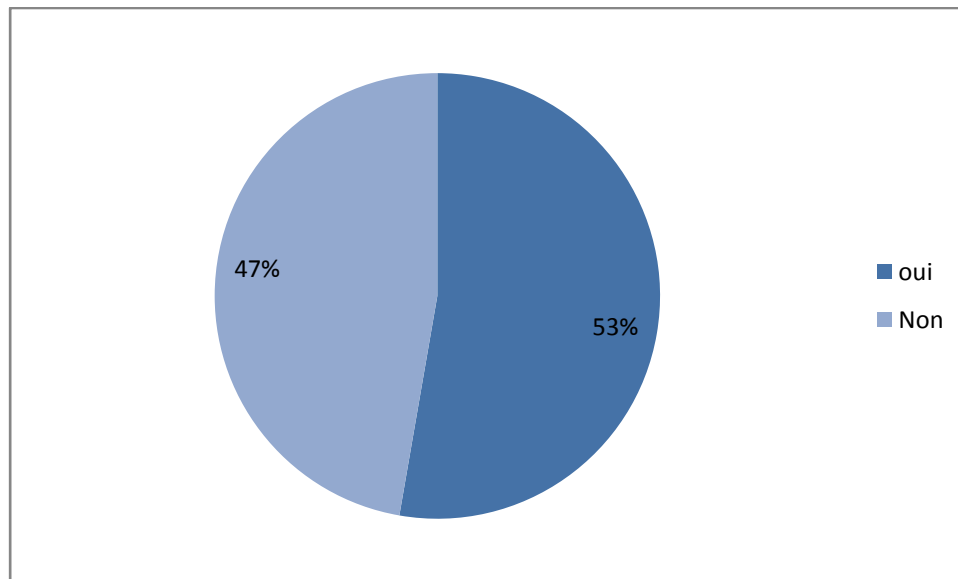


Figure 34 : l'habitude de prendre le traitement de la même pharmacie ou non.

Commentaire : plus que la moitié des patients (53%) prennent leur traitement de la même officine.

❖ Pourquoi vous prenez votre traitement de la même pharmacie ?

Tableau 34: Les arguments de prendre le traitement de la même pharmacie.

Propositions	Nombre	Pourcentage
Confiance au même pharmacien	15	52%
Qualité des conseils	3	10%
Rapidité	2	14%
Proximité	15	52%
Disponibilité	26	90%

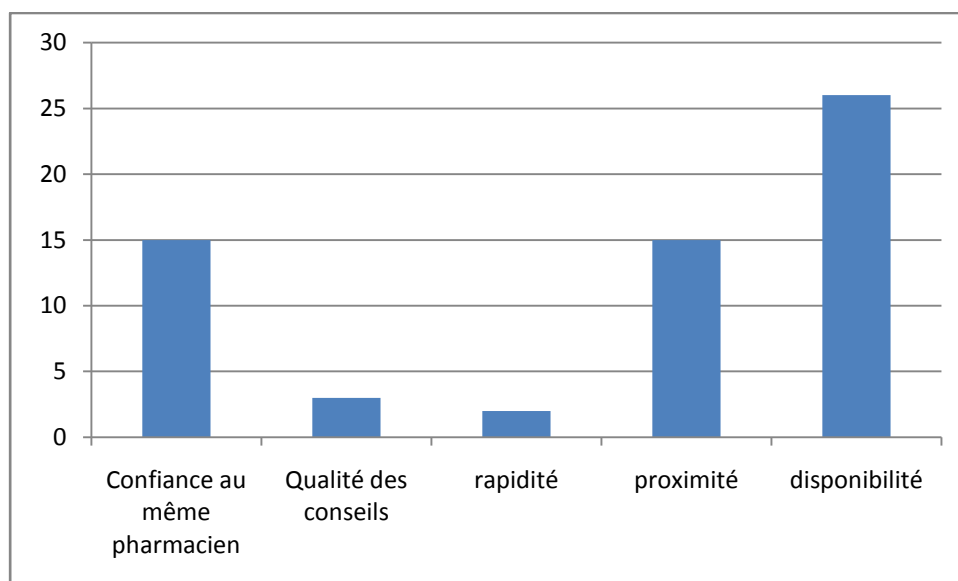


Figure 35 : les arguments de prendre le traitement de la même pharmacie.

Commentaire : Concernant le choix du lieu de délivrance de leur traitement, les patients dépressifs souhaitent donc pouvoir repartir avec leur traitement sans devoir revenir chercher celui-ci. Nous pouvons voir aussi qu'une grande partie des patients font de la proximité et la confiance des critères plus importants que la qualité du conseil et la rapidité donné par le pharmacien.

❖ **Pourquoi vous ne prenez pas votre traitement de la même pharmacie ?**

Tableau 35 : Les arguments de ne pas prendre le traitement de la même pharmacie.

Proposition	Nombre	Pourcentage
Le médecin m'explique bien, je n'ai pas besoin des conseils du pharmacien	5	19%
Pharmacien n'est pas important	1	4%
Rapidité	2	8%
Proximité	8	31%
Disponibilité	24	92%

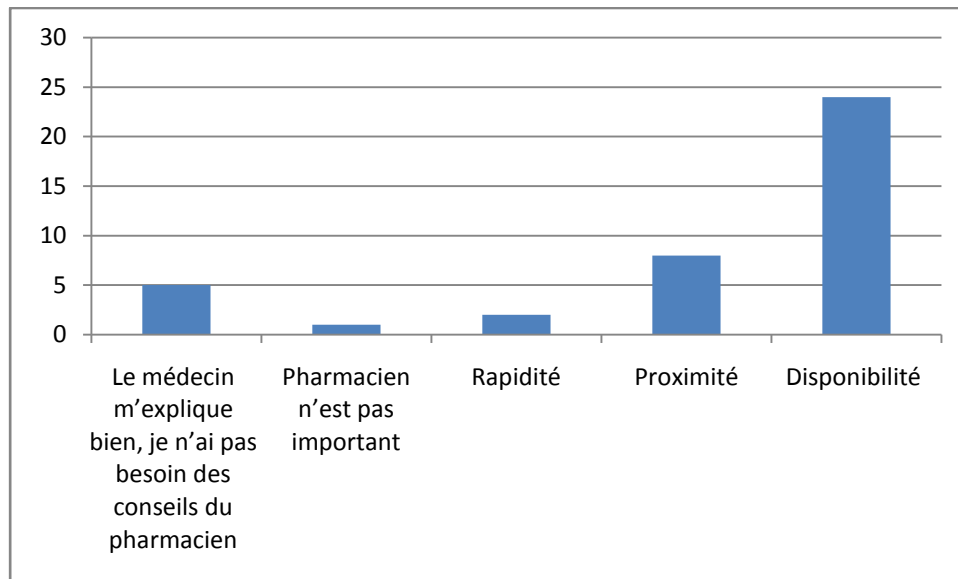


Figure 36 : les arguments de ne pas prendre le traitement de la même pharmacie.

Commentaire : la disponibilité des médicaments est l'argument le plus retrouvé dans notre échantillon. Nous constatons que la majorité des pharmaciens évitent de s'approvisionner en psychotropes pour des raisons sécuritaires.

❖ **Quel est le temps moyen que vous accorde le pharmacien lorsqu'il vous dispense vos médicaments? (Question 15)**

Tableau 36 : Le temps moyen qu'aborde le pharmacien lorsqu'il dispense les médicaments aux patients dépressifs.

Temps	0-5 MIN	5-10 MIN	10-15 MIN	15-20 MIN
Nombre	43	10	1	1
Pourcentage	78%	18%	2%	2%

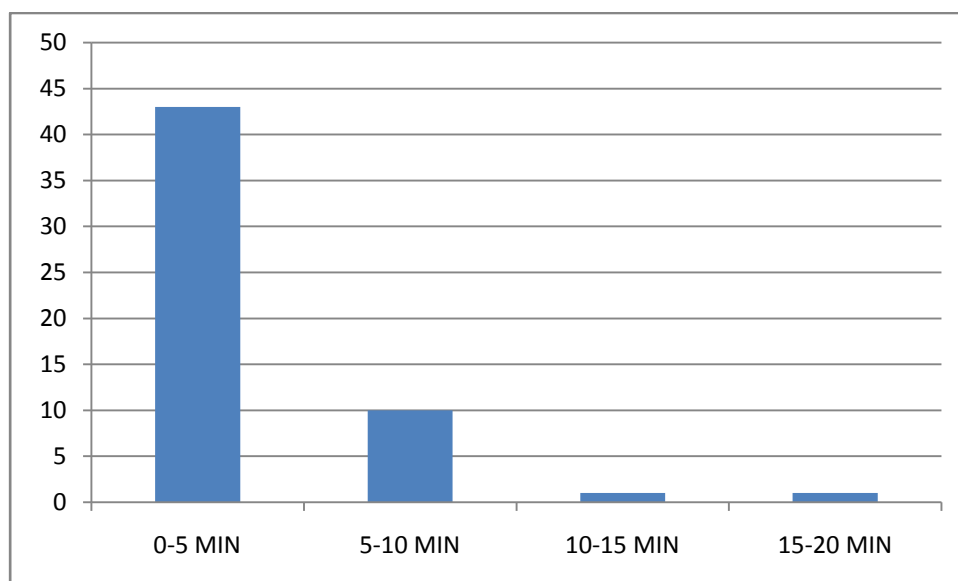


Figure 37 : le temps moyen qu’aborde le pharmacien lorsqu’il dispense les médicaments aux patients dépressifs.

Commentaire : la majorité (78%) des patients dépressifs annoncent que le temps moyen qu’aborde le pharmacien lors de dispensation de traitement est de 0-5min.

❖ **Quel sont les conseils que votre pharmacien aborde avec vous ?(Question16)**

Tableau 37 : Les conseils que le pharmacien aborde avec les patients dépressifs.

Proposition	Nombre	Pourcentage
Posologie et horaire	52	94%
Intérêt de chaque médicament	12	22 %
Effets indésirables possibles	10	18%
Interactions médicamenteuses éventuelles	5	10%
Modalités d'utilisation (pour un nouveau médicament)	40	73%
Conditions de conservation	2	4%

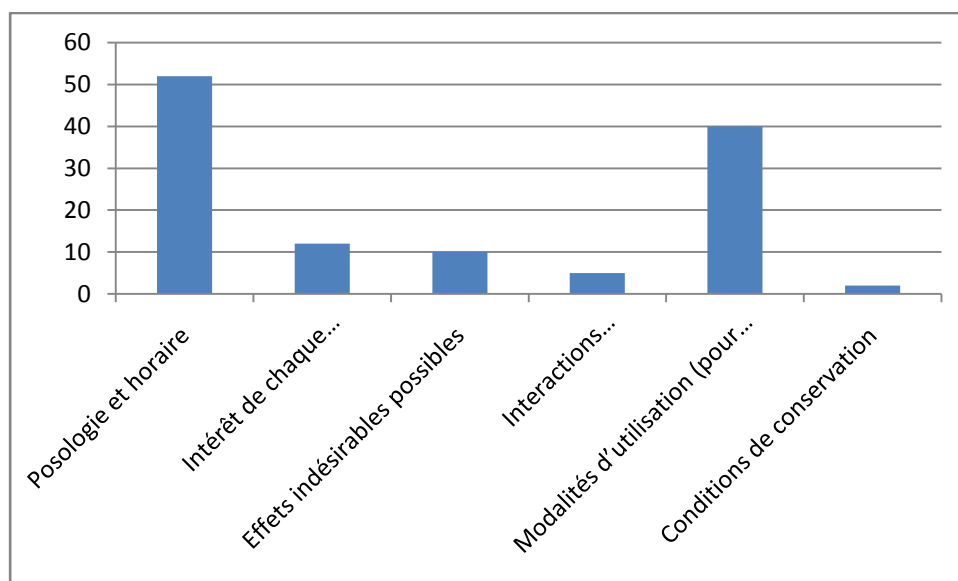


Figure 38 : Les conseils que le pharmacien aborde avec les patients.

Commentaire : Selon le tableau37 et la Figure 38 quasiment la totalité des pharmaciens abordent avec le patient dépressifs, la posologie et horaire (94%) et les modalités d'utilisation pour un nouveau médicament (73%). en négligeant de discuter les interactions médicamenteuses éventuelles (10%). Les autres points sont abordés uniformément.

❖ **Est-ce que le pharmacien vous rappelle sur la psychothérapie à effectuer ? (question18).**

Tableau 38 : rappel sur la psychothérapie.

Question 18	Oui	Non
Nombre	13	42
Pourcentage	24%	76%

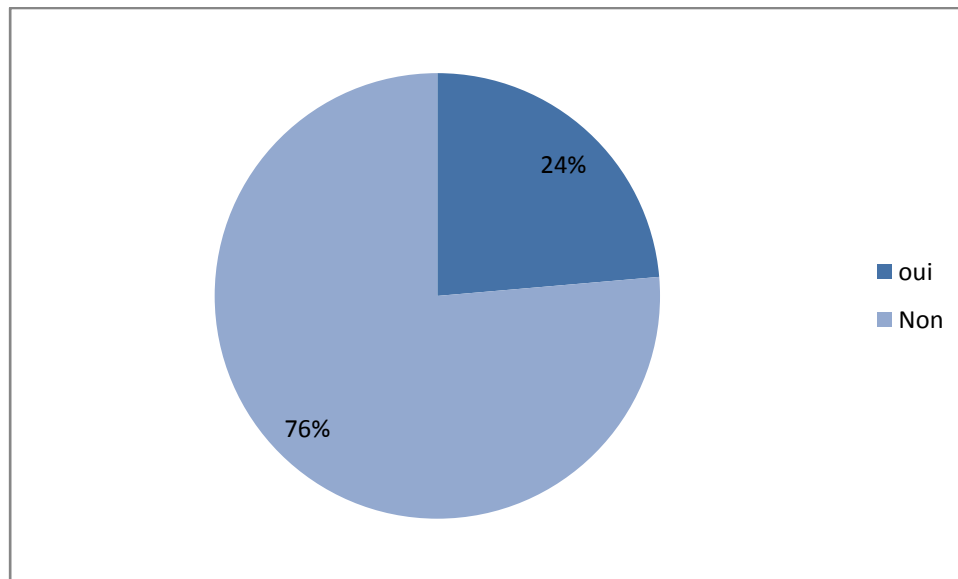


Figure 39 : le rappel sur la psychothérapie.

Commentaire : la majorité des pharmaciens (76%) ne font pas un rappel sur la psychothérapie.

❖ Est-ce que le pharmacien vous rappelle sur les complications dues à la prise incorrecte des antidépresseurs ? (question19).

Tableau 39 : rappel sur les complications dues à la prise incorrecte des antidépresseurs.

Question 19	Oui	Non
Nombre	18	37
Pourcentage	33%	67%

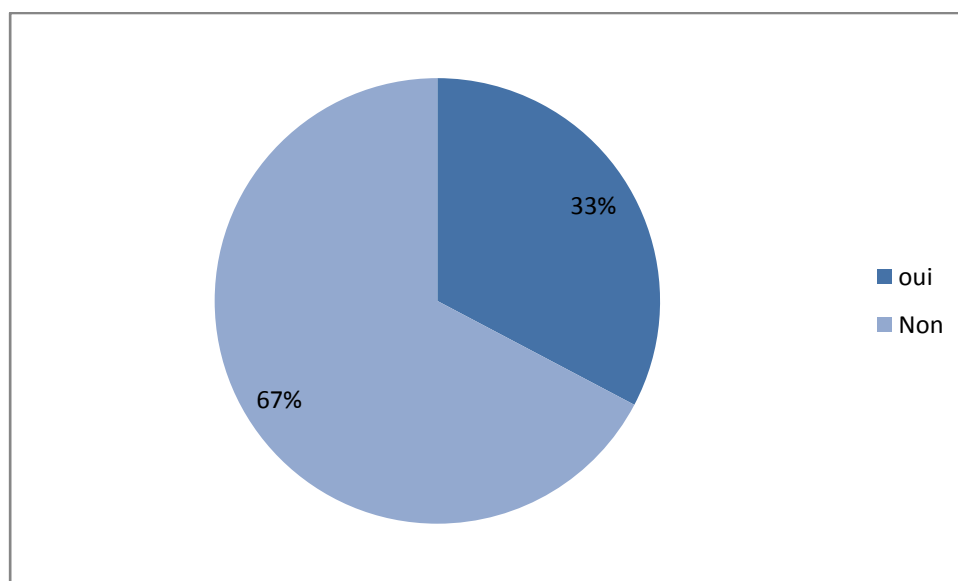


Figure 40 : le rappel sur les complications dues à la prise incorrecte des antidépresseurs.

Commentaire : la plupart des pharmaciens (67%) ne font pas un rappel sur les complications dues à la prise incorrecte des antidépresseurs.

❖ **Ressentez-vous des difficultés ou identifiez-vous des facteurs limitant l'entretien pharmaceutique. (Question20)**

Tableau 40 : Les difficultés ou les facteurs limitant l'entretien pharmaceutique.

Proposition	Nombre	Pourcentage
Place d'entretien	25	45%
Termes scientifiques	20	36%
Manque de temps	13	24%
Manque de formation	10	18%
Manque de communication	20	36%

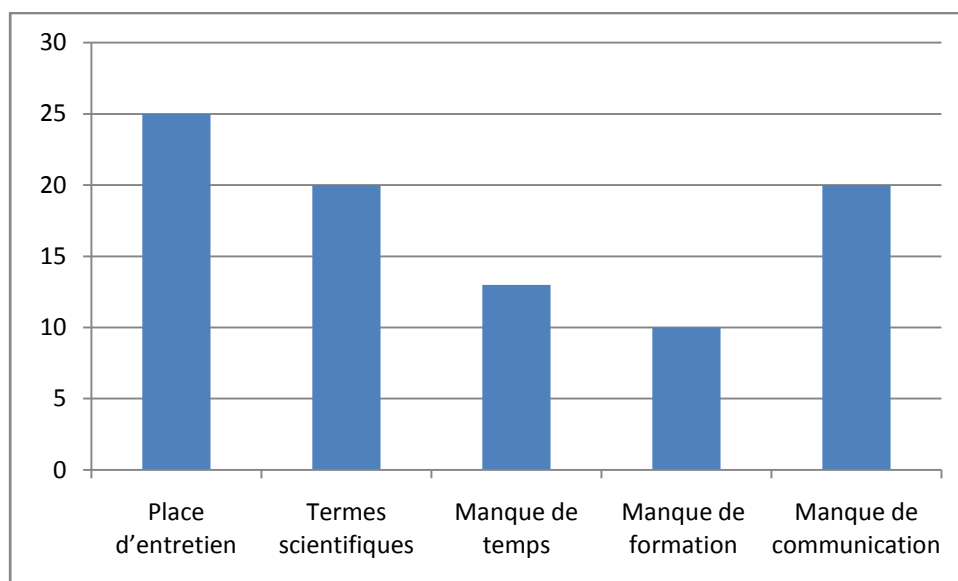


Figure 41 : les difficultés ou les facteurs limitant l'entretien pharmaceutique.

Commentaire : Selon le Tableau 40 et la Figure 41, 45% des patients se plaignent du manque de place d'entretien.

Le tiers restant des patients ne trouve aucunes difficultés ou facteurs limitant l'entretien pharmaceutique.

❖ **Est-ce-que vous-pratiquez du sport ? (question 21)**

Tableau 41: l'habitude des patients de faire du sport.

Pratique du sport	Oui	Non
Nombre	20	35
Pourcentage	36%	64%

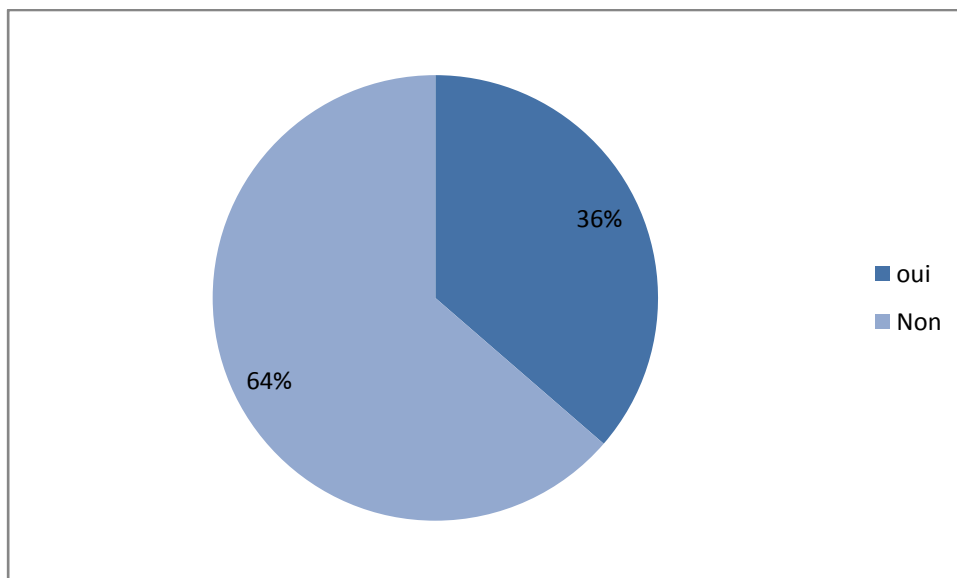


Figure 42 : l'habitude des patients de faire du sport.

Tableau 42: si oui, la fréquence de pratique du sport.

Fréquence	Quotidiennement	1à2 fois/semaine
Nombre	2	18
Pourcentage	10%	90%

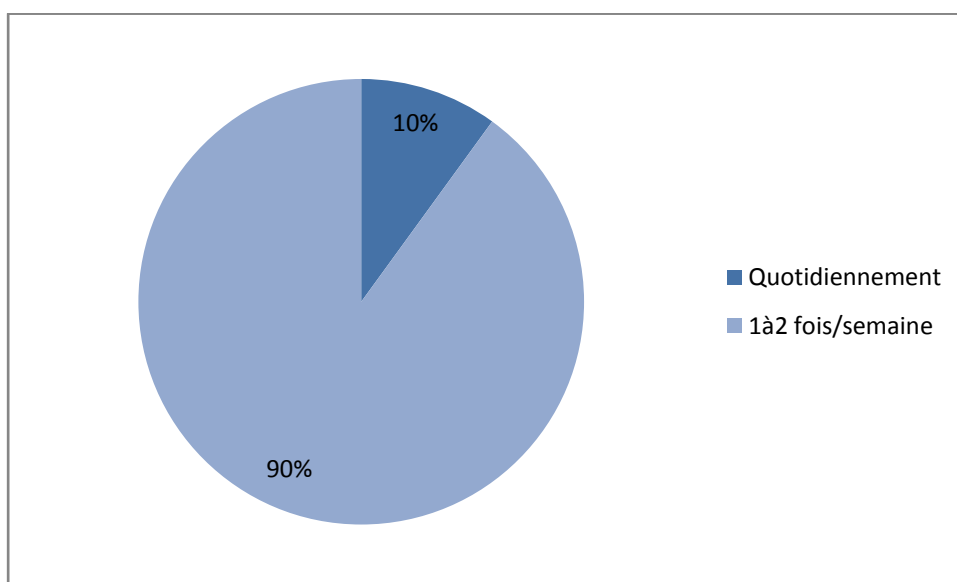


Figure 43 : la fréquence de pratique du sport.

Commentaire : 64% des patients ne pratiquent pas du sport, malgré son rôle dans l'amélioration de l'état du patient.

❖ **Quels sont les critères de choix pour une pharmacie? (question 22)**

Tableau 43 : les critères de choix pour une pharmacie.

Critère	emplacement	accueil	Qualité du service	conseils	Disponibilité
Nombre	15	33	4	15	53
Pourcentage	27%	60%	7%	27%	96%

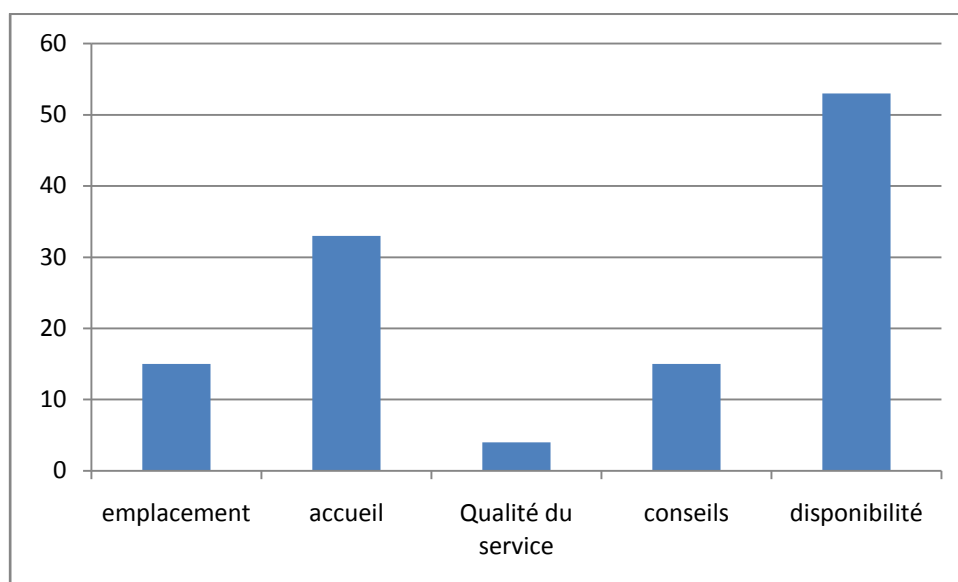


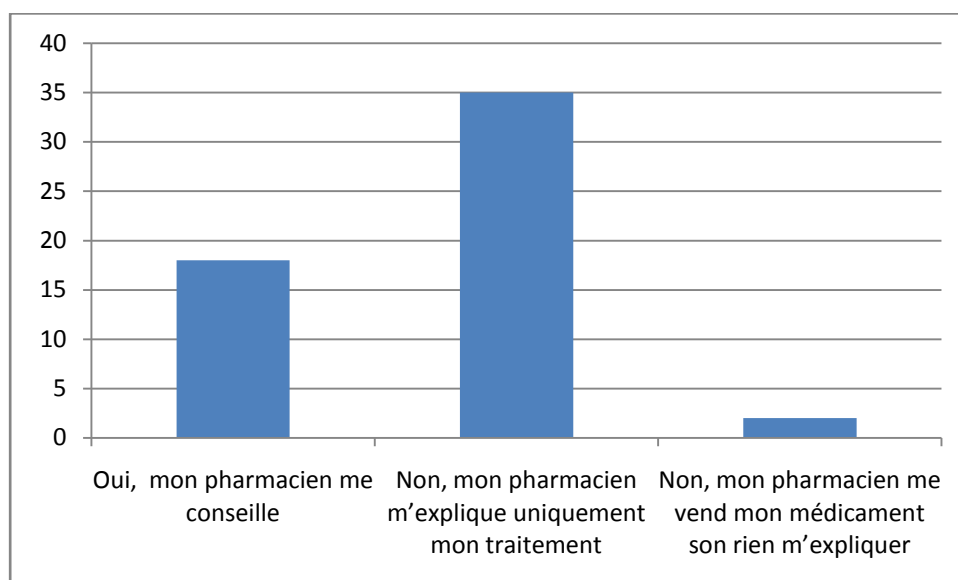
Figure 44 : les critères de choix pour une pharmacie.

Commentaire : concernant les critères de choix de la pharmacie, les patients insistent sur la disponibilité (96%) et accueil (60%) avec un degré moins (27%) sur l'emplacement et les conseils.

❖ **Votre pharmacien vous-donne-t-il des conseils hors ceux liées à la posologie et le mode d'emploi liés à votre traitement ? (question 23)**

Tableau 44: l'habitude du pharmacien a donné des conseils hors ceux liées au traitement.

Question 23	Nombre	Pourcentage
Oui, mon pharmacien me conseille	18	33%
Non, mon pharmacien m'explique uniquement mon traitement	35	64%
Non, mon pharmacien me vend mon médicament son rien m'expliquer	2	3%

**Figure 45 :** l'habitude du pharmacien a donné des conseils hors ceux liées au traitement.

Commentaire : 64% des patients interrogés ont répondu que le pharmacien explique uniquement leurs traitements, et 2% dénoncent que le pharmacien n'explique rien concernant leurs traitements contre 33% qui ont répondu par oui.

V. Discussion

La dépression constitue un trouble mental fréquent, caractérisé par la tristesse, la perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de faible estime de soi, des troubles du sommeil ou de l'appétit, d'une sensation de fatigue et d'un manque de concentration.

Elle peut être de longue durée ou récurrente, et porte essentiellement atteinte à la capacité des personnes à fonctionner au travail ou à l'école, ou à gérer les situations de la vie quotidienne. Dans les cas les plus graves, la dépression peut conduire au suicide. Lorsqu'elle est légère, la dépression peut être traitée sans médicaments. Cependant, lorsqu'elle est modérée ou grave, les patients peuvent avoir besoin de médicaments et d'une thérapie par le dialogue.

Les agents de santé non spécialisés peuvent diagnostiquer la dépression de façon fiable et traiter celle-ci dans le cadre des soins de santé primaires. Les soins spécialisés sont cependant nécessaires pour une faible proportion de personnes souffrant d'une dépression complexe ou qui ne réagissent pas aux traitements de première intention.

La dépression commence souvent à un jeune âge. Elle touche plus souvent les femmes que les hommes, et les personnes sans emploi sont également à haut risque (L'organisation mondiale de la santé le 07 avril 2).

La dépression, maladie mentale la plus fréquente, représente un problème majeur de santé publique : près d'une personne sur cinq a souffert, souffre ou souffrira d'une dépression au cours de sa vie. Malgré des avancées en matière de dépistage et la découverte de nouvelles stratégies thérapeutiques, la dépression entraîne de nombreuses complications. Selon l'OMS, en 2020, elle deviendrait la 2ème cause d'invalidité à travers le monde derrière les pathologies cardiovasculaires.

L'analyse de nos résultats dans l'échantillon travaillé, nous permet de retrouver que : La grande majorité des patients interrogés sont des hommes avec un sexe ratio 54. Contrairement à la théorie qui dit que la dépression affecte en moyenne deux fois plus les femmes que les hommes. Les facteurs hormonaux ainsi que les caractéristiques Psychologiques pourraient expliquer en partie cette prédominance chez les femmes. Cette lacune d'étude est justifiée dans notre échantillon par la stigmatisation qui pousse les femmes de consulter dans des cabinets privés afin d'éviter les préjugés de la société. Plus que la moitié (53%) des dépressifs interrogés sont des chômeurs. Ce facteur socioéconomique (chômage) peut provoquer la survenue de symptômes dépressifs en raison

des difficultés financières qui en découlent, de l'isolement et d'une perte de la reconnaissance personnelle.

Le statut marital influence significativement le taux de dépression majeure : d'une manière générale, les personnes célibataires qui représentent dans notre pratique 74% des cas connaissent plus de dépression ; Le support et l'interaction sociale, l'emploi, la stabilité dans les relations familiales et de couple sont par contre des facteurs protecteurs par rapport à la dépression.

Certaines maladies, comme, le diabète, les problèmes de santé touchant à l'autonomie fonctionnelle.

Dans la pratique officinale quotidienne, le pharmacien se trouve souvent confronté à un patient qui devrait recevoir plus d'attention en ce qui concerne le type de conseils et le temps consacré à cet entretien pharmaceutique.

En effet, 75% des pharmaciens qu'on a interrogés déclarent recevoir 1 à 5 patients dépressifs par jour.

On note que des pharmaciens interrogés (52.5%) signalent accorder une durée dite optimale de 10-15 min (avec une moyenne de 12 min). cette durée est jugée - par les questionnés - supérieur au temps accordé aux autres patients. En parallèle, une majorité des patients questionnés (78%) déclarent être réceptionnés de 0-5 min par le pharmacien lors de dispensation du traitement.

La grande majorité, des pharmaciens enquêtés (78.5%) déclarent avoir l'habitude de conseiller dans leur pratique officinale les patients dépressifs, cinq ont répondu par non pourtant ; ils ont poursuivis à répondre à la suite du questionnaire.

Nous allons faire une comparaison entre les réponses des pharmaciens et celles des patients en ce qui concerne la pratique de l'entretien pharmaceutique.

V.1 Eléments abordés lors du conseil au patient dépressif :

V.1.1 Concernant la posologie et horaire, modalité d'utilisations de l'antidépresseur

Selon les réponses collectées, les pharmaciens affirment qu'ils abordent très souvent (97.5% des cas) avec les patients la posologie et horaire, et pour les modalités d'utilisation sont abordées dans (77.5 %), ce qui est vérifié avec les réponses des patients pour la posologie (95%) et les modalités (73%).

V.1.2 L'intérêt de chaque médicament, les interactions médicamenteuses possibles et les effets secondaires :

Cette enquête révèle néanmoins quelques lacunes concernant le conseil du pharmacien. En effet, les patients ne reçoivent qu'à 22% des cas des informations sur l'intérêt de chaque médicament par le pharmacien (ce dernier déclare le faire dans 62.5% de cas).

De même, notons que les patients n'acquièrent qu'à 10% des cas des informations par leur pharmacien quant aux interactions médicamenteuses possibles avec leur traitement et parfois ignorent complètement cette notion. Un pourcentage de 18% est observé par rapport aux effets secondaires éventuels. Ces constats sont à mettre en lien avec les pharmaciens qui signalent le faire dans 45% des cas, et 27.5% sur les interactions possibles.

V.1.3 Le rappel sur la psychothérapie :

La psychothérapie est globalement rappeler (20%) des cas d'après les pharmaciens, ce pourcentage est compatible avec la réponse des patients (24%). Cela peut être dû au fait que le pharmacien laisse au psychiatre d'insister sur ce point. Le pharmacien pourra revenir à ce point lors de prochaines discussions avec le patient.

La psychothérapie est primordiale dans le traitement, il est crucial de l'aborder régulièrement au comptoir.

V.1.4 Complications :

Les pharmaciens déclarent aborder ce point d'une manière fréquente (76%). Il reste peu réaliste car le taux des patients recevant des informations sur les complications est de 24%.

La sensibilisation des patients compte aux complications a pour objectif d'éviter la mauvaise observance dont le taux est aussi élevé dans les pathologies psychiatriques que dans les pathologies médicales (diabète, hypertension artérielle), pour les traitements chroniques [81]. Environ 50% des patients ne prennent pas correctement le traitement prescrit. [82]

Les traitements antidépresseurs ne sont pas épargnés. Ils sont sujets à un fort taux d'inobservance, jusqu'à 70% [83], responsable en grande partie de l'inefficacité constatée des traitements [84].

V.2 Facteurs limitant l'entretien pharmaceutique :

Concernant les obstacles rencontrés et les facteurs limitant la pratique de l'entretien pharmaceutique, la majorité des pharmaciens se plaignent du niveau intellectuel et l'aptitude des patients cela peut être dû à la difficulté de trouver des termes simples et compréhensifs pour le patient. C'est également un obstacle reconnu par 36% des patients. Ce ci est du en partie à la différence de langue utilisée au cursus universitaire et à celui de la vie quotidienne. Il est à noter que les obstacles sont beaucoup plus perçus par les pharmaciens que les patients dépressifs.

V.3 Questions ouvertes

V.3.1 Médicaments déconseillés à prendre pour un patient

Arrivant à la question ouverte qui concerne les médicaments déconseillés à prendre pour un patient dépressif, la réponse a été d'éviction des neuroleptiques, antihypertenseurs, les antihistaminiques, les contraceptifs, alcool et aussi la phytothérapie (millepertuis), Et la consommation du fromage (effet fromage).

V.3.2 Proposition des nouvelles méthodes pour améliorer le statut de conseils pharmaceutiques aux patients dépressifs en Algérie :

Pour atteindre notre deuxième objectif nous avons mis à la disposition des pharmaciens et les patients une question ouverte pour exprimer leurs idées, leurs pensées et pour donner librement leurs propositions afin d'améliorer la qualité de conseils pharmaceutiques aux patients dépressifs, mais on a trouvé un problème avec les patients pour cette questions la cause qui nous a poussé de la supprimer, cela est due d'une part de la spécificité de la maladie (dépression) et le manque de communication, et d'autre part au manque du confiance puisque le pharmacien est limité par la loi dans la dispensation des psychotropes à cause de l'usage illicite de ces derniers.

Les réponses des pharmaciens sont très variées :

- La création des espaces de confidentialité au niveau de l'officine est indispensable pour être plus à l'aise lors de la Communication avec le patient.
- Améliorer l'observance par la distribution des brochures
- Un contact permanent avec les prescripteurs pour l'échange des informations nécessaires.
- Créer un dossier médical, contenant l'historique médicamenteux du patient.
- Organiser des formations sur les entretiens (pharmacien-patient).

- Attribuer assez de temps pour cette catégorie de patients.
- Des journées de sensibilisation dans chaque pharmacie

V.4 Forces et limites de l'étude :

Avoir recours au questionnaire écrit comme outil d'investigation a l'avantage de donner aux pharmaciens et aux patients l'occasion de répondre librement et précisément aux questions, une cible que nous ne pouvions pas atteindre par d'autres moyens d'investigation.

Le choix du questionnaire comme outil d'investigation présente aussi quelques limites. En effet, les réponses obtenues ne reflètent pas toujours la réalité du terrain et on est tenu à croire sur parole les réponses fournies par le pharmacien/patient. Pour cela notre choix de cible aussi bien le pharmacien que le patient était justement pour confronter leurs réponses et avoir une appréciation plus juste de ce qui se passe réellement lors de l'entretien pharmaceutique.

L'utilisation des questions fermées avec des propositions fixes a permis de cadrer les réponses des patients et des pharmaciens et ainsi nous faciliter l'exploitation des résultats. Par contre, il était impératif que le questionnaire soit bien conçu initialement pour cerner toutes les propositions possibles.

Après la distribution des questionnaires et en vu des réponses des pharmaciens et des patients on a trouvé qu'il y a des points il aurait fallu rajouter dans le questionnaire. Par exemple, dans le temps accordé par les pharmaciens lors de la dispensation des médicaments il fallait préciser que le temps soit de l'entretien pharmaceutique seulement et pas le temps total de dispensation (tâches administratives : ordonnancier).

D'autres obstacles ont été rencontrés lors de la diffusion du questionnaire surtout auprès des pharmaciens. Il s'agit du refus de répondre au questionnaire, de prétendre de ne pas avoir assez de temps pour répondre et de donner des réponses incomplètes qui nous ont obligés à exclure tout le formulaire.

Conclusion

Le pharmacien d'officine représente un professionnel de santé très accessible par l'amplitude des horaires d'ouverture de l'officine mais également par la relation de confiance avec le patient et qui s'est installée au cours des années.

Le pharmacien actuellement voit une modification, un élargissement de ces fonctions suite aux nouvelles missions qui lui ont été confiées notamment en matière d'éducation thérapeutique qu'il pourra mettre au profit dans le cadre des maladies tel que la dépression.

A travers l'enquête que nous avons menée auprès des pharmaciens d'officine sur la dépression .Dans les wilayas d'Alger, Blida et Médéa.

Nous avons pu constater que la grande majorité des pharmaciens reçoivent quotidiennement un nombre important de patients dépressifs qu'ils ont l'habitude de conseiller dans leur pratique officinale. Ils ont conscience du rôle important qu'ils peuvent jouer en terme de conseil au patient, malgré les difficultés rencontrés au cours leur exercice en raison du niveau intellectuel et l'aptitude des patients et le manque de temps pour mettre au profit toutes leurs connaissances et services auprès des patients dépressifs d'une part. D'autres parts, à cause du manque d'informations et de formation au cours de leur cursus universitaires en matière de conseil aux patients dépressifs.

Cette enquête nous a révélé néanmoins quelques lacunes concernant cet entretien pharmaceutique : Le rôle du pharmacien n'est malheureusement pas bien reconnu ni bien apprécié à sa juste valeur pour le moment. D'autant plus, qu'il semble parfois difficile à s'organiser correctement en Algérie : le conseil est diversifié mais peu coordonné, les méthodes développés sont hétérogènes et ne suivent pas systématiquement des étapes identifiées d'une méthodologie standardisé.

Pour cette raison, nous proposons un certain nombre de suggestions afin d'améliorer l'activité du conseil pharmaceutique destiné au patient et notamment le patient dépressif :

- Apprécier le rôle du pharmacien comme un professionnel majeur et important dans le système de santé et faire un lien entre les différents acteurs de santé et organiser des journées de sensibilisation.
- prévoir une formation continue postuniversitaire notamment concernant la méthodologie du conseil à l'officine.

- Amener le pharmacien à se rendre plus disponible pour les patients, à organiser un espace confidentialité dédié au conseil du patient et à sensibiliser et à mobiliser l'ensemble de son équipe.
- La présence régulière du pharmacien dans leurs officines sauf en cas d'urgence ou des préoccupations, il doit assurer la présence d'un personnel qualifié et compétent pour mettre la santé du patient en première place.

Enfin, il est important de confirmer que le pharmacien reste un professionnel de santé et qui doit contribuer par ces conseils au bon usage des médicaments et au bien être du patient.

Références bibliographiques

- [1] site d'internet wikipedia.org, consulté le 04/01/2019.
- [2] livre de C.Arbusio/ J.C.Arrousse-Bastide : psychologie clinique : débats et enjeux. La psychologie clinique en dialogue 2002-page 146.
- [3] Barlow ; *Abnormal psychology: An integrative approach (5th ed) Belmont, CA, Etats-Unis, Thomson Wordsworth 2005 pages 248-249.*
- [4] Prise en charge d'un élément dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire. Service des recommandations et références professionnelles. Argumentaire. ANAES. 2002 ; 85p.
- [5] <https://www.etat-depressif.com/depression/histoire-epidemiologie/> consulté le 13/05/2019
- [6] Eisinger P. Syndrome dépressif. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Traité de Médecine Akos, 7-0080, 2008.
- [7] Goodwin FK, Jamison KR. *The manic-depressive illness*. New York: O.U. Press; 1990 (938p).
- [8] Stahl S et al. Psychopharmacologie essentielle : 2ème édition. Médecine-Sciences Publications. 2010 ; 453-666.
- [9] Varache-Lembège M. La dépression au XXIème siècle. Bull. SoC, Pharm. Bordeaux. 2007 ;131-148.
- [10] Vinet J. Implication des calcium/calmoduline-dépendante kinases et du facteur neurotrophique BDNF dans le mécanisme d'action des antidépresseurs. Thèse de doctorat en neurologie. 2005. Disponible sur <http://theses.ulaval.ca/archimede/fichiers/22416/22416.html>. Consulté le 23/01/19.
- [11] Duval F. Endocrinologie et psychiatrie. Encycl Méd Chir. 2003 ; 28 p.
- [12] Antidépresseurs et neuroplasticité : le rôle du glutamate. disponible sur : http://www.neuroplasticite.com/therapeutiques/therapeutiques_medicamenteuses/roleglutamate.htm. Consulté le 23/01/19.
- [13] Goudemand M. Les états dépressifs. Éd. Lavoisier Médecine-Sciences Publications. 2010 ;578 p.
- [14] Siegfried Peretti C. Comprendre et soigner la dépression. Elsevier Masson, Coll. Médecine et psychothérapie. 2013 ; 248p.
- [15] Gorwood P. Dépressions sévères : gènes et environnement. L'Encéphale. 2009 ; 35 (7) : 306–309.

- [16] Beck AT et al. Cognitive therapy of depression. Guilford Press. 1979 ; 425p.
- [17] Bordet R. Une pharmacologie des antidépresseurs à revisiter : l'exemple du escitalopram. L'encéphale. 2008 ; 34 (3) : 105-110.
- [18] Patients traités par antidépresseur. Revue Prescrire. 2008 ; 290 : 164-73.
- [19]: thérapeutique pour le pharmacien psychiatrie De Jean-Michel Pinoit, François Gimenez, Jean-Paul Belon page3.
- [20] : FERRERI F, AGBOKOU C, NUSS P, PERETTI CS Clinique des états dépressifs, EMC-Psychiatrie, Paris, Elsevier-Masson, 2006, 37-110-A-10.
- [21] : www.who.int (consulté le 7 février 2019).
- [22] Sadock, Kaplan et Alcott Sadock 2003, p. 288.
- [23] Manuel de psychiatrie (3e édition) 2017 p294, 295.
- [24] : Manuel de psychiatrie (3e édition) 2017 p294, 295
- [25] : Article-Dr Jesus Cardenas-Directeur médical de Doctissimo octobre 2017.
- [26] : Prise en charge des complications évolutives d'un épisode dépressif caractérisé de l'adulte. Synthèse des recommandations professionnelles et service d'évaluation médico-économique et santé publique. HAS. 2007 ; 110p.
- [27] : Article "Troubles dépressifs : Symptômes, diagnostic et évolution", site de l'Assurance Maladie .Consulté le 28 février 2019.
- [28] :guide-la dépression : en savoir plus pour en sortir page12- INPES – 2007.
- [29] : Rapport Itinéraire des déprimés, janvier 2001- page24.
- [30] Prise en charge d'un élément dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire. Service des recommandations et références professionnelles. Argumentaire. ANAES. 2002 ; 85p.
- [31] Dépression. Vidal recos. Consulté le 02/03/2019 sur e-Vidal. https://www.vidal.fr/recommandations/1567/depression/prise_en_charge/
- [32] ZARIFIAN E, LOO H Les antidépresseurs. Aspects biologiques, cliniques et thérapeutiques. Neuilly-sur-Seine, Laboratoire Roche, 1982, 475p.
- [33] Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (atih), *CIM-10FR*, version 2014, 884 p. (lire en ligne [archive]), p711 code T43.
- [34] Koupernik, C., H. Lôo, and E. Zarifian, Précis de psychiatrie. Flammarion médecine-sciences ed. 1982.
- [35] Lôo, P. and H. Lôo, La Dépression. PUF ed, ed. Q. sais-je? 1991. 127.

- [36] Anseau M, Pitchot W. -Revue des antidépresseurs. In : JD Guelfi, F Rouillon. Manuel de Psychiatrie, Eds Masson, 2007, 504-515.
- [37] Pitchot W, Dierick M, D'Haenen H. -Troubles affectifs. In : M Dierick, M Anseau, H D'Haenen, J Peuskens, P Linkowski. Manuel de Psychopharmacologie. Gent, Academia Press, 2003, 169-229.
- [38] Sala M, Coppa F, Cappucciati C, et al.- Antidepressants : their effects on cardiac channels, QT prolongation and torsade de pointes. Curr Opin Investig Drugs, 2006, 7, 256-263.
- [39] Debrun A, Pitchot W. -Impact des antidépresseurs au niveau pondéral. Acta Psychiatrica Belgica, 2009, 109, 5-11.
- [40] Flockhart DA, « Dietary restrictions and drug interactions with monoamine oxidase inhibitors: an update », J Clin Psychiatry, vol. 73, no Suppl 1, 2012, p. 17-24
- [41] Cyrielle KONNE-thèse-la depression: physiopathologie, prise en charge, rôle du pharmacien d'officine dans le suivi du patient dépressif-novembre 2012-p57.
- [42] CPS Monographie Sélégiline.
- [43] Nick Medford, « Understanding and treating depersonalization disorder » [archive], Advances in Psychiatric Treatment (2005) (consulté le 15 mars 2019).
- [44] Cyrielle KONNE-thèse-la dépression : physiopathologie, prise en charge, rôle du pharmacien d'officine dans le suivi du patient dépressif-Novembre 2012-p66-67.
- [45] Dominique Milea-thèse-Usage et mésusage dans la prescription des antidépresseurs : l'apport des bases de données. Médecine humaine et pathologie. Université Claude Bernard - Lyon I, 2010. Français.-p31.
- [46] MONTILLOT Isaline : THESE : Les antidépresseurs et leurs associations aux anxiolytiques : évaluation du rapport bénéfice/risque-Mars 2016-p26/27/28/29/30.
- [47]https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Antidépresseur_tétracyclique&oldid=146104362 »consulté le 19 mars 2019.
- [48] Gartlehner. comparative benefits and harms of second -generation antidepressants for treating major depressive disorder. an updated meta-analysis. Ann Intern Med 2011.

- [49] Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Geddes JR, Higgins JP, Churchill R, et al. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet* 2009;373(9665):746-58.
- [50] Tursi MF and al. Effectiveness of psychoeducation for depression: a systematic review. *Aust N Z J Psychiatry*. 2013.
- [51] Küchenhoff. Psychothérapie dans la dépression. *Forum Med Suisse* 2012 ;12 :267-271.
- [52] Recommandations professionnelles ANAES. Indications et modalités de l'électroconvulsivothérapie. ANAES.1997; 88p.
- [53] Stahl S et al. Psychopharmacologie essentielle : 2ème édition. Médecine-Sciences Publications. 2010 ; 453-666.
- [54] Goudemand M. Les états dépressifs. Éd. Lavoisier Médecine-Sciences Publications. 2010 ; 578 p.
- [55] phytothérapie de la dépression p.Goetz 2010 p246 ,247,248.
- [56] les plantes de bonheur de Daniel scimeca p69,70.
- [57] La dépression chez l'adulte : en savoir plus pour s'en sortir. Repérer les symptômes, connaître les traitements, savoir à qui s'adresser. INPES. 2009 ; 92p.
- [58] Blake H. Physical activity and exercise in the treatment of depression. *Frontiers in Psychiatry*. 2012 ; 3 (106) : 4p.
- [59] La dépression chez l'adulte : en savoir plus pour s'en sortir. Repérer les symptômes, connaître les traitements, savoir à qui s'adresser. INPES. 2009 ; 92 93p.
- [60] Keitner G, Solomon D, Ryan C, et al. Prodromal and residual symptoms in bipolar I disorder. *Compr Psychiatry* 1996; 37 : 362-7.
- [61] Kleber HD, Weiss RD, Anton RF Jr, George TP, Greenfield SF, Kosten TR et al. "Treatment of patients with substance use disorders, second edition" American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry*, 2007 • 164(4 Suppl): 5-123.
- [62] Pettinati HM, O'Brien CP, Dundon WD. "Current status of co-occurring mood and substance use disorders: a new therapeutic target" *Am J Psychiatry*, 2013 • 170(1): 23-30.
- [63] Davis LL, Pilkinton P, Wisniewski SR, Trivedi MH, Gaynes BN, Howland RH, et al. "Effect of concurrent substance use disorder on the effectiveness of single and combination antidepressant medications for the treatment of major depression: an exploratory analysis of a single-blind randomized trial" *Depress Anxiety*, 2012 • 29(2): 111-22.

- [64] Magidson JF, Wang S, Lejuez CW, Iza M, Blanco C. "Prospective study of substance-induced and independent major depressive disorder among individuals with substance use disorders in a nationally representative sample." *Depress Anxiety*, 2013 • 30(6): 538-45.
- [65] Laqueille X, Baylé F, Spadone C, Jalfre V, Lôo H. "Treatment of depressive syndromes in detoxified drug addicts: use of methadone" *Biomed Pharmacother* 1996; 50: 279-82.
- [66] Davis LL, Frazier E, Husain MM, Warden D, Trivedi M, Fava M, Cassano P, McGrath PJ, Balasubramani GK, Wisniewski SR, Rush AJ. "Substance use disorder comorbidity in major depressive disorder: a confirmatory analysis of the STAR*D cohort" *Am J Addict*, 2006 • 15(4): 278-85.
- [67] Leventhal AM, Gelernter J, Oslin D, Anton RF, Farrer LA, Kranzler HR. "Agitated depression in substance dependence" *Drug Alcohol Depend*. 2011;116(1-3): 163-9.
- [68] article numéro 8-Dépression et toxicomanie de Alain Dervaux et Xavier Laqueille / Pettinati HM, O'Brien CP, Dundon WD. "Current status of co-occurring mood and substance use disorders: a new therapeutic target" *Am J Psychiatry*, 2013 • 170(1): 23-30.
- [69] Pani PP, Vacca R, Trogu E, Amato L, Davoli M. "Pharmacological treatment for depression during opioid agonist treatment for opioid dependence" *Cochrane Database Syst Rev*, 2010 Sep 8 • (9): CD008373. doi: 10.1002/14651858.CD008373. pub2.
- [70] O'Brien CP, Charney DS, Lewis L, Cornish JW, Post RM, Woody GE, et al. "Priority actions to improve the care of persons with co-occurring substance abuse and other mental disorders: a call to action" *Biol Psychiatry*, 2004 • 56: 703-13.
- [71] Ipsos Santé. Étude « Les Français et leur pharmacien ». 2008. Rapport d'étude disponible sur : <http://www.ipsos.fr/sites/default/files/attachments/2427-3-enquete-86.pdf>. Consulté le 21/04/15.
- [72] Opinion Way. Sondage sur les Français et leur pharmacie. 2013. Disponible sur :http://www.opinionway.com/pdf/sondage_sur_les_francais_et_leur_pharmacie_-_pharmacien_manager_-_avril_2013_.pdf. Consulté le 03/04/2015.
- [73] Badger F, Kingscote-Davies T, Nolan P. The pharmacist's role in the medicinal management of depression. *Nurs Stand*. 2002 Aug 7-13 ;16(47) :33 40.
- [74] Commission Nationale de Pharmacovigilance. Etude EMIR (Effets indésirables des Médicaments : Incidence et Risques) sur les hospitalisations liées à un effet indésirable médicamenteux. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé ; 2008. 20p.

[75] thèse-La Dépression : physiopathologie, prise en charge, rôle des pharmaciens d'officine dans le suivi du patient dépressif : PROCHASKA JO, VELICER WF, ROSSI JS, GOLDSTEIN MG, MARCUS BH, RAKOWSKI W Stages of change and decisional balance for 12 problems behaviors. *Health Psychol*, 1994, 13 (1), 39-46.

[76] CUNGI C L'alliance thérapeutique. Paris, Retz, 2006, 286p

[77] <https://www.brunet.ca/fr/conseils/les-antidepresseurs-comment-en-gerer-les-effets-secondaires.html> consulté le 10/03/2019.

[78] http://www.doctissimo.fr/psychologie/depression/antidepresseur/pas_antidepresseurs-sansordonnance?fbclid=IwAR2NoD_FlyfHvO14vK7byUCNETHNdvdD5EKWvfVzDlN_FpAYB_vNRDGI consulté le: 20/03/2019.

[79] OMS-Europe. Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease, Rapport traduit en français en 1998, 1996

[80] Cyrielle KONNE thèse Dépression : physiopathologie, prise en charge, rôle du pharmacien d'officine dans le suivi du patient dépressif 2012 p93.

[81] OLIVIER-MARTIN R. Facteurs psychologiques, observance et résistance aux traitements antidépresseurs. *L'encéphale* 1986; 12: 197-203.

[82] National Institute for Health and Care Excellence. Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. NICE clinical guideline 76. 2009 ; 33p.

[83] Costemale-Lacoste JF., Gaillard R., Lôo H. Modalités d'utilisation des antidépresseurs. *EMC -Psychiatrie*. 2015; 12: 1-12.

[84] Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. Argumentaire. AFSSAPS. 2006 ; 110p.

ANNEXES

Questionnaire à destination des pharmaciens.

Je suis étudiante en 6^{ème} année de Pharmacie à la faculté de Médecine de Blida. Je vous sollicite par ce questionnaire anonyme pour ma thèse d'exercice, Il a pour objectif d'étudier vos habitudes concernant les conseils donnés aux patients dépressifs. Je vous prie de répondre à toutes les questions, et Je vous remercie de votre contribution.

Question 1 : Votre mode d'exercice:

Officine de Centre ville officine de quartier officine rurale

Question 2 : Ville d'exercice :

Question 3 : Votre durée d'exercice :

[<] 10 ans De 10 à 20 ans [>] 20 ans

Question 4 : Avez-vous déjà conseillé des patients dépressifs dans votre pratique professionnelle ? OUI NON

Question 5 : Quelle est le nombre des patients dépressifs que vous recevez par jour?

0 1-5 5-10 >10

Question 6 : Disposez-vous d'un espace de confidentialité dans votre officine ?

OUI NON

Question 7 : Quel est le temps moyen que vous accordez à un patient dépressif par minutes?

0-5 5-10 10-15 15-20

Question 8 : Comment jugez-vous le temps que vous accordez aux patients dépressifs par rapport aux autres patients ?

Inférieur supérieure même temps

Question 9 : comment jugez-vous le temps accordé aux patients dépressifs ?

Suffisant insuffisant

Question 10 : Quelles sont les conseils que vous donnez aux patients lors de la dispensation des antidépresseurs ?

Posologie et horaires.

Intérêt de chaque médicament.

Effets indésirables possibles.

Interactions médicamenteuses éventuelles.

Modalités d'utilisation (pour un nouveau médicament).

Conditions de conservation.

Question 11 : Faites- vous un rappel sur la psychothérapie ?

OUI NON .

Question 12: Faites-vous un rappel sur les complications résultant de la prise incorrecte des antidépresseurs ?

OUI NON .

Question 13 : Quels sont les médicaments que vous déconseillez de prendre chez un patient dépressifs ? Pour quelle raison ?

.....

Question14: Ressentez-vous des difficultés ou identifiez-vous des facteurs limitant l'entretien pharmaceutique avec le patient dépressif ?

La difficulté du pharmacien à trouver une place pour l'entretien.

Le niveau intellectuel et aptitude du patient.

Le manque de temps.

Le manque de formation.

Le manque de communication.

Le manque d'information sur le suivi médical et le traitement du patient.

Aucune difficulté.

Question 15 : estimeriez-vous avoir compris les conseils que vous aurez dispensés lors d'un entretien pharmaceutique ?

OUI NON .

Question 16: que proposiez-vous pour améliorer la qualité des conseils pharmaceutiques aux patients dépressifs ?

.....

Questionnaire à destination des patients

Question 1 : Vous êtes : Un homme Une femme

Question 2 : Quel est votre âge ?

- 18-25 ans 26-35 ans 36-45 ans 46-60 ans Plus de 60 ans

Question 3 : Quelle est votre situation familiale ?

- Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf(e)

Question 4 : Profession : Sans emploi Employée Retraité

Question 5 : Niveau d'instruction :

- Sans Primaire Secondaire Universitaire

Question 6 : Niveau socio-économique : Bas Moyen Aisée

Question 7 : Type d'habitation :

- Précaire Appartement Villa Autre

Question 8 : depuis combien du temps votre maladie est-elle diagnostiquée ?.....

Question 9 : Etat actuel : Guéri Rémission En souffrance

Question 10 : Antécédents psychiatriques : OUI NON

Si OUI : Nature des troubles :.....

Hospitalisation : OUI Nombre : Durée de jour : ...

NON

Question 11 : Traitement prescrit :

Question 12 : Comment tolérez-vous ce médicament ? Avez-vous des effets indésirables ?

Toléré Effets gênant Insupportable

Question 13 : Avez-vous une maladie chronique : OUI NON

Si OUI : Laquelle ?.....

Question 14 : Prenez-vous votre traitement de la même pharmacie ?

- OUI NON

Si OUI, Pourquoi ?

- Confiance au même pharmacien
- Qualité du conseil du pharmacien
- Rapidité lors de la dispensation
- Proximité ou lieu de résidence
- Disponibilité des médicaments

Si NON, Pourquoi ?

- Le médecin m'explique bien, je n'ai pas besoin des conseils du pharmacien
- L'intervention du pharmacien n'est pas importante
- Rapidité lors de la dispensation

- Proximité au lieu de ma résidence...
- Disponibilité des médicaments

Question 15 : Quel est le temps moyen que vous accorde le pharmacien lorsqu'il vous dispense vos médicaments ? (*Min*)

- 0-5 10-5 5-10 10-15 15-20

Question 16 : Quel sont les conseils que votre pharmacien aborde avec vous ?

- Posologie et horaires.
- Intérêt de chaque médicament.
- Effets indésirables possibles.
- Interactions médicamenteuses éventuelles.
- Modalités d'utilisation (pour un nouveau médicament).
- Conditions de conservation.

Question 17 : Est-ce que le pharmacien vous rappelle sur la psychothérapie à effectuer ?

OUI NON .

question18 : Est-ce que le pharmacien vous rappelle sur les complications dues à la prise incorrecte des antidépresseurs ?

OUI NON .

Question19 : Ressentez-vous des difficultés ou identifiez-vous des facteurs limitant l'entretien pharmaceutique ?

- Place d'entretien.
- Termes scientifiques.
- Manque de temps.
- Manque de formation.
- Manque de communication.

Question 20 : Est-ce-que vous pratiquez du sport ? OUI NON

Si OUI : A quelle fréquence : Quotidiennement 1 à 2 fois /semaine Autre

Question 21 : Quels sont vos critères de choix pour une pharmacie :

- Emplacement
- L'accueil
- La qualité du service
- Les conseils
- Disponibilité des produits

Question 22 : Votre pharmacien vous-donne-t-il des conseils hors ceux liées à la posologie et le mode d'emploi liés à votre traitement ?

- OUI, mon pharmacien me conseille
- NON, mon pharmacien m'explique uniquement mon traitement
- NON, mon pharmacien me vend mon médicament sans rien m'expliquer

Résumé

La dépression, pathologie psychiatrique la plus fréquente, constitue un véritable problème de santé publique en raison de sa prévalence élevée dans la population, de son retentissement alarmant sur l'espérance de vie lié au risque suicidaire, des complications associées (troubles anxieux, troubles somatiques, addictions), des conséquences sociales et des coûts engendrés. Cela souligne donc l'importance de la prévention, de la détection et de la prise en charge de cette maladie.

Le pharmacien d'officine est donc un professionnel de santé au cœur de ces concepts de soins. Par ses compétences dans l'analyse pharmacologique, la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse, la surveillance et la gestion des effets indésirables, aussi ses conseils hygiéno-diététiques, par ses capacités d'écoute et de communication, il va permettre d'atténuer les fréquentes réticences au traitement mais également d'améliorer l'observance et la satisfaction du patient ainsi que l'accompagnement de l'entourage.

Le pharmacien peut réaliser des entretiens pharmaceutiques pour des patients atteints d'une dépression qui est l'une des pathologies les plus rencontrées à l'officine, afin de les aider à acquérir ou maintenir les compétences, leur permettant de gérer au mieux leur vie et d'assumer leurs responsabilités dans leur pathologie.

Afin d'évaluer la qualité et la pratique du conseil aux patients dépressifs par le pharmacien, une enquête est effectuée auprès des patients et des pharmaciens de trois wilayas : Alger, Blida et Médéa.

Le résultat de l'enquête démontre que le pharmacien aborde souvent certains points essentiels tels que la posologie et les modalités d'utilisation des médicaments (97.5%). Par contre, d'autres points sont négligés tel que les effets indésirables (45%), et les interactions médicamenteuses (27.5%). On peut aussi soulever une lacune dans la méthodologie appliquée lors de l'entretien pharmaceutique.

Notre étude a confirmé que le conseil à l'officine est un acte pharmaceutique primordial et que le pharmacien reste l'un des principaux acteurs dans le système de santé.

Mots clés : Dépression, conseil pharmaceutique, entretien pharmaceutique, pathologie psychiatrique, suicide, troubles anxieux, troubles somatiques, addictions.

Abstract

Depression, the most common psychiatric disorder, is a real public health problem because of its high prevalence in the population, its alarming impact on life expectancy related to suicidal risk, associated complications (anxiety disorders, somatic disorders, and addictions), social consequences and costs. This emphasizes the importance of prevention, detection and management of this disease.

The pharmacist is therefore a health professional at the heart of these concepts of care. Through his skills in pharmacological analysis, the prevention of iatrogenic medication, the monitoring and management of adverse effects, also his dietary advice, his listening and communication skills, it will help to reduce frequent reluctance to treatment but also to improve the patient's compliance and satisfaction as well as the support of those around him.

The pharmacist can perform pharmaceutical interviews for patients with depression, which is one of the most common pathologies in the pharmacy, to help them acquire or maintain the skills, allowing them to better manage their lives and to assume their responsibilities in their pathology.

In order to evaluate the quality and practice of depressive patient counseling by the pharmacist, a survey is conducted among patients and pharmacists in three states : Algiers, Blida and Medea.

The result of the survey shows that the pharmacist often discusses some essential points such as the dosage and methods of use of the drugs (97.5%). On the other hand, other points are neglected, such as adverse effects (45%) and drug interactions (27.5%), and a gap in the methodology applied during pharmaceutical maintenance.

Our study confirmed that pharmacy counseling is a key pharmaceutical act and that the pharmacist remains one of the key players in the health system.

Key words: Depression, pharmaceutical counseling, pharmaceutical maintenance, psychiatric pathology, suicide, anxiety disorders, somatic disorders, addictions.

ملخص

يعد الاكتئاب ، وهو الاضطراب النفسي الأكثر شيوعًا ، مشكلة حقيقية للصحة العامة بسبب ارتفاع معدل انتشاره بين السكان وتأثيره المقلق على العمر المتوقع المرتبط بمخاطر الانتحار والمضاعفات المرتبطة به (اضطرابات القلق والاضطرابات الجسدية). الإدمان) ، العواقب الاجتماعية والتكاليف. هذا يسلط الضوء على أهمية الوقاية والكشف وإدارة هذا المرض

وبالتالي فإن الصيدلي هو اختصاصي صحي في صميم مفاهيم الرعاية هذه. من خلال مهاراته في التحليل الدوائي ، والوقاية من الأدوية علاجي المنشأ ، ومراقبة وإدارة الآثار الضارة ، وكذلك من خلال قدرته على الاستماع والتواصل ، ونصائحه الغذائية ، سيساعد على تقليل التردد المتكرر في العلاج ولكن أيضًا لتحسين امتثال المريض ورضاه وكذلك دعم من حولهم.

يمكن للصيدلي إجراء مقابلات صيدلانية للمرضى الذين يعانون من الاكتئاب ، وهو أحد الأمراض التي تصادفها الصيدلية ، لمساعدتهم على اكتساب المهارات أو الحفاظ عليها ، مما يتيح لهم إدارة حياتهم بشكل أفضل و تحمل مسؤولياتهم في علم الأمراض.

من أجل تقييم جودة وممارسة المشورة المريض الاكتئاب من قبل الصيدلي ، يتم إجراء مسح بين المرضى والصيدلة من ثلاث ولايات: الجزائر ، البليدة ، المدية.

تظهر نتيجة الاستطلاع أن الصيدلي غالباً ما يناقش بعض النقاط الأساسية مثل الجرعة وطريقة استخدام الأدوية و (97.5) ٪. (من ناحية أخرى ، يتم إهمال النقاط الأخرى ، مثل الآثار الضارة (45 ٪) والتفاعلات الدوائية (27.5 ٪) ، وجود فجوة في المنهجية المطبقة أثناء الصيانة الدوائية.

أكدت دراستنا أن الاستشارة الصيدلانية هي فعل دوائي رئيسي وأن الصيدلي لا يزال أحد اللاعبين الرئيسيين في النظام الصحي.

الكلمات المفتاحية: الاكتئاب ، الاستشارات الدوائية ، صيانة المستحضرات الصيدلانية ، علم الأمراض النفسية ، الانتحار ، اضطرابات القلق ، الاضطرابات الجسدية ، الإدمان