



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Le partenaire d'un patient dépressif a-t-il sa place dans
l'accompagnement de celui-ci en médecine générale ?**

Présentée et soutenue publiquement le 18 octobre 2017 à 16 heures
Au Pôle Recherche
Par Antoine Casciani

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Cottencin Olivier

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Thomas Pierre

Monsieur le Docteur Calafiore Matthieu

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Cunin Michel

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

ECOGEN	Eléments de la COnsultation en médecine GENérale
DSM V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V

Table des matières

Résumé	7
Abstract.....	8
Introduction	9
Matériels et méthodes.....	12
I. Choix de la méthode.....	12
II. Population cible	12
III. Déroulement des entretiens.....	12
IV. Analyse des entretiens	13
V. Conflits d'intérêt.....	13
Résultats	14
I. PARTICIPANTS	14
II. AVANT LE DIAGNOSTIC DE DEPRESSION	15
A. Avant l'apparition de la maladie.....	15
B. Stade initial : stade de déprime	15
1. Le couple déséquilibré	15
2. Lutter contre l'incompréhension	16
III. STADE DU DIAGNOSTIC.....	17
A. La pose du diagnostic	17
1. Impact sur le partenaire.....	17
a) Compréhension de la dépression.....	17
b) Considérer la dépression comme une maladie	18
c) Renforcement du rôle d'aidant	18
2. Effet sur le couple.....	19
a) Tentative de retour au couple équilibré antérieur.....	19
b) Déconstruction des individus.....	19
i. Partenaire.....	19
ii. Dépressif	19
c) Reconstruction du couple	20
B. Le rôle des soignants	21
1. Rôle du médecin généraliste.....	21
2. Le rôle du psychiatre	22
3. Traitement	22
IV. ESPOIR D'UNE GUERISON	24
A. Renaissance du couple	24
B. Impact du soignant dans ce nouveau couple.....	24
C. Conscience de ne pas être le thérapeute	25
D. Banaliser, relativiser.....	25
V. STADE CHRONIQUE DE LA DEPRESSION.....	25
Discussion	28
I. Intégrer le partenaire : un élément à considérer dans l'accompagnement global de la dépression	28
II. Points forts et points faibles de l'étude	29
III. Comparaisons des résultats avec la littérature	30

A. De l'incompréhension à la compréhension : un processus évolutif du rôle d'aidant facilité par le professionnel de santé	30
B. Vision des soignants : importance de réaliser un diagnostic clair, complet et répondant aux attentes	32
C. Informer la société est une barrière contre la stigmatisation.....	34
D. Transformation du couple : une reconstruction bilatérale	35
E. Vision d'ambivalence du traitement	36
F. Espoir et avenir : l'incertitude du partenaire.....	37
Conclusion.....	39
Références bibliographiques	41
Annexes	44

RESUME

Contexte : La dépression est une maladie fréquente. Le médecin généraliste y est confronté quotidiennement. Il existe peu d'études discutant l'intérêt de l'accompagnement du partenaire.

Objectif : L'objectif était de s'intéresser aux partenaires des patients dépressifs dans le but de chercher de nouvelles pistes d'amélioration de l'accompagnement de la dépression.

Méthodes : Analyse par théorisation ancrée de 10 entretiens compréhensifs de partenaires de patients dépressifs habitant en métropole lilloise. La saturation des données a été vérifiée et une triangulation de l'analyse a été réalisée.

Résultats : Pour le partenaire, son intégration dans l'accompagnement de la dépression était importante. Cette maladie créait un déséquilibre au sein du couple et une incompréhension chez le partenaire. Il devait créer des mécanismes de défense et faire face seul à la maladie. Il comprenait vite la nécessité d'orienter le dépressif vers le médecin généraliste pour réaliser le diagnostic de dépression. Le diagnostic permettait au partenaire de passer de l'incompréhension à la compréhension des symptômes et de considérer la dépression comme une maladie organique. Il permettait aussi au partenaire de renforcer son rôle d'aidant. Le couple passait par plusieurs étapes avec, d'abord, une tentative au retour à l'état antérieur à la dépression, puis à la déconstruction des deux partenaires pour construire un nouveau couple équilibré grâce à la remise en place de la discussion. Cet équilibre fonctionnait grâce à une relation triangulaire avec le médecin généraliste, qui permettait au partenaire de relativiser et de ne pas être le thérapeute du dépressif. La renaissance de ce couple permettait d'avoir un espoir de guérison.

Conclusion : L'expérience des partenaires apporte une vue globale des différents comportements dans l'accompagnement de la dépression. Cette vision semble être intéressante à prendre en compte pour améliorer l'accompagnement global du dépressif.

ABSTRACT

Background : Depression is a common disease. General practitioners are confronted with it daily. There are few studies which talk about the interest of including the partner in the depressed person's accompaniment.

Objective : the objective was to take an interest in depressed people's partners with the aim of finding new ways of improving the accompaniment of depression.

Method : Analysis through grounded theory of 10 comprehensive interviews of depressed people's partners living in the Lille metropole. Data saturation was verified and analysis triangulation was undertaken.

Results : For the partner, his integration in the accompaniment of the depression was important. This disease created an imbalance within the couple and the partner failed to understand. He had to create defence mechanisms and confront the disease alone. He quickly understood the need to direct the depressed person toward the general practitioner so the diagnosis of depression could be made. This allowed the partner to pass from a state of incomprehension to one of comprehension of the symptoms and to consider depression as an organic disease. The diagnosis also allowed the partner to reinforce his role of helper. The couple passed through several stages initially with an attempt to return to the state prior to the depression and then to the deconstruction of the two partners to build a new balanced couple with the help of the reintroduction of discussion. This balance worked thanks to a triangular relationship with the general practitioner who allowed the partner to relativise and not to be the therapist of the depressed person. The renaissance of this couple gave hope of an eventual cure.

Conclusion : The experience of partners gives a global view of different behaviours in the accompaniment of depression. This vision seems to be interesting to take into account in order to improve the general accompaniment of the depressed person.

INTRODUCTION

La dépression est une maladie fréquente touchant mondialement plus de 350 millions de personnes. C'est la troisième cause de morbidité et la première cause d'incapacité dans le monde¹. En France, selon l'enquête ANADEP, 45 % des personnes interrogées ont vécu une période de tristesse ou de perte d'intérêt d'au moins deux semaines au cours de leur vie et 18 % ont déclaré avoir eu une dépression².

Chaque médecin généraliste est confronté quotidiennement à la dépression. Les patients dépressifs consultent de deux manières différentes lors du premier contact avec le médecin. Ils consultent soit pour un motif précis et exposent leurs symptômes, soit pour un motif associé masquant, dans un premier temps, la dépression. Selon l'étude ECOGEN, cette maladie est fréquente en médecine générale³, et les patients dépressifs s'adressent, en premier lieu, à leur médecin généraliste pour discuter de leurs symptômes débutants⁴. La dépression est une maladie difficile à traiter pour les professionnels de santé. Cette maladie fait intervenir de multiples facteurs (biologiques, environnementaux, familiaux, et sociaux) rendant son traitement complexe. L'accompagnement du malade dans sa globalité est une des compétences majeures du médecin généraliste. Cette compétence est sollicitée en permanence à chaque consultation. La prise en considération de ces facteurs permet d'obtenir un accompagnement adapté.

Il existe des facteurs de risque et de vulnérabilité favorisant l'entrée ou la persistance d'une dépression malgré un traitement adapté. Parmi eux, les facteurs dits « modifiables », pour lesquels le rôle du médecin est primordial et peut permettre une amélioration de l'évolution de la maladie. Ils peuvent être de plusieurs types, tel l'environnement familial⁵. Des études montrent que les problèmes de couple peuvent être un obstacle dans le traitement de la dépression chez l'un des partenaires atteints, ce qui en fait un facteur de vulnérabilité^{6,7}.

Des études montrent également une fréquence plus importante d'une humeur dépressive, par rapport à la population générale, chez les partenaires des patients dépressifs^{8,9}. L'humeur dépressive fait partie de la liste des critères principaux du DSM V pour l'établissement du diagnostic de dépression. La présence seule de l'humeur dépressive ne peut pas conduire à ce diagnostic.

Une étude, évaluant différents facteurs de satisfactions maritales chez des femmes atteintes de dépression, montre que la relation de couple est moins satisfaisante lorsque le partenaire a une maladie mentale¹⁰. Une autre étude montre qu'il pourrait exister une proportion plus importante de maladies mentales chez les époux de patient ayant des troubles psychiatriques¹¹.

Le vécu de la famille lorsqu'un des deux parents est dépressif s'avère compliqué. Une étude montre que 25 à 50 % des aidants sont inquiets concernant l'état du membre de la famille atteint de dépression. Ils ressentent la responsabilité d'aider le malade dans les tâches de la vie quotidienne. Ils sont épuisés, en détresse et éprouvent le besoin de consulter un médecin¹².

Le rôle des partenaires est bien étudié dans le cadre de certaines maladies chroniques (par exemple, la maladie d'Alzheimer). Plusieurs études évaluent l'impact des maladies mentales sévères, comme la schizophrénie et les troubles bipolaires, sur la famille et sur le partenaire¹³⁻¹⁵. Dans la dépression, ce rôle est très peu étudié. Pourtant, cette maladie peut devenir chronique. Le partenaire peut avoir un rôle primordial dans la bonne évolution de la dépression. L'éventuel impact d'une dépression pourrait donc réduire l'effet du rôle des partenaires, et défavoriser l'accompagnement des patients atteints de dépression.

Il n'existe pas d'étude sur la notion d'un développement de troubles dépressifs chez les partenaires des patients ayant une dépression notamment depuis plusieurs mois, voire années. Aucune étude ne montre que l'accompagnement d'une maladie psychiatrique chez le partenaire peut apporter un bénéfice au traitement de la dépression du patient source.

La nécessité d'une recherche systématique des symptômes dépressifs chez ces partenaires n'a pas été étudiée. Cette recherche pourrait permettre d'améliorer l'environnement du dépressif et l'efficacité du traitement.

Il existe peu d'études recherchant le vécu et le ressenti du partenaire face à la dépression du conjoint. Le partenaire est peu intégré dans l'accompagnement de la dépression. L'intérêt porté aux partenaires pourrait les amener vers une meilleure compréhension de la dépression. Cette compréhension renforcerait leur rôle de soutien dans l'accompagnement du dépressif.

Faut-il s'intéresser aux partenaires des patients dépressifs ? Quel regard ont-ils sur la dépression ?

L'objectif de ce travail était de s'intéresser aux partenaires des patients dépressifs dans le but de chercher de nouvelles pistes d'amélioration de l'accompagnement global de la dépression.

MATERIELS ET METHODES

I. Choix de la méthode

Il s'agissait d'une étude qualitative par « théorisation ancrée », réalisée à partir d'entretiens individuels compréhensifs.

II. Population cible

La population de cette étude était constituée de partenaires de patients dépressifs vivant en métropole lilloise. Le premier participant a été sélectionné au hasard, puis tous les autres participants ont été sollicités selon les données des entretiens précédents, de manière à obtenir un échantillon diversifié à variation maximale.

Le recrutement a été effectué en contactant le patient dépressif pour obtenir son consentement avant de contacter son partenaire. Celui-ci était ensuite informé que l'entretien serait intégralement enregistré et anonymisé lors de sa retranscription.

III. Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été réalisés au domicile des partenaires, en face à face. Ils ont été réalisés par l'auteur, interne en médecine générale. Les questions comprises dans le guide d'entretien ont été élaborées au fur et à mesure des échanges. Les entretiens ont ensuite été intégralement retranscrits sur Microsoft Word et anonymisés. Les éléments de communication non verbale perçus lors de l'entretien ont été relevés et notés dans les verbatims. L'enregistrement audio a été réalisé avec un dictaphone numérique.

Les entretiens ont été conduits jusqu'à la saturation des données c'est-à-dire lorsque l'on a constaté l'absence de nouvelles données lors de trois entretiens compréhensifs consécutifs.

IV. Analyse des entretiens

L'analyse des données a été réalisée selon la méthode de la « théorisation ancrée » à l'aide du logiciel NVivo 11. Une première phase de codage ouvert a été réalisée, permettant la création de catégories. Les différentes catégories ont été mises en relation, permettant la formation d'un codage axial. Le codage axial a permis de dégager une théorisation.

Le codage ouvert des données a été triangulé de manière indépendante par l'auteur et un deuxième interne de médecine générale optimisant l'interprétation des données.

V. Conflits d'intérêt

L'auteur n'avait aucun conflit d'intérêt et les entretiens n'ont pas été indemnisés.

RESULTATS

Les éléments évoqués ci-dessous suivent un fil rouge évoluant dans le temps. Il existe une interdépendance entre le partenaire aidant et le couple dans l'évolution de la maladie.

I. PARTICIPANTS

10 participants ont été recrutés entre le 1er juillet 2015 et le 12 décembre 2016. Parmi ceux-ci, 5 étaient des femmes et 5 étaient des hommes. Tous les partenaires vivaient avec le patient dépressif, depuis au moins 1 an, mariés ou non, avec ou sans enfants. Tous vivaient en milieu urbain.

Tableau 1 Caractéristiques des partenaires

Partenaire	Sexe	Age	Statut marital	Age du couple	Nombre d'enfant	Profession	BAC
1	Homme	56	Union libre	13	1	Enseignant	+5
2	Femme	59	Mariée	40	3	Aide à la scolarisation des enfants handicapés	+1
3	Homme	49	Marié	23	3	Professeur de design	+3
4	Femme	79	Mariée	57	4	Retraitée retoucheuse vendeuse	0
5	Femme	41	Mariée	13	1	Directrice des achats	+5
6	Femme	49	Mariée	10	0	Responsable de service éducatif	+4
7	Homme	39	Marié	13	1	Gérant de fortune	+6
8	Homme	75	Marié	53	3	Gérant de société de chaussure	0
9	Femme	46	Pacsée	25	1	Fonctionnaire en collectivité locale	+5
10	Homme	39	Marié	16	2	Expert comptable	+2

II. AVANT LE DIAGNOSTIC DE DEPRESSION

A. Avant l'apparition de la maladie

En dehors de la présence d'une maladie, le couple était équilibré. Chaque partenaire qui formait le couple a réalisé une construction complémentaire de ce couple. Il fonctionnait comme un balancier où chacun s'entraidait quand une situation était déséquilibrée.

B. Stade initial : stade de déprime

1. Le couple déséquilibré

Le stade de déprime correspondait à l'apparition des premiers symptômes de dépression. Les symptômes entraînaient des difficultés de couple et un déséquilibre, qui fermait la discussion.

« Dans le cas de la dépression le compagnon vous parle pas forcément des soucis et des problèmes. », (P1)

Les symptômes entraînaient une incompréhension du partenaire concernant la situation et le comportement du dépressif. Le partenaire venait avec son équilibre qu'il avait constitué pour le couple en prenant en compte sa personnalité, l'environnement, l'entourage familial, le contexte culturel et socioprofessionnel.

La maladie ajoutait un versant négatif au couple. Le couple devenait nocif et destructeur pour les deux partenaires, alors qu'il est normalement un socle important, bénéfique à son état initial. Le couple était confronté à une double facette positive et négative. Le versant négatif était responsable de ce déséquilibre du couple.

Cette incompréhension et les tensions dans le couple s'entretenaient mutuellement. Cela signifiait qu'il fallait réduire les tensions dans le couple, en instaurant à nouveau la discussion, pour lutter contre cette incompréhension.

« C'est déjà arrivé qu'on, qu'on puisse passer 2 heures ou 3 heures et y'a quelque chose qui va, qui va s'ouvrir (...) y'avait des choses que forcément j'avais compris mais y'a des choses euh comment l'autre l'avait vécu ont... ou des incompréhensions. », (P5)

2. Lutter contre l'incompréhension

Le partenaire souhaitait lutter contre cette incompréhension. Néanmoins, Il ne savait pas encore quelle était la maladie responsable et devait donc trouver un moyen de pallier cette incompréhension.

Le partenaire comprenait que pour lutter contre cette incompréhension, il devait se débrouiller seul.

« On essaie de chercher une solution de comment il faut faire parce qu'on veut être dans l'action (...) ça serait rassurant d'être dans l'action et on peut pas être dans l'action. », (P5)

Le partenaire commençait une ébauche des mécanismes de défense qu'il allait développer tout au long de l'évolution de la dépression. Pour commencer cette ébauche, il se servait de 7 différents moyens :

- Temporiser dans la discussion

« C'était pas facile la discussion c'est surtout ça mais bon j'ai été calme, patient, j'ai essayé de, de la faire entendre raison. », (P10)

- Motiver et encourager

« Je le pousse quand même un peu hein, je suis quelqu'un qui le pousse un petit peu. », (P2)

- Positiver

« Chaque jour c'est difficile mais euh, mais euh après euh il faut transformer des moments, il faut essayer de transformer des moments positifs. », (P6)

- Redonner goût à la vie. Une activité, une passion était parfois utile

- Ecouter

« Elle m'en parle et je l'écoute volontiers parce que en même temps je me sens concerné. », (P3)

- Trouver des solutions en se servant de ressources externes (Internet, littérature)

- Avoir des activités annexes à soi pour pouvoir décompresser face au comportement de l'autre

Même si le partenaire se protégeait et développait beaucoup de moyens, il restait dans une difficulté constante.

Cette difficulté était due à une remise en cause de toute sa vie, notamment du couple et de soi-même.

« Avant le diagnostic c'était très compliqué euh remise en cause de tout, du couple, de la vie en générale, de son travail. », (P1)

Cette difficulté était liée à une impuissance face au dépressif qui était déstabilisante.

« C'est l'impuissance euh c'est ça qui vraiment le plus euh perturbant et énervant », (P7)

Cette difficulté renforçait la tension dans le couple et dans la communication.

Le partenaire se trouvait donc dans une impasse. La seule solution était d'orienter le dépressif vers un professionnel de santé, un soignant pour débloquer la situation. Le soignant et la pose du diagnostic de dépression devenaient primordiaux pour le partenaire et le dépressif.

III. STADE DU DIAGNOSTIC

A. La pose du diagnostic

1. Impact sur le partenaire

a) Compréhension de la dépression

Le diagnostic de dépression permettait de poser un nom sur ces symptômes et de lever cette incompréhension.

Le diagnostic faisait basculer le partenaire dans la compréhension du comportement et des symptômes du dépressif. Cette compréhension était aussi renforcée par les explications du soignant.

Dès que le partenaire comprenait la dépression, trois principaux éléments ressortaient :

- Intégrer le partenaire dans l'accompagnement de la dépression.

« Je pense que le fait d'accompagner, je sais pas, de mettre en place euh des actions, ou des, des, des conseils ou des trucs pour le conjoint accepte déjà la maladie, l'accompagne et surtout ne s'oublie pas », (P6).

- Considérer la dépression comme une maladie organique grâce, par exemple, à une information à grande échelle.

- Souhait d'une évolution de la société face à la dépression en brisant les tabous et la vision négative. En effaçant cette vision négative, il serait plus facile de faire comprendre que la dépression est une maladie organique.

« On voit très peu de campagnes là-dessus. (...) On en parle pas, on n'informe pas (...) ça serait bien quand même de... faire des campagnes où on dit que c'est une réalité, qu'elle existe, qu'elle peut être traitée comme pour toutes euh toutes maladies. », (P10).

b) Considérer la dépression comme une maladie

Le partenaire observait que la dépression se comportait comme une maladie organique. Cette maladie organique avait la particularité d'évoluer comme le cancer ou la démence mais qu'elle faisait intervenir des facteurs environnementaux forts comme la vision négative de la société, le faible dépistage, l'atteinte de l'entourage. On pouvait parler d'une « maladie organique chronique complexe ».

« Ce qu'on pourrait faire c'est la faire reconnaître vraiment comme une euh comme une véritable maladie. (...) On pourrait très bien faire quelque chose en disant que c'est une véritable maladie et que et que voilà et qu'à ce titre-là, comme c'est une véritable maladie et bah c'est quelque chose euh qui peut être grave euh, qui peut aller très loin euh, qu'il faut soigner. », (P7).

c) Renforcement du rôle d'aidant

En considérant la dépression comme une maladie organique, le partenaire allait renforcer son rôle pour devenir l'aidant principal.

Il prenait conscience que le dépressif s'occupait de sa maladie et de son traitement. Le partenaire devait décharger le dépressif des actes de la vie quotidienne pour qu'il se focalise sur sa maladie.

Comme la maladie était considérée comme organique par le partenaire, celui-ci avait pour rôle de relativiser et de faire relativiser le dépressif.

« Il a sa dépression certes c'est lourd mais je vois les côtés positifs. », (P6).

2. Effet sur le couple

a) Tentative de retour au couple équilibré antérieur

La pose du diagnostic induisait un souhait de retour à l'état antérieur du couple par le partenaire. Il considérait que la maladie, bientôt guérie, permettrait ce retour à l'état antérieur.

Ce retour à l'état antérieur était impossible à réaliser, car la dépression changeait considérablement les partenaires et les tensions dans le couple étaient toujours présentes.

Il fallait donc que les partenaires déconstruisent ce qu'ils avaient créé jusque-là pour reconstruire un nouveau couple.

La maladie créait donc des couples à risque de rupture.

b) Déconstruction des individus

i. Partenaire

Le partenaire se fixait un objectif pour la déconstruction, qui était de s'adapter à cette nouvelle situation.

Il développait donc un mécanisme de défense pour s'adapter, qui comprenait :

- Faire un travail sur soi en adaptant son comportement ou en adoptant un nouveau comportement. Celui-ci serait adapté au dépressif et à la maladie.
- Considérer la dépression comme une maladie organique.
- Relativiser plutôt que banaliser ou dédramatiser car cette maladie était un événement marquant, qui bouleversait la vie du partenaire.
- Accepter le changement irréversible du fonctionnement de la vie quotidienne. Avoir peur du changement consistait donc à ne pas accepter ce nouveau fonctionnement.

« C'est compliqué pour moi de mettre en place d'essayer de mettre en place un peu ce sys- ce nouveau fonctionnement et lui, pour lui c'est inacceptable, c'est pas un couple. Dans sa conception des choses, c'est pas un couple. », (P9).

ii. Dépressif

Le dépressif avait un objectif qui était d'éviter la souffrance physique et morale engendrée par la dépression.

Il avait deux moyens pour soulager cette souffrance :

- Le suicide

« J'ai eu l'occasion d'en croiser une ou deux personnes qui, qui se sont suicidées (...) ils souffrent tellement que ils finissent par se dire c'est la seule issue. », (P5).

- Le soin avec l'intervention du soignant et l'introduction d'un traitement (médicaments, psychothérapies).

Si ce traitement était efficace, le dépressif allait se fixer un nouvel objectif qui était de s'adapter comme son partenaire.

On observait que le dépressif avait un processus de déconstruction plus long et qu'il prenait du retard par rapport à son partenaire.

Il était donc important de réaliser un diagnostic et d'instaurer un traitement rapidement efficace, pour limiter au mieux ce retard. Le partenaire devait faire preuve de patience et aider le dépressif du mieux possible.

c) Reconstruction du couple

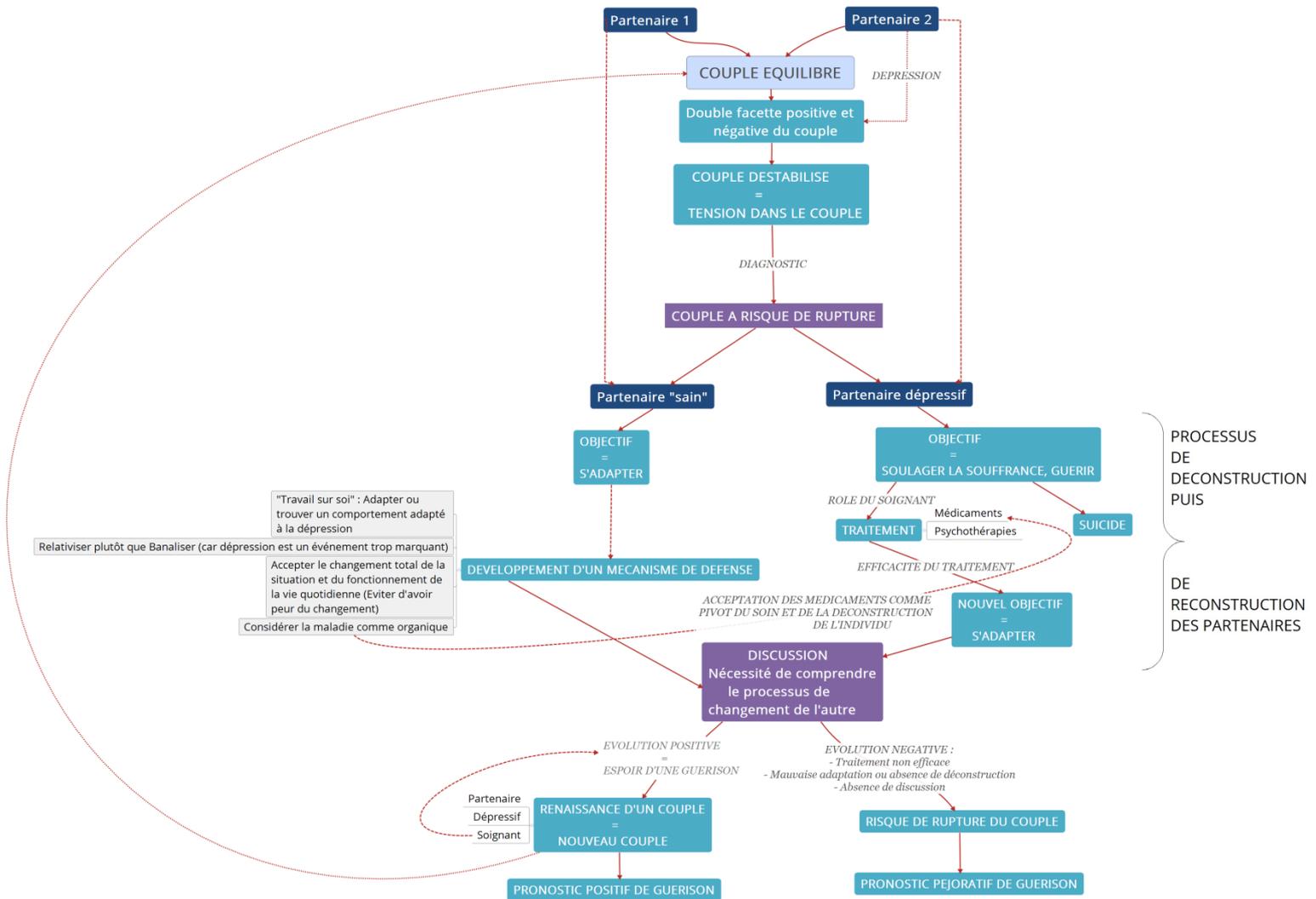
Lorsque les deux partenaires avaient réalisé leur déconstruction, il fallait qu'ils reconstruisent leur couple. Or, l'élément clé de la reconstruction du couple était la discussion.

Il fallait que les deux partenaires dialoguent pour comprendre leur nouveau fonctionnement. Ils devaient comprendre ce changement établi pour mieux appréhender la reconstruction du couple.

« Il faut qu'on apprenne à être bien chacun de son côté pour être mieux ensemble. », (P9).

Le couple et les partenaires essayaient de trouver l'énergie pour affronter la dépression.

Figure 1 Evolution du couple dans le temps



B. Le rôle des soignants

1. Rôle du médecin généraliste

Les soignants avaient un rôle central dans l'accompagnement de cette dépression ; le médecin généraliste en était le plus important.

Les principales actions du médecin généraliste étaient de :

- Faire le diagnostic.
- Instaurer un traitement adapté, avec la mise en place d'un arrêt de travail si besoin.

- Avoir un regard objectif, neutre, extérieur sans jugement, contrairement au regard du partenaire.

- Expliquer la maladie et son accompagnement qui permettait de mieux appréhender et mieux se projeter.

- Soutenir et accompagner le dépressif mais aussi le partenaire.

« Oui une explication du style attendez-vous à... avoir tel et tel type de réaction ce qui est tout à fait normal dans le genre de... de cette maladie quoi. On aurait plus de questions à se poser à ce moment-là on sait que ça vient de la maladie et non pas d'un... d'un ressenti de vie commune. », (P1).

Les partenaires souhaitaient que le médecin généraliste les intègre dans l'accompagnement, les guide et leur explique les rôles et comportements à avoir pour mieux aider leur conjoint. A ce titre, une consultation entre le médecin, le dépressif et le partenaire était intéressante.

« Je pense que si on travaillait avec le conjoint, ça pourrait aider aussi la personne malade (...) à avancer à à peut-être à se déculpabiliser, à, à se sentir soulager parce que reconnu comme malade mais en même temps se sentir soutenu », (P6).

2. Le rôle du psychiatre

Le psychiatre était parfois cité par les partenaires.

Il était vu comme une aide complémentaire avec un avis spécialisé sur la dépression. Son rôle était intéressant, pour les partenaires, quand il fallait une psychothérapie ou pour adapter le traitement s'il n'était pas adéquat.

Certains partenaires avaient parfois une vision mitigée du psychiatre, du fait d'une mauvaise expérience antérieure.

3. Traitement

Les médicaments avaient un rôle important dans le traitement de la dépression mais ils étaient aussi perçus de façon très ambivalente par le partenaire.

Le traitement, et surtout les médicaments, permettait de diminuer la souffrance.

Les médicaments avaient un rôle d'« anesthésiants de la souffrance » et étaient donc perçus positivement. Mais, ils avaient un rôle d'« anesthésiants des émotions »,

qui était vécu négativement, car cela avait un effet abrutissant, de perte de contrôle cérébral selon les partenaires.

« Ça empêche euh les gens de souffrir parce que moi je l'ai vu euh je l'ai vu à titre personnel mais en même temps c'est assez abrutissant (...) ça enlève la souffrance mais les gens ils sont euh... ils sont moutons, ils sont légumes. », (P5).

Il était important, pour le partenaire, d'intégrer cette notion d'ambivalence et d'accepter le côté négatif des médicaments pour améliorer l'observance du dépressif.

Voir uniquement le côté négatif pourrait entraîner une mauvaise influence chez le dépressif avec un risque d'arrêt des médicaments.

En intégrant cette notion d'ambivalence, le partenaire comprenait que les médicaments constituaient un pivot à la déconstruction et à la reconstruction du dépressif. A ce titre, les médicaments permettaient une évolution favorable de la maladie.

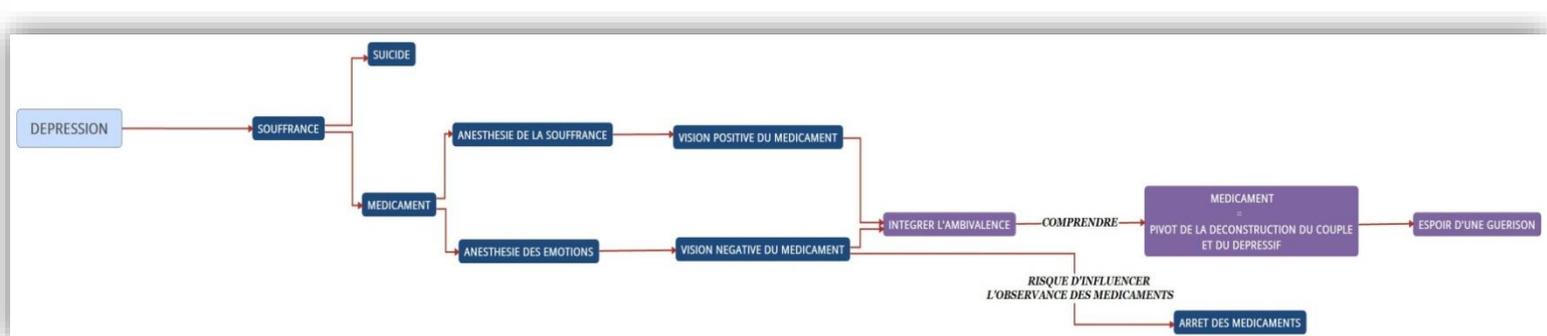
Les médicaments étaient aussi vus comme une aide. Néanmoins, les partenaires pensaient que les médicaments étaient insuffisants seuls.

La psychothérapie avait un effet bénéfique complémentaire.

Les partenaires pensaient que le dépressif devait associer à cela un travail sur lui-même. Cette notion entrait dans le processus de déconstruction puis de reconstruction du dépressif. La discussion entre les deux partenaires semblait à nouveau importante.

« Je lui dis : "non les médicaments t'aident mais moralement toi, tu dois faire un effort". Faut qu'elle fasse un effort par elle-même pour essayer de surmonter tout ça. », (P8).

Figure 2 Evolution de la vision des médicaments



IV. ESPOIR D'UNE GUERISON

A. Renaissance du couple

La mise en place du diagnostic et l'intervention du soignant donnait un espoir de guérison au partenaire.

Le couple essayait de retrouver un équilibre similaire au couple antérieur à la dépression. Cet équilibre était particulier, car il comprenait en plus le soignant. Une relation triangulaire, impliquant le médecin généraliste, se créait.

B. Impact du soignant dans ce nouveau couple

Le rôle du soignant dans ce couple était de rééquilibrer la balance qui était plutôt en défaveur du partenaire. Celui-ci avait un rôle actif et d'aidant pour le dépressif, avec une tendance à négliger sa propre personne.

Le soignant permettait au partenaire de lui montrer qu'il ne pouvait pas tout faire lui-même, mais qu'il était surtout là pour accompagner le dépressif.

Le partenaire passait par un stade de résignation face à cette maladie. C'est pour cela que le soignant avait un rôle important dans le couple pour permettre au partenaire de lâcher du lest et d'avoir un rôle passif envers le dépressif.

Cette transformation du rôle actif en un rôle passif permettait d'éviter de tomber dans la résignation permanente. Temporaire, elle était normale mais devenait toxique lorsqu'elle était permanente.

C. Conscience de ne pas être le thérapeute

Le rôle du soignant était aussi de faire prendre conscience au partenaire qu'il ne pouvait pas être le thérapeute du dépressif, car il avait une vision subjective, à l'inverse du soignant qui avait une vision objective. Le soignant était donc le thérapeute.

« Il ne remplacera pas le psychiatre ni le thérapeute et il ne faut surtout pas qu'il ait ce rôle. (...) Nan il faut pas tout mélanger. (...) J'ai compris qu'il faut pas être soignant et il faut pas être thérapeute non plus. On peut être dans l'empathie, écouter et cætera et lui dire « parles en à ton médecin, je ne peux rien faire pour toi, parles en à ton médecin », (P6).

Ce relais était important, car il aidait le partenaire à relativiser la maladie.

D. Banaliser, relativiser

Le partenaire considérait la dépression comme une maladie organique. Il pensait que cela l'aiderait à banaliser.

Cette maladie perturbait tellement le vécu du partenaire qu'il ne pouvait pas la banaliser. Il n'avait comme moyen que de relativiser.

« Moi je l'ai connu comme ça (...) j'ai réussi à changer à à faire changer certaines, certaines choses quand je lui dis bah le verre voit le plutôt à moitié plein qu'à moitié vide euh faut relativiser », (P6).

Relativiser donnait l'espoir d'une guérison.

V. STADE CHRONIQUE DE LA DEPRESSION

La dépression évoluait de deux manières :

- Positive (guérison de l'épisode) : renaissance d'un couple stable avec un processus de déconstruction.
- Négative (dépression chronique) : couple à risque de rupture car absence ou mauvaise déconstruction, traitement non adapté, absence de discussion.

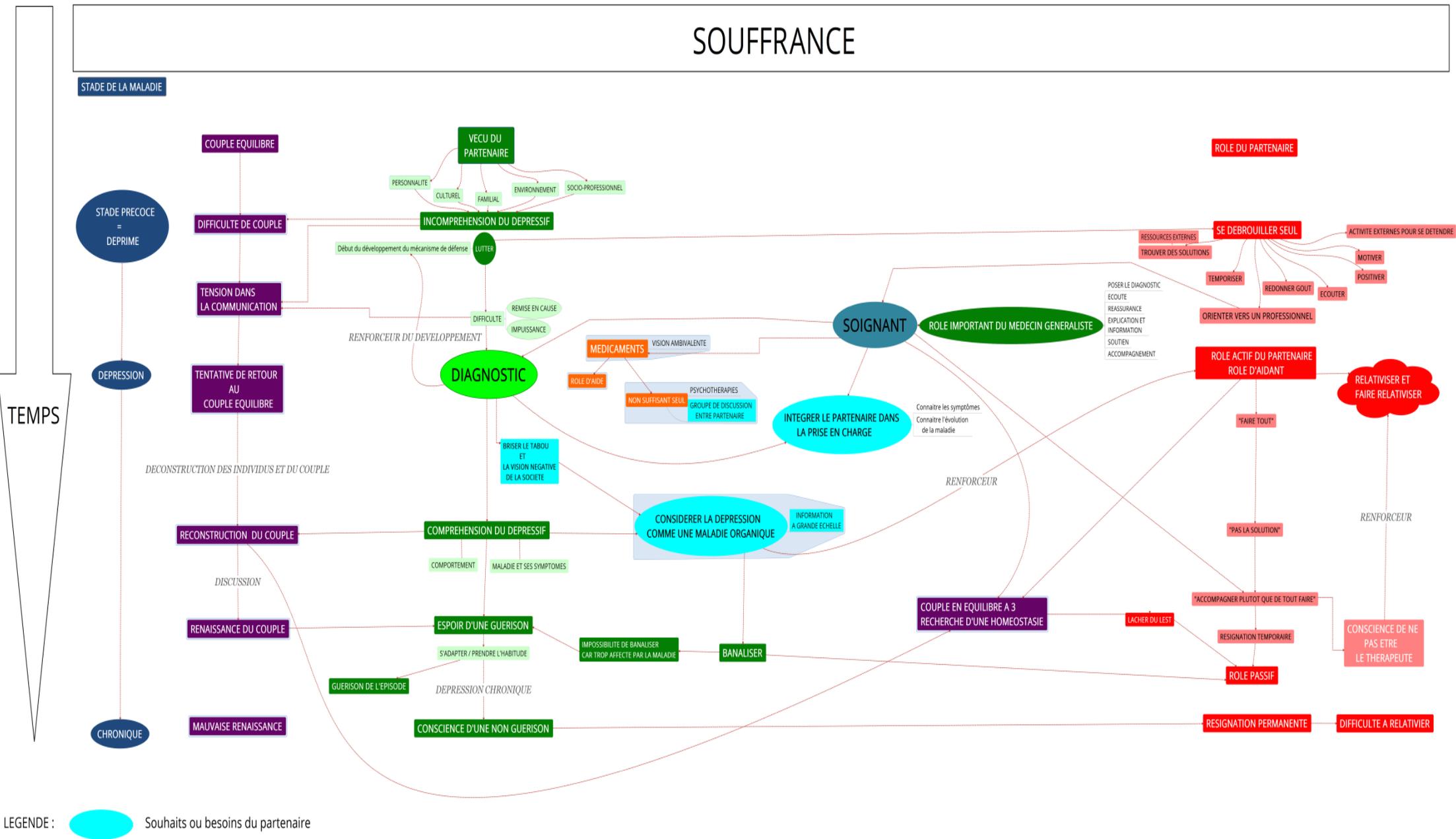
Plus la dépression était chronique, plus l'espoir de guérison devenait faible. On entrait alors dans une prise de conscience de non guérison. Relativiser devenait difficile quand la maladie était chronique. La résignation pouvait reprendre le dessus.

« Non, on en guérit pas, on vit avec, on apprend. », (P9).

Pour obtenir une évolution favorable, il fallait travailler ou retravailler sur le processus de déconstruction puis de reconstruction du couple, rétablir la communication au sein de celui-ci ou adapter au mieux le traitement.

SOUFFRANCE

Figure 3 : Synthèse des résultats



DISCUSSION

I. Intégrer le partenaire : un élément à considérer dans l'accompagnement global de la dépression

Pour les participants, leur intégration dans l'accompagnement de la dépression était importante.

Avant le diagnostic, la dépression entraînait un déséquilibre du couple et une incompréhension chez le partenaire. Il s'adaptait seul et développait des mécanismes de défense.

Malgré tous ses efforts, il comprenait vite la nécessité d'orienter le dépressif vers un professionnel de santé pour comprendre les changements survenus chez son partenaire.

Le diagnostic permettait au partenaire de faire un lien entre les symptômes et la maladie. Il lui permettait aussi de considérer la dépression comme une maladie organique puis de renforcer son rôle d'aidant principal.

Le diagnostic permettait aussi un processus de transformation du couple.

Au début, les deux partenaires tentaient un retour à l'état antérieur du couple pour le rééquilibrer. Ce processus était peu efficace. Il fallait alors débiter un processus en deux temps : d'abord de déconstruction, puis de reconstruction de la relation entre les deux partenaires.

Lorsque la déconstruction des deux partenaires était réalisée, la reconstruction, des deux partenaires, puis du couple pouvait débiter. Le but était de créer un nouvel équilibre dans le couple intégrant la présence de la dépression.

Le rôle du médecin généraliste était important. Son rôle était d'accompagner, de tenir compte du partenaire et d'expliquer la maladie. Le psychiatre était considéré comme une aide complémentaire si la situation n'évoluait pas.

Les médicaments étaient perçus à la fois de façon négative et positive. Cette notion d'ambivalence était à prendre en compte pour permettre une évolution positive de la maladie et un espoir de guérison.

L'espoir de guérison était réalisé par la renaissance d'un nouveau couple équilibré et renforcé grâce à la présence du soignant. Ce nouveau couple permettait au partenaire de prendre conscience qu'il n'était pas le thérapeute, puis de banaliser et dédramatiser la maladie.

II. Points forts et points faibles de l'étude

Le principal point fort de ce travail est d'être fondé sur le vécu et ce que pensait le partenaire face à la dépression de l'autre. Dans la littérature, il existe des études qualitatives discutant de l'expérience de l'aidant face à la dépression de son conjoint ou d'un autre membre de la famille. Le choix d'une méthode qualitative par théorisation ancrée était donc ici intéressant pour étudier l'importance de l'intégration du partenaire dans l'accompagnement de la dépression, car cette méthode permettait de dégager des concepts et de relier des notions entre elles.

Aborder l'accompagnement de la dépression de façon globale en intégrant le partenaire est le deuxième point fort de cette thèse. Il est important de s'occuper du partenaire qui vit au quotidien avec le dépressif. Il a un rôle majeur, qu'il soit positif ou négatif dans l'évolution de la dépression. Comprendre et conceptualiser le rôle de ce partenaire permet d'établir des relations entre lui, le dépressif, les soignants et son environnement. Connaître et tenir compte de ces relations permet d'améliorer l'accompagnement global de la dépression. L'intégration du partenaire dans l'accompagnement permet aussi de prendre en compte le fonctionnement du couple tout au long de l'évolution de la maladie.

Le troisième point fort de ce travail est de faire ressortir des notions évoluant dans le temps et s'articulant entre elles.

Le rôle des soignants a été étudié, notamment celui du médecin généraliste. Il y a très peu de notions concernant le rôle du psychiatre alors que celui-ci est important. En effet, le recrutement s'est fait principalement en médecine générale et donc la plupart des participants n'avait jamais ou pratiquement pas eu de contact

avec le milieu psychiatrique. Il serait intéressant d'explorer la vision qu'a le partenaire du dépressif suivi en milieu psychiatrique.

Le nombre d'entretiens réalisés a permis une saturation des données satisfaisantes pour le stade précoce de la dépression, le stade du diagnostic et les suites immédiates après la pose du diagnostic. Toutefois, on trouve peu d'éléments concernant le stade chronique de la dépression. En effet, les participants vivaient avec la dépression mais sans qu'elle soit réellement chronique. Ils étaient le plus souvent proches du stade d'espoir de la guérison. Il y a donc très peu d'entretiens étudiant le stade chronique de la maladie. Il pourrait être intéressant d'étudier le vécu des partenaires lors de la phase chronique de la dépression.

III. Comparaisons des résultats avec la littérature

A. De l'incompréhension à la compréhension : un processus évolutif du rôle d'aidant facilité par le professionnel de santé

La notion d'incompréhension était trouvée dans cette thèse et dans la littérature. Elle était un élément important qui entraînait un trouble dans l'équilibre du couple¹⁶.

Dans la littérature et dans cette thèse, l'incompréhension menait l'aidant à avoir un rôle dans la dépression. La notion de « lutter par ses propres moyens » était donc aussi présente pour permettre à l'aidant de pallier cette incompréhension et d'avoir un rôle optimal¹⁶.

Les moyens de lutter, souvent décrits par les aidants dans la littérature, sont similaires à ceux trouvés dans cette thèse, par exemple les activités annexes, l'information via les ressources externes telles la littérature et les informations par des professionnels de santé^{9,17,18}.

Utiliser ses propres moyens entraînait des « écarts » ou des « réussites » dans le développement du rôle et donc dans l'accompagnement. Ces « écarts » pouvaient entraîner un manque de confiance. Les aidants n'avaient pas d'autres choix que de se débrouiller seul. Ils devaient sans cesse combattre, à faire face à la maladie. Parfois, la recherche de solutions pour aider le dépressif était infructueuse, voire désespérée¹⁷. Le rôle des aidants devenait difficile car incertain¹⁶.

Si la notion de « réussites » était présente dans cette thèse, celle d'« écarts » ne l'était pas. En effet, la plupart des partenaires interrogés dans ce travail développaient des mécanismes de défense efficaces. Quand ils n'étaient plus efficaces, ils évitaient souvent cette impasse car ils redirigeaient toujours le dépressif vers le médecin généraliste pour la poursuite de l'accompagnement. Le médecin généraliste permettait aussi de favoriser l'apparition de la compréhension de la maladie chez le partenaire.

De même, la notion de se débrouiller seul¹⁷ et la remise en question de l'aidant^{19,20} étaient aussi présentes dans la littérature et dans la thèse. Cependant, ces deux notions se dissipaient souvent suite à l'intervention d'un professionnel de santé. L'orientation du dépressif vers un professionnel de santé permettait de partager le rôle dans l'accompagnement de la dépression entre le partenaire et le médecin.

Cette thèse montrait donc une nouvelle notion. Le partenaire développait des mécanismes de défense pour lutter contre l'incompréhension et acquérir un rôle d'aidant, par le « débrouiller seul ». Se débrouiller seul était une étape intermédiaire qui disparaissait quand le médecin entrait en jeu. Chaque processus développé était une ébauche de mécanisme de défense qui prenait de l'ampleur lorsque le diagnostic était posé.

Le rôle d'aidant était décrit comme un processus évolutif, cyclique et continu^{17,21,22}.

Dans le travail de Harris, Pistrang et Barker¹⁷, on trouvait aussi le fait que l'aidant devait toujours s'adapter aux besoins changeants du dépressif au cours du temps et donc remanier son rôle de soutien, tout en faisant attention à ses propos.

Dans le travail de Nosek²², la notion de rôle cyclique de l'aidant était aussi trouvée. Il commençait au stade de non connaissance de la maladie et était donc peu efficace. En identifiant, en prenant conscience, en comprenant la maladie, les

aidants pouvaient agir, temporiser ou ne rien faire face au comportement du dépressif. Le choix de l'action variait selon l'intensité ou le stade de la maladie.

Ce travail trouvait aussi ce processus évolutif du rôle du partenaire mais intégrait, en plus, la notion de changement d'état en passant de l'incompréhension à la compréhension. Par ailleurs, ce changement d'état était fortement facilité par la pose du diagnostic et l'orientation vers un professionnel de santé. La littérature ne fait pas état de l'impact du professionnel de santé dans ce processus évolutif du rôle du partenaire. Cette thèse intégrait une nouvelle notion qui est l'intégration du professionnel de santé au cours de l'évolution de la maladie. Cela permettait au partenaire d'être plus efficace auprès du dépressif en développant de façon intensive ses mécanismes de défense dits de « réussites », et d'améliorer la relation de couple.

B. Vision des soignants : importance de réaliser un diagnostic clair, complet et répondant aux attentes

Contrairement à ce qui était trouvé dans cette thèse, la pose du diagnostic n'apparaissait pas importante et le rôle du professionnel de santé était souvent critiqué dans la littérature.

Cette compréhension était importante mais elle se développait avec le temps et avec de la patience sans avoir recours à la pose du diagnostic¹⁷. Or, cette thèse soulignait l'importance du diagnostic comme étape cruciale de la compréhension de la maladie. Cela rejoint la notion de « se débrouiller seul », qui précédait nécessairement le diagnostic. Développer seul sa compréhension de la maladie peut donner une vision fautive de la dépression chez certains partenaires.

On trouve dans la littérature la notion de la dépression comme étant consécutive à un stress bien identifié (par exemple le travail) ou à une maladie somatique. Le fait de penser que la dépression était une maladie consécutive à un facteur déclenchant, renforçait l'idée que le dépressif était une personne faible et qu'il devenait malade à cause de cette faiblesse⁹. Cette notion était tout à fait opposée à celle de « maladie organique chronique » qui émergeait de ce travail.

Penser que la dépression est liée uniquement à un facteur déclenchant ou à une maladie somatique s'expliquerait par un défaut d'information ou une explication erronée.

Par ailleurs, les aidants n'étaient pas seulement désireux de rencontrer un professionnel de santé pour apporter de l'aide au dépressif mais ils espéraient aussi obtenir des informations concernant la maladie et le rôle qu'ils pouvaient endosser face au dépressif^{18,23}. La plupart du temps, les aidants étaient déçus du contact avec le professionnel de santé. Ils se sentaient frustrés face au manque d'information, au manque d'aide concernant le rôle qu'il pouvait jouer, et exclus de l'accompagnement^{9,17,22-25}. Dans cette thèse le partenaire avait l'impression de jouer un rôle important dans la maladie et se sentait correctement informé.

Dans l'article de Hansen et Buus⁹, le professionnel de santé sollicitait l'aidant pour motiver le dépressif à commencer ou à maintenir un traitement. Toutefois, cela était mal vécu par l'aidant, car cela lui imposait une pression supplémentaire et d'entretenir une relation conflictuelle avec le dépressif. Cette relation conflictuelle pouvait entraîner une déstabilisation du rôle que l'aidant s'était créé. Cette thèse montrait que le professionnel de santé sollicitait le partenaire à avoir un rôle de soutien, et non un rôle de médecin. C'était au professionnel de santé de s'occuper de l'observance, et au partenaire de soutenir le dépressif.

Néanmoins, quelques études montrent une vision positive des professionnels de santé. Dans l'étude de Stjernswärd et Ostman, les soins étaient importants, car ils permettaient d'engager une responsabilité partagée avec le soignant¹⁶. Cette notion de responsabilité partagée se rapprochait de la notion de « lâcher du lest » pour le partenaire. La prise en charge n'est pas uniquement celle du médecin ou du partenaire mais bien mutuelle sans que les rôles ne se confondent ou s'entremêlent. Chaque personne a un rôle bien distinct pour aider au mieux le dépressif.

Une étude²⁶ montrait l'importance du soutien des aidants par les professionnels de santé, ce qui était aussi mis en évidence dans cette thèse.

Une seule étude montrait aussi le fait que les aidants orientaient tout de même le dépressif vers un professionnel de santé²⁰.

Cette thèse montrait plutôt une vision favorable des professionnels de santé et de l'importance du diagnostic. Le médecin généraliste était vu comme un interlocuteur privilégié dans l'accompagnement de la dépression. La vision négative du soignant dans la dépression pourrait être expliquée par le fait que les études ont

été réalisées dans d'autres pays européens. En effet, en France, le médecin généraliste est l'interlocuteur privilégié en soins premiers. La vision favorable pourrait également être liée à la façon dont les professionnels de santé établissent le diagnostic et comment celui-ci est vécu par le partenaire.

Il est donc intéressant d'expliquer un diagnostic « dans les règles de l'art », c'est-à-dire en répondant aux interrogations, en prenant son temps, en accueillant les deux partenaires peut-être séparément, puis ensemble pour qu'ils aient toutes les informations à disposition. Tous ces éléments participent à un diagnostic de qualité, qui renforcera la vision positive des professionnels de santé. Ce diagnostic assurera une meilleure intégration du partenaire dans l'accompagnement lui permettant d'avoir un rôle efficace et bien défini. Cela permet aussi de créer une relation de confiance entre le partenaire, le médecin et le dépressif.

C. Informer la société est une barrière contre la stigmatisation

La vision négative et la stigmatisation de la société étaient souvent présentes dans cette thèse et dans la littérature^{9,16,23,27,28}.

La notion du manque de sensibilisation de la société pour la dépression était aussi mise en évidence. Celle-ci entraînait une stigmatisation de la maladie^{21,24,28}.

La stigmatisation de la dépression par la société renforçait l'idée que la dépression n'était pas une maladie. Elle était plutôt assimilée à une faiblesse de caractère voir même à un échec moral²³. Néanmoins, cette thèse trouvait l'importance pour les partenaires de briser cette stigmatisation pour éviter justement de catégoriser la dépression comme une faiblesse mais comme une véritable maladie.

Stigmatiser la dépression pouvait retarder l'acceptation de la maladie et entraînait un retard d'accompagnement de celle-ci. Ce retard induisait donc une aggravation des symptômes et l'apparition de conflits familiaux²⁸. En effet, cette thèse montrait bien la nécessité de reconnaître la dépression dans la société pour que le partenaire accepte mieux celle-ci et ne stigmatise pas lui-même le dépressif.

Dans ce travail, l'importance d'une information à grande échelle pour briser la stigmatisation et de considérer la dépression comme une maladie était une nouvelle notion.

D. Transformation du couple : une reconstruction bilatérale

L'adaptation du comportement du partenaire était essentielle à la reconstruction du couple.

La littérature et cette thèse évoquaient la notion d'adaptation du comportement de l'aidant comme un processus de transformation.

Les aidants devaient faire le deuil de leur vie avant l'apparition de la maladie, se rendre compte qu'il était impossible de revenir en arrière. Ce deuil permettait de refaçonner leur comportement pour s'éloigner du dépressif²¹. Cette notion de deuil se rapproche de la notion d'impossibilité de « retour à l'état antérieur » évoquée dans cette thèse.

Cette nouvelle perspective de deuil impliquait une auto-préservation de l'aidant²¹. Celle-ci entraînait donc une amélioration de l'équilibre du couple et permettait au partenaire de retrouver une identité d'aidant efficace.

S'auto-préserver et s'éloigner du dépressif permettait paradoxalement de se rapprocher et de mieux l'aider²¹. Cette notion existait aussi dans cette thèse en tant que nécessité de relativiser pour prendre de la distance et paradoxalement mieux soutenir le dépressif.

L'étude de Hansen et Buss⁹ a aussi évoqué un concept similaire de cette transformation de l'aidant. Il passait d'une identité « absorbée » à une identité « intégrée ».

L'identité « absorbée » correspondait à l'engagement important auprès du dépressif. Elle se créait entre le caractère « faible » du dépressif et la nécessité d'un caractère « fort » de l'aidant pour rééquilibrer la balance dans le couple. Cette notion de tout prendre en charge pour essayer de rééquilibrer le couple était également présente dans cette thèse. L'identité « absorbée » était donc assimilée au stade initial avant l'annonce de la dépression exposé dans ce travail.

L'identité « intégrée » arrivait par la suite pour maîtriser l'identité « absorbée ». Cette maîtrise se faisait grâce au développement de techniques de préservation, des mécanismes de défense que l'aidant va perfectionner. Au cours du temps, l'aidant faisait le deuil de la vie antérieure et comprenait l'impossibilité de gérer, et de tout faire pour le dépressif. Ce deuil permettait à l'aidant de développer cette identité « intégrée ». Cette notion de développement de l'identité « intégrée » se rapprochait de la notion du processus de « déconstruction », puis de « reconstruction ». Par ailleurs, ce processus de changement était décrit pour l'aidant alors qu'il intégrait également le dépressif dans ce travail. Ce processus de changement insistait donc sur la notion de couple qui était importante pour lutter contre cette maladie.

Enfin, ce travail permettait d'apporter des éléments complémentaires nouveaux en décrivant ce qui constitue les étapes de déconstruction et de reconstruction et en mettant en lien ces différentes étapes. Le partenaire essayait de revenir à un état antérieur à la dépression en tentant de tout supporter. Cette méthode était forcément infructueuse, car elle était trop difficile à vivre au quotidien. Il entamait donc une déconstruction de son mode de fonctionnement, grâce à la compréhension de la maladie et la discussion, pour essayer de rétablir un nouvel équilibre dans le couple.

La communication dans le couple était essentielle pour « travailler ensemble », mais était très difficilement réalisable dans les phases sévères de la maladie¹⁷. Le rétablissement de la communication ne s'avérait possible qu'une fois la reconstruction du partenaire et du dépressif réalisée. Cette reconstruction du dépressif et l'apparition d'un nouvel équilibre dans le couple ne pouvaient être débutées qu'à partir du moment où la maladie était accompagnée d'un point de vue médical.

E. Vision d'ambivalence du traitement

Il existe très peu d'études sur la perception des médicaments par le partenaire et son entourage. Souvent, une vision péjorative ressortait de cette thèse et de la littérature^{27,29}. Le fait que les aidants associaient la dépression à un trouble cognitif ou comportemental entraînait une diminution de l'adhésion au traitement^{27,29}. Dans l'étude observant la vision de la population sud-américaine²⁷, les médicaments

étaient vus comme entraînant une addiction. La prise des médicaments déclenchait une désapprobation familiale et créaient des conflits familiaux. Néanmoins, cette thèse montrait bien que le partenaire acceptait plus facilement la prise des traitements quand la dépression était considérée comme une véritable maladie. La reconnaissance de la dépression en tant que maladie et la suppression des idées reçues permettraient une amélioration de l'adhésion au traitement.

Enfin, cette thèse mettait en évidence, en plus de la vision négative existante dans la littérature, une vision positive et essentielle des médicaments. En effet, les partenaires n'avaient pas d'autres choix que d'accepter la prise des médicaments, car ils voyaient qu'ils étaient efficaces et permettaient la guérison de la maladie. Initialement négative, la perception des médicaments devenait ambivalente lorsqu'il constatait leur efficacité. Il pourrait être intéressant d'étudier de façon plus approfondie la vision qu'a le partenaire des médicaments.

F. Espoir et avenir : l'incertitude du partenaire

La notion d'espoir a aussi été évoquée dans la littérature. L'espoir était considéré comme un élément clé de la motivation du partenaire, mais aussi comme permettant de se projeter dans le futur. L'espoir permettait d'appréhender le futur de façon plus positive¹⁶. Le partenaire devait s'adapter à la maladie pour alimenter cet espoir¹⁶. Conformément à la littérature, ce travail retrouvait cette notion d'espoir de la guérison et de projection dans l'avenir.

Mais, dans la littérature cet espoir était souvent teinté d'un sentiment de solitude, d'épuisement, de désespoir et de résignation. Même avec de l'espoir, le futur restait incertain¹⁶. Il était composé d'un mélange d'appréhension et d'espoir. La majorité des études comprenaient le concept de l'avenir, en soulignant l'impact persistant que la dépression peut avoir sur les aidants, même si la maladie semble stabilisée. La principale crainte était celle de la rechute. Cette crainte amplifiait l'incertitude de l'avenir²¹.

En revanche, cette thèse mettait en évidence la notion de banalisation, d'adaptation face à la maladie et non la notion d'incertitude et de crainte de la rechute. Les partenaires interrogés dans ce travail avaient tendance à considérer un

futur soit avec une guérison de la dépression, soit avec une conscience d'une non-guérison. Dans tous les cas, le partenaire s'était adapté à cette nouvelle relation de couple en banalisant la situation. Cette thèse montrait que, quel que soit le futur, le partenaire se faisait à l'idée des deux situations et s'y préparait.

Or, l'étude de Harris, Pistrang et Barker, retrouvait aussi la menace de rechute. Celle-ci n'existait que chez un seul couple, lequel disait « avoir les armes » pour y faire face¹⁷. S'adapter à la maladie pourrait permettre de développer l'espoir d'une amélioration.

Néanmoins, la plupart des partenaires interrogés n'avait pas vécu longtemps avec la dépression. Il pourrait être intéressant d'explorer leur vécu dans le cadre d'une ou de plusieurs rechutes de la dépression, ou d'une dépression chronique.

CONCLUSION

L'expérience des partenaires apportait une vue globale des différents comportements dans l'accompagnement de la dépression. Cette vision est très intéressante à prendre en compte pour améliorer l'accompagnement global du dépressif.

En intégrant le partenaire, son vécu et son ressenti, le médecin généraliste peut disposer des outils complémentaires pour prendre en charge le dépressif, permettant de mieux comprendre son environnement socioprofessionnel, familial et environnemental.

Intégrer le partenaire dans l'accompagnement lui permet d'avoir un rôle essentiel dans le bien être du dépressif sans être délaissé face à la maladie. Cet équilibre est assuré par le médecin généraliste qui guide le partenaire vers un rôle efficace sans tomber dans l'échec et l'abandon du dépressif. Ce rôle du médecin désigne donc le partenaire comme l'accompagnateur principal du dépressif.

Cependant, dans la pratique, la consultation de médecine générale se déroule uniquement avec le dépressif. Il est rare que le patient soit accompagné de son partenaire ou bien que le partenaire en discute spontanément avec le médecin généraliste lors d'une consultation pour un autre motif. Parfois, Il arrive que les deux partenaires n'aient pas le même médecin généraliste, ce qui peut compliquer cet accompagnement.

Par ailleurs, les problèmes éthiques relatifs au secret médical peuvent se poser si le partenaire entre en jeu dans la dépression. Il faut donc obtenir l'accord du dépressif. On ne peut pas imposer l'accompagnement du dépressif, car s'il refuse, cela entraînerait une réticence voire même un refus de soin. Il serait intéressant de recueillir l'avis du dépressif.

De plus, le médecin généraliste pourrait être réticent face à cet accompagnement à la fois du dépressif et du partenaire en raison du secret médical qui serait brisé. Il obtiendrait des informations complémentaires mais se sentirait impliqué de façon importante dans l'intimité du couple. De ce fait, l'objectivité pourrait laisser place à la subjectivité.

Que pense le dépressif de l'intégration de son partenaire ? Le dépressif souhaite-t-il que son partenaire occupe une place prépondérante dans l'accompagnement de sa maladie ? Quel est l'avis du médecin généraliste sur cet accompagnement des deux partenaires ? Autant de questions en suspens qui mériteraient d'être explorées.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. OMS | La dépression. WHO (2015). Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/fr/>. (Accessed: 6th June 2015)
Dernière fois consulté le 13/03/2016
2. Anadep, la plus vaste enquête grand public sur la dépression en France - Mai 2009.
3. Hamadé, M. La dépression en soins primaires. À partir de l'étude ECOGEN. 88 (2014).
4. Taleb, M., Rouillon, F., Hegerl, U., Hamdani, N. & Gorwood, P. Les programmes d'action contre la dépression. *L'Encéphale* **32**, 9–15 (2006).
5. Olié, E. & Courtet, P. Dépression récurrente : facteurs de risque, facteurs de vulnérabilité. *L'Encéphale* **36**, S117–S122 (2010).
6. Zieba, A., Jawor, M. & Dudek, D. [Marital problems in depressive patients: a review of the literature and own clinical investigations]. *Psychiatr. Pol.* **30**, 511–520 (1996).
7. Johnson, S. L. & Jacob, T. Sequential interactions in the marital communication of depressed men and women. *J. Consult. Clin. Psychol.* **68**, 4–12 (2000).
8. Benazon, N. R. & Coyne, J. C. Living with a depressed spouse. *J. Fam. Psychol. JFP J. Div. Fam. Psychol. Am. Psychol. Assoc. Div.* **43** **14**, 71–79 (2000).
9. Hansen, J. O. & Buus, N. Living with a depressed person in Denmark: A qualitative study. *Int. J. Soc. Psychiatry* **59**, 401–406 (2013).
10. Amiri, S. *et al.* Factors related to marital satisfaction in women with major depressive disorder. *Iran. J. Psychiatry* **7**, 164–169 (2012).
11. Nielsen, J. Mental Disorders in Married Couples (Assortative Mating). *Br. J. Psychiatry* **110**, 683–697 (1964).
12. van Wijngaarden, B., Schene, A. H. & Koeter, M. W. J. Family caregiving in depression: impact on caregivers' daily life, distress, and help seeking. *J. Affect. Disord.* **81**, 211–222 (2004).
13. Magliano, L. *et al.* Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* **33**, 405–412 (1998).

14. Mueser, K. T., Webb, C., Pfeiffer, M., Gladis, M. & Levinson, D. F. Family burden of schizophrenia and bipolar disorder: perceptions of relatives and professionals. *Psychiatr. Serv. Wash. DC* **47**, 507–511 (1996).
15. Perlick, D. *et al.* Burden experienced by care-givers of persons with bipolar affective disorder. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* **175**, 56–62 (1999).
16. Stjernswärd, S. & Ostman, M. Whose life am i living? Relatives living in the shadow of depression. *Int. J. Soc. Psychiatry* **54**, 358–369 (2008).
17. Harris, T. J. R., Pistrang, N. & Barker, C. Couples' experiences of the support process in depression: A phenomenological analysis. *Psychol. Psychother. Theory Res. Pract.* **79**, 1–21 (2006).
18. Skundberg-Kletthagen, H., Wangensteen, S., Hall-Lord, M. L. & Hedelin, B. Relatives of patients with depression: experiences of everyday life. *Scand. J. Caring Sci.* **28**, 564–571 (2014).
19. Muscroft, J. & Bowl, R. The impact of depression on caregivers and other family members: Implications for professional support. *Couns. Psychol. Q.* **13**, 117–134 (2000).
20. Bottorff, J. L., Oliffe, J. L., Kelly, M. T., Johnson, J. L. & Carey, J. Surviving men's depression: Women partners' perspectives. *Heal. Interdiscip. J. Soc. Study Health Illn. Med.* **18**, 60–78 (2014).
21. Priestley, J. & McPherson, S. Experiences of adults providing care to a partner or relative with depression: A meta-ethnographic synthesis. *J. Affect. Disord.* **192**, 41–49 (2016).
22. Nosek, C. L. Managing a depressed and suicidal loved one at home: impact on the family. *J. Psychosoc. Nurs. Ment. Health Serv.* **46**, 36–44 (2008).
23. Badger, T. A. Family Members' Experiences Living with Members with Depression. *West. J. Nurs. Res.* **18**, 149–171 (1996).
24. Highet, N. J., McNair, B. G., Davenport, T. A. & Hickie, I. B. 'How much more can we lose?': carer and family perspectives on living with a person with depression. *Med. J. Aust.* **181**, (2004).
25. Highet, N., Thompson, M. & McNair, B. Identifying depression in a family member: the carers' experience. *J. Affect. Disord.* **87**, 25–33 (2005).
26. González, L. A. M., Romero, Y. M. P., López, M. R., Ramírez, M. & Stefanelli, M. C. The experience of family caregivers of older people with depression. *Rev. Esc. Enferm. USP* **44**, 32–39 (2010).
27. Interian, A., Martinez, I. E., Guarnaccia, P. J., Vega, W. A. & Escobar, J. I. A Qualitative Analysis of the Perception of Stigma Among Latinos Receiving Antidepressants. *Psychiatr. Serv.* **58**, 1591–1594 (2007).

28. Radfar, M., Ahmadi, F. & Fallahi Khoshknab, M. Turbulent life: the experiences of the family members of patients suffering from depression. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* **21**, 249–256 (2014).
29. Sher, I., McGinn, L., Sirey, J. A. & Meyers, B. Effects of Caregivers' Perceived Stigma and Causal Beliefs on Patients' Adherence to Antidepressant Treatment. *Psychiatr. Serv.* **56**, 564–569 (2005).

ANNEXES

Annexe 1 : Version finale du guide d'entretien

CR ROM joint

Annexe 2 : Verbatims

CD ROM joint

AUTEUR : Nom : CASCIANI Prénom : Antoine

Date de Soutenance : 18/10/2017

Titre de la Thèse : Le partenaire d'un patient dépressif a-t-il sa place dans l'accompagnement de celui-ci en médecine générale ?

Thèse - Médecine - Lille 2017

Cadre de classement : Médecine Générale

Mots-clés : Dépression, Accompagnement, Partenaire, Médecin généraliste, Recherche qualitative, Couple.

Contexte : La dépression est une maladie fréquente. Le médecin généraliste y est confronté quotidiennement. Il existe peu d'études discutant l'intérêt de l'accompagnement du partenaire.

Objectif : L'objectif était de s'intéresser aux partenaires des patients dépressifs dans le but de chercher de nouvelles pistes d'amélioration de l'accompagnement de la dépression.

Méthodes : Analyse par théorisation ancrée de 10 entretiens compréhensifs de partenaires de patients dépressifs habitant en métropole lilloise. La saturation des données a été vérifiée et une triangulation de l'analyse a été réalisée.

Résultats : Pour le partenaire, son intégration dans l'accompagnement de la dépression était importante. Cette maladie créait un déséquilibre au sein du couple et une incompréhension chez le partenaire. Il devait créer des mécanismes de défense et faire face seul à la maladie. Il comprenait vite la nécessité d'orienter le dépressif vers le médecin généraliste pour réaliser le diagnostic de dépression. Il permettait au partenaire de passer de l'incompréhension à la compréhension des symptômes et de considérer la dépression comme une maladie organique. Le diagnostic permettait aussi au partenaire de renforcer son rôle d'aidant. Le couple passait par plusieurs étapes avec, d'abord, une tentative au retour à l'état antérieur à la dépression, puis à la déconstruction des deux partenaires pour construire un nouveau couple équilibré grâce à la remise en place de la discussion. Cet équilibre fonctionnait grâce à une relation triangulaire avec le médecin généraliste, qui permettait au partenaire de relativiser et de ne pas être le thérapeute du dépressif. La renaissance de ce couple permettait d'avoir un espoir de guérison.

Conclusion : L'expérience des partenaires apporte une vue globale des différents comportements dans l'accompagnement de la dépression. Cette vision semble être intéressante à prendre en compte pour améliorer la prise en charge globale du dépressif.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Cottencin Olivier

Asseseurs :

Monsieur le Professeur Thomas Pierre

Monsieur le Docteur Calafiore Matthieu

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Cunin Michel