

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Année : 2023

N° : 84

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Mention Psychiatrie

PAR

Aliénor Herrade Marie DEVRAINNE

Née le 23 février 1997 à Strasbourg

SANTÉ MENTALE, PSYCHOTROPES ET THÉRAPIES COMPLÉMENTAIRES :

UNE ÉTUDE QUALITATIVE DES REPRÉSENTATIONS

ET MOTIFS DE RECOURS CHEZ LES PATIENTS

Président de thèse : Gilles BERTSCHY, Professeur

Directeur de thèse : Fabrice BERNA, Professeur

C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

CE - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

FRANÇOIS BIVET (100)
FRANÇOIS BOUCLIER
FRANÇOIS PÉTRICAVIC
FRANÇOIS TRÉPPE
FRANÇOIS TRÉPPE
FRANÇOIS TRÉPPE

CE - MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE

JACQUES SÉLIER
D. LOUQUÉ (100)

CE - MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

DESJARDIN Denis
FRANÇOIS SÉLIER
DE LAUNAY JACQUES
DESJARDIN Denis
DE LAUNAY JACQUES

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTUC Christophe	- Pôle de Médecine Générale - Service de Médecine Générale (Hôpital de la Croix-Rouge, CHU de Strasbourg)
Dr BARRONNIER Michel	- Pôle de Médecine Générale - Service de Médecine Générale (Hôpital de la Croix-Rouge)
Dr CHIFFOLEAU Sébastien	- Pôle de Médecine Générale - Service de Médecine Générale (Hôpital de la Croix-Rouge)
Dr KASSOUBI Fatma	- Pôle de Médecine Générale - Service de Médecine Générale (Hôpital de la Croix-Rouge)
Dr LECHEVALIERE Sylvie	- Pôle de Médecine Générale - Service de Médecine Générale (Hôpital de la Croix-Rouge)
Dr MARCHAND Michel	- Pôle de Médecine Générale - Service de Médecine Générale (Hôpital de la Croix-Rouge)
Dr MONTAUDO Vincent	- Pôle de Médecine Générale - Service de Médecine Générale (Hôpital de la Croix-Rouge)
Dr PERRELLI Jérôme	- Pôle de Médecine Générale - Service de Médecine Générale (Hôpital de la Croix-Rouge)
Dr RIZI David	- Pôle de Médecine Générale - Service de Médecine Générale (Hôpital de la Croix-Rouge)
Dr DE BONO DIMITRIOU Denis	- Pôle de Médecine Générale - Service de Médecine Générale (Hôpital de la Croix-Rouge)
Dr DE BONO DIMITRIOU Catherine	- Pôle de Médecine Générale - Service de Médecine Générale (Hôpital de la Croix-Rouge)
Dr DUBOISCH Wladimir	- Pôle de Médecine Générale - Service de Médecine Générale (Hôpital de la Croix-Rouge)
Dr DE MESSIS Vincent	- Pôle de Médecine Générale - Service de Médecine Générale (Hôpital de la Croix-Rouge)

Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je

sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

Remerciements

Au Professeur Fabrice Berna, de m'avoir accordé sa confiance et avoir accepté de diriger cette thèse. Ton accompagnement, ton enthousiasme, ta disponibilité m'ont permis de m'investir pleinement et de manière confiante dans ce travail de longue haleine.

Au Professeur Gilles Bertschy, de me faire l'honneur de présider ce jury. Je tenais à vous remercier pour l'écoute et le soutien que vous m'avez apportés depuis le début de l'internat.

Au Docteur Guillaume Belouriez, merci pour tes apprentissages d'une richesse inouïe, qui ont, il me semble, déjà fait évoluer ma pratique. Je te remercie également d'avoir accepté de siéger à cette soutenance de thèse.

Au Professeur Laurence Verneuil, d'avoir accepté d'apporter un point de vue critique sur cette thèse, et de siéger à sa soutenance.

A tous les patients ayant accepté de participer à cette étude qui m'ont accordé leur confiance et m'ont offert l'opportunité de mettre en œuvre ce travail.

Aux différents médecins généralistes, psychiatres qui ont proposé une participation à leurs patients et à ceux qui m'ont accordé du temps pour me transmettre un peu de leur savoir.

A Mamilie, ma grand-mère, merci pour ton dévouement envers nous. Notre proximité est la preuve que certaines épreuves de vie peuvent renforcer des liens déjà très forts.

A Papi, qui m'a accompagné lors de mes premiers pas dans de nombreuses activités, et écrivait alors la première page d'une très belle histoire.

A ma mère, qui a toujours tout fait pour que nous soyons heureux, et que l'on croit en nos rêves. Merci de m'avoir transmis l'amour de la nature, et de l'effort.

A mon père, qui a tout mis en œuvre pour nous transmettre sa curiosité et sa fibre manuelle, que je cherche à développer autant que possible.

A Inès, qui prend encore et toujours son rôle de grande sœur très à cœur, merci de m'avoir montré qu'aucun sommet n'est trop grand pour être gravi, *Sky is the limit !*

A François, mon grand frère, avec qui j'ai partagé de nombreux moments heureux, et qui a toujours fait preuve d'une grande générosité. Merci également pour ton aide qui m'a permis de mener à bien ce travail en comblant mes lacunes informatiques.

A Sixtine, qui obtient la palme de la plus longue amitié et n'a jamais douté de la force de notre relation.

A Sophie, merci pour ta présence malgré quelques-uns de mes moments d'absence, et ta détermination admirable.

A Lucile, merci pour notre amitié qui m'a permis de trouver un socle durant des années adolescentes faites de doutes et de remises en question.

A Ophélie, merci pour ton sourire. Ta résilience est admirable et exemplaire.

A Laurelyne, merci pour ton écoute, et tes conseils avisés.

A Shiva, merci pour ta présence soutenante, bienveillante, joyeuse et ininterrompue ces dernières années. Et à Luca, avec qui nous avons joyeusement célébré mon choix pour la psychiatrie.

A Claire, « mon interne », merci pour l'amitié riche et inattendue que nous avons construite, et tes encouragements lorsque j'en avais le plus besoin.

A Katherine, dont la présence, la bienveillance et le soutien indéfectible m'ont été si précieux.

A William, merci pour ton intérêt, ton soutien, et pour m'avoir mise sur la voie du DU de

psychothérapie.

A Maud, merci pour ton écoute bienveillante durant ce dernier semestre et pour nos échanges constructifs.

A tous les autres internes que j'ai eu la chance de découvrir durant ces trois dernières années : à Marie-Sarah, Louison, Hélène, Bastien, et aux autres que je ne cite pas.

A Sarah, qui m'a soutenue pendant le confinement pour surmonter les difficultés, les doutes et les craintes rencontrés durant la D4, et par la suite.

A Julien, qui croit en moi depuis bientôt cinq ans, m'aide à construire ma propre confiance et veille à sa pérennité architecturale. Merci pour tous nos échanges, et pour ton amour.

Aux équipes parmi lesquelles j'ai eu la chance d'évoluer.

A l'unité A de Cronenbourg, qui m'a accompagnée durant mes premiers mois d'internat.

A l'équipe du 3011. A Kelly ma co-interne, et à Charlotte ma seconde co-interne, merci d'avoir comblé ce semestre de discussions toutes plus enrichissantes les unes que les autres.

A l'équipe de pédopsychiatrie d'Erstein, à Estelle et Sonia pour nos échanges et au Dr Elisa Dussard pour m'avoir initiée à la pratique de la psychothérapie, à laquelle j'aspire désormais avec conviction et passion.

A l'équipe des urgences de la clinique psychiatrique pour m'avoir intégrée de manière naturelle et spontanée. A tous les psychiatres de l'équipe, je vous remercie d'avoir participé, tous et chacun à votre façon, à la constitution de ma propre identité de médecin. Et à Pierre, mon co-interne, merci pour ton intérêt sincère. Je remercie également l'équipe soignante et Rachida, pour leur accompagnement et sans qui ce semestre n'aurait pas été le même...

A l'équipe de gérontopsychiatrie de Mulhouse, et aux patients que j'y ai rencontrés qui ont très certainement été les premiers témoins d'une ébauche psychothérapique.

A tous mes co-futures-diplômés du DU de psychothérapie intégrative avec qui nous formons un système unique.

A tous les autres, que je ne cite pas mais qui se reconnaîtront je l'espère, je vous remercie de m'avoir soutenue et accompagnée, j'espère continuer à vos côtés.

Table des matières

I. Introduction.....	22
II. Méthodologie.....	28
1. Pourquoi une étude qualitative ?	28
2. Une démarche qualitative, compréhensive.....	29
2.1. Principes de la démarche compréhensive	29
2.2. Risques d'une démarche compréhensive.....	31
2.3. Gestion des risques	32
3. Population de l'étude	33
3.1. Définition de la population de l'étude	33
3.2. Constitution de la population de l'étude.....	34
4. Recueil des données	36
5. Méthode d'analyse.....	38
6. Aspects éthiques et réglementaires.....	38
III. Traitement des données	40
1. Description des troubles psychiques	40
1.1. Troubles dépressifs	40
1.2. Troubles anxieux.....	42
1.3. Troubles psychotiques.....	43
1.4. Troubles du sommeil.....	44
1.5. Troubles addictifs.....	44
1.6. Troubles somatoformes.....	45
1.7. Idées noires ou suicidaires	45
1.8. Troubles du comportement alimentaire et troubles obsessionnels compulsifs	46
2. Analyse des représentations de la santé mentale	46
2.1. Une définition de la santé mentale.....	46
2.2. Causes de bonne santé mentale.....	51
2.3. Causes de mauvaise santé mentale	59
3. Analyse de la place des TC	70
3.1. Des réflexions et croyances personnelles	73
3.2. Des informations extérieures, ou leur absence	81
3.3. Des expériences personnelles	87
3.4. Le hasard.....	93
4. Analyse de la place des psychotropes	94
4.1. Des réflexions et croyances personnelles	96
4.2. Des informations extérieures	100
4.3. Des expériences personnelles	105
5. Analyse des réponses annexes.....	108
5.1. Des représentations particulières de la vie.....	108
5.2. Une posture engagée.....	110
5.3. Une relation thérapeutique centrale	112
5.4. Le souhait d'une prise en charge holistique	114
IV. Discussion	117
1. Résultats du traitement des données.....	117

2. Le choix du recours thérapeutique et ses déterminants	122
3. Discussion de la scientificité de l'étude.....	123
4. Apports de l'étude.....	127
5. Ouverture.....	129
V. Conclusion	132
VI. Annexes.....	135
1. Lettre d'information.....	136
2. Formulaire de consentement	139
3. Guide semi-structuré	140

Glossaire

TC = Thérapies Complémentaires

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

ECR = Essais Contrôlés Randomisés

HAS = Haute Autorité de Santé

INM = Interventions Non Médicamenteuses

NPIS = Non Pharmacological Intervention Society

MeSH = Medical Subject Heading

INSERM = Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

ANSM = Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

EBM = Evidence-Based Medicine

ANM = Agence Nationale de Médecine

DSM = Diagnostic and Statistical Manual

CIM = Classification Internationale des Maladies

IASP = International Association for the Study of Pain

I. Introduction

L'essor de la consommation de psychotropes et la croissance de l'utilisation des thérapies complémentaires génèrent, pour des raisons distinctes, des inquiétudes d'ordre sanitaire.

Il semble exister parallèlement des réticences de la part de la population à l'égard de l'une et/ou de l'autre de ces thérapeutiques. En effet, plusieurs rencontres et discussions ont mené l'investigateur au constat d'un rejet de certaines interventions thérapeutiques (conventionnelles ou non conventionnelles), sans toutefois d'explications substantielles à ce refus. C'est à ce niveau qu'a émergé la question de recherche, car il a semblé nécessaire de comprendre les tenants et les aboutissants de ces inquiétudes, et de comprendre sur quoi se fonde la décision de recourir à telle ou telle thérapeutique. Cette compréhension est importante pour le médecin car elle peut lui permettre de mieux assurer l'obligation d'information qui lui incombe vis-à-vis du patient.

L'objectif de cette étude est donc double : clarifier les motivations qui conduisent certains patients à recourir à des thérapies complémentaires ou à des psychotropes pour soigner leurs troubles de santé mentale, explorer à contrario les raisons des réticences des patients à recourir aux thérapies complémentaires ou aux psychotropes.

D'après une enquête Harris Interactive publiée en 2019, les Français ont une image favorable de l'acupuncture et l'homéopathie, qui font donc partie des TC les plus utilisées (1).

Nous avons donc choisi de traiter la question des psychotropes d'une part, de l'homéopathie et de l'acupuncture d'autre part, que nous regrouperons ici sous le terme de thérapies complémentaires.

Notre travail de compréhension s'est basé sur plusieurs travaux, que sont d'une part, l'étude interprétative phénoménologique, outil d'analyse d'exploration élaboré par Jonathan Smith s'étant lui-même inspiré des théories de la phénoménologie d'Edmund Husserl ou de Martin Heidegger, qui insistent sur la nécessité de recueillir le vécu des sujets afin d'en comprendre la psychologie (2) ;

d'autre part, le travail de Hervé Dumez, dans son ouvrage « Méthodologie de la recherche qualitative », qui fait état des caractéristiques d'une étude qualitative (3), de ce qui la différencie d'une étude quantitative, de ses risques et des moyens à mettre en œuvre afin de les éviter (4).

Nous questionnerons donc, à travers une démarche compréhensive, la construction du choix thérapeutique et ses déterminants, dans une population de patients souffrant de troubles psychiques et ayant recours aux TC ou aux psychotropes dans ce contexte.

Selon l'OMS, en 2019, 1 personne sur 8 présentait un trouble mental (5). En 2020, ce nombre a considérablement augmenté suite à la pandémie de Covid19. D'après une étude publiée dans « The Lancet » en 2021, les troubles anxieux et les troubles dépressifs auraient été majorés (6).

A ce jour, pour soulager les troubles mentaux, une grande disparité de thérapies conventionnelles ou complémentaires sont disponibles. Parmi elle, existent des interventions médicamenteuses et non médicamenteuses.

Les thérapies conventionnelles se composent notamment des psychotropes, mais aussi d'interventions non médicamenteuses comme la psychothérapie, des programmes d'activité physique, etc. Nous détaillerons essentiellement les psychotropes.

Est définie comme « psychotrope » « toute substance agissant sur le système nerveux central » (7).

Philippe Lemoigne ajoute que « les molécules composant les produits psychotropes ont plus spécifiquement pour objet de modifier (d'accroître ou de réduire) les transmissions cérébrales opérées par les neuromédiateurs (dopamine, sérotonine, noradrénaline) dont la dérégulation serait à l'origine des troubles de l'humeur, de l'anxiété ou de la dépression » (8) quand ils sont utilisés dans les indications pour lesquelles leur preuve est démontrée. Il existe donc un consensus fort quant à leur intérêt dans la médecine conventionnelle inscrite dans le courant de la médecine basée sur les preuves (ou evidence-based medicine en anglais), dont le paradigme actuel repose sur la triade données issues de la science (dont les ECR), préférence du patient, et expérience du professionnel de santé (9).

Les psychotropes font toutefois l'objet de nombreuses critiques actuellement, prescrits en quantité croissante depuis les années 1980 (10). D'après la HAS, une personne sur deux de plus de 70 ans consommerait des anxiolytiques ou hypnotiques de manière prolongée (11). C'est dans ce contexte que la HAS a rédigé un rapport visant à améliorer la prescription des psychotropes chez la personne âgée, pour réduire l'iatrogénie à laquelle les personnes âgées sont particulièrement vulnérables. Le courant de la dé-prescription qui se développe en gériatrie et en psychiatrie vise un même but, celui d'encourager une utilisation si possible parcimonieuse, à la dose minimale efficace, en monothérapie et en la réévaluant, des psychotropes pour éviter les associations inutiles, les doses trop élevées ou les durées trop longues (12).

Les INM comprennent de nombreuses thérapies diverses et variées. Elles sont définies ainsi par le NPIS (société savante comprenant notamment des chercheurs impliqués dans l'évaluation des INM):

« Une intervention non invasive et non pharmacologique sur la santé humaine fondée sur la science. Elle vise à prévenir, soigner ou guérir un problème de santé. Elle se matérialise sous la forme d'un produit, d'une méthode, d'un programme ou d'un service dont le contenu doit être connu de l'utilisateur. Elle est reliée à des mécanismes biologiques et/ou des processus psychologiques identifiés. Elle fait l'objet d'études d'efficacité. Elle a un impact observable sur des indicateurs de santé, de qualité de vie, comportementaux et socio-économiques. Sa mise en œuvre nécessite des compétences relationnelles, communicationnelles et éthiques. »

Une classification a été établie en fonction du type d'intervention selon qu'elles soient psychologique, physique, nutritionnel, numérique, ou autre (13).

La HAS a rédigé un rapport soulignant que certaines thérapies non médicamenteuses sont à prescrire en première intention, notamment dans des cas d'insomnie ou de risques cardio-vasculaires (14). Elle évoque aussi leur utilisation possible (sans les recommander) dans les lombalgies chroniques ou des pathologies comme l'endométriose, considérant que même en l'absence de données scientifiques probantes, leur rapport bénéfice risque pourrait être plutôt favorable.

Les thérapies complémentaires (ou non conventionnelles) désignent « des méthodes à visée préventive ou thérapeutique qui agissent en complémentarité avec d'autres méthodes validées » (15). Comme leur nom l'indique, elles viennent en complément des traitements conventionnels. Le MeSH a établi une liste exhaustive des thérapies complémentaires, parmi lesquelles nous retrouvons des approches médicamenteuses (comme l'homéopathie ou la phytothérapie) et des approches non médicamenteuses : l'acupuncture, l'ostéopathie, la kinésiologie, la méditation, l'hypnose, le qi gong, le yoga, et bien d'autres encore (16–18).

L'acupuncture est une technique issue de la médecine traditionnelle chinoise. Elle repose sur la théorie du yin et du yang (le déséquilibre de ces entités considéré comme étant à l'origine des pathologies) et de la circulation d'énergie (le Qi) le long de vecteurs invisibles, les méridiens. La technique consiste en la stimulation de points d'acupuncture, zones définies sur l'axe des méridiens énergétiques du corps (16).

En 2014, un rapport sur l'efficacité et la sécurité de l'acupuncture a été rendu par l'INSERM, concluant à une efficacité supérieure à une absence de soin pour traiter douleurs chroniques, nausées et vomissements, et à une prévalence faible des effets indésirables (19).

Les indications de l'acupuncture sont reconnues par l'OMS, avec un haut niveau de preuve pour certaines indications, comme les céphalées, les rachialgies, les douleurs post-opératoires, les nausées et vomissements. On retrouve un niveau de preuve modéré pour les troubles psychiatriques ou les troubles digestifs (15).

L'homéopathie est une thérapie médicamenteuse élaborée par Samuel Hahnemann au XVIII^{ème} siècle, dont les principes se basent sur la loi des similitudes (les semblables guérissent les semblables) et de la dilution (20). Elle figure aujourd'hui parmi les médicaments contrôlés par l'ANSM.

Le remboursement des médicaments homéopathiques a toutefois fait l'objet de nombreuses discussions. La décision gouvernementale de mettre un terme à la prise en charge du remboursement par la sécurité sociale a fait suite à la décision rendue par la HAS en 2019, considérant que les preuves

d'efficacité étaient insuffisantes (21). Le déremboursement est effectif depuis le 1^{er} janvier 2021. L'homéopathie reste néanmoins largement utilisée, notamment en France. En effet une enquête Harris Interactive menée sur 1500 français en 2019 a relevé que 33% avaient recours à l'homéopathie (1), une étude IPSOS, que 56% des Français ont eu recours au moins une fois à l'homéopathie en 2012 (22). De plus, son importance est défendue par certains professionnels de santé, notamment dans les soins de support en oncologie (23).

Les TC, bien que peu documentées par les techniques scientifiques actuellement à notre disposition, sont largement utilisées dans le cadre de troubles psychiques (16).

De nombreuses études reposent encore essentiellement sur une méthodologie quantitative, maniant un nombre important de données peu spécifiques et visant à répondre à des questions bien définies a priori.

Ce type d'étude prend peu en compte les expériences personnelles du patient, ses ressentis, et ainsi les besoins qu'il peut formuler en dehors de ce qui peut être déjà connu ou attendu des chercheurs, alors même que la préférence du patient est l'un des piliers du paradigme actuel de l'EBM.

L'ANM s'efforce de communiquer de la manière la plus claire sur la place des thérapies complémentaires dans les soins, et de manière plus précise sur leurs bénéfices et leurs risques. C'est ainsi que, comme nous avons pu le voir, plusieurs organisations œuvrent à élargir les recherches dans ce champ des thérapies, dans un souci d'information et de transparence.

En effet, dans une société actuelle où la tendance est à la recherche de soins toujours plus performants, il est nécessaire de protéger les individus contre tout abus et notamment contre toute dérive sectaire (16).

Il existe actuellement de nombreuses interventions thérapeutiques disponibles pour les troubles psychiques. Il est indispensable d'en apporter une information claire et appropriée aux individus afin de coconstruire une décision thérapeutique adaptée au patient et à sa situation.

Certaines études montrent qu'il existe des éléments déterminant le recours (ou son absence) à

certaines thérapeutiques, l'un de ces déterminants étant le trouble en lui-même. En effet, d'après une étude publiée en 2017, les individus auraient moins recours aux médicaments dans le cadre de troubles psychiatriques que dans le cadre de maladies somatiques (24).

Une autre étude menée en 2002 a montré que plusieurs individus issus de professions différentes pouvaient avoir des modèles très différents de la santé mentale et des troubles psychiques (25). Les troubles psychiques peuvent en effet revêtir une dimension plutôt organique, sociale, systémique, etc. Ainsi des prises en charge différentes peuvent être proposées face à une même problématique, perçue différemment.

Il semble donc pertinent, au vu des précédents travaux étudiant les éléments déterminants les choix thérapeutiques, de se demander comment les patients souffrant de troubles psychiques choisissent les moyens thérapeutiques vers lesquels ils se tournent et plus précisément quels sont les éléments déterminants de ce choix.

II. Méthodologie

1. Pourquoi une étude qualitative ?

Le choix de recourir à une étude qualitative s'est imposé d'emblée, celle-ci étant jugée comme la méthode la plus adaptée pour répondre à notre question de recherche, et cela pour plusieurs raisons que nous allons énoncer.

D'une part celle-ci est considérée comme « première chronologiquement et logiquement » d'après Hervé Dumez qui procède par analogie en rappelant qu'il est nécessaire de savoir quels éléments constituent un corps, avant de savoir en quelles proportions ils s'y trouvent.

Le recours à une étude quantitative complémentaire revêt l'intérêt de pouvoir confronter ce que les répondants disent de leurs actions (dans le cadre d'une analyse qualitative) et ce qu'ils font vraiment (dans le cadre d'une étude quantitative, pouvant analyser objectivement les actions à travers d'autres matériaux). Toutefois, nous avons pris le parti de nous concentrer sur la première étape, qualitative, au vu du temps et des moyens humains dont nous disposions.

D'autre part, nous avons élaboré la question de recherche avec pour intention de comprendre les représentations des participants, considérant la subjectivité comme primordiale. Il était donc évident de pouvoir recueillir leurs expériences et le sens qu'ils donnent à celles-ci, à travers un discours riche et détaillé, étant rendu possible par des entretiens individuels et par une « démarche compréhensive ». Celle-ci permet d'objectiver la manière dont les individus agissent, interagissent dans une logique de démarche scientifique (3).

Le recours à des focus groupes, riches par la possibilité qu'ils offrent aux participants d'argumenter leurs réflexions auprès d'autres individus, n'a pas été envisagé. Nous avons choisi de mener des entretiens individuels afin de permettre aux participants d'aborder des sujets délicats, et d'éviter de les placer dans une situation d'embarras vis-à-vis d'autrui. Nous suivons

en cela le conseil des auteurs de l'article « Introduction à la recherche qualitative » (26).

Une raison supplémentaire du recours à une étude qualitative fut la volonté de l'investigateur d'une rencontre inédite, d'un contact direct avec un individu, qui n'est ici plus patient mais participant tout comme l'investigateur.

Enfin, l'échantillon d'étude s'est composé d'un petit nombre de sujets, le dessein poursuivi étant la compréhension fine des représentations de quelques individus plutôt que l'élaboration des représentations générales d'un grand nombre.

2. Une démarche qualitative, compréhensive

La démarche qualitative implique d'une part un recueil de données s'intéressant aux mots plutôt qu'aux chiffres, d'autre part le traitement de ces données. L'application d'une rigueur méthodologique de bout en bout permet à l'étude d'acquérir un certain niveau de qualité scientifique (26).

Nous allons décrire les différentes étapes nécessaires à la réalisation d'une telle étude, mais également les risques d'une « démarche compréhensive » et les moyens de les éviter.

2.1. Principes de la démarche compréhensive

Il s'agit tout d'abord de définir une question de recherche afin d'envisager quelle population et quel type de recueil de données seraient adaptés à cette question.

A cela fait suite le recueil de données qui peut s'opérer par différents moyens (entretiens, enregistrement vidéo...).

Après retranscription des données, le traitement du matériel expérimental peut débuter. Il s'agit donc comme l'énonce Hervé Dumez de « comprendre comment les acteurs agissent et interagissent parfois en faisant des erreurs ». Bien que la description soit un élément essentiel

de cette démarche, il ne suffit donc pas de s'y arrêter, et il faut bien travailler à faire la distinction entre « la situation telle que la vivent les acteurs et la situation telle qu'elle est vue par le chercheur ». C'est la « mise en tension » de ces différents points de vue qui crée l'analyse. Ota Weinberger souligne la nécessité, outre celle relative à la description de l'individu pensant et agissant, de « l'effort d'interprétation de l'observateur qui, en reconstruisant de manière interprétative les caractéristiques intentionnelles de l'action, essaie de comprendre le comportement observé de la personne agissante, comme une action » (3,27).

Concrètement, le traitement des données peut s'opérer de différentes manières.

Hervé Dumez énonce deux principes différents, qu'il affirme plutôt opposés l'un à l'autre.

D'une part le principe « d'attention flottante », évoqué pour la première fois par Sigmund Freud, avec pour souci d'écouter l'entièreté du discours de ses patients (3,28). L'attention flottante consiste à ne pas s'accrocher à des détails durant l'entretien psychanalytique, mais à écouter tout le discours sans que les pensées et les réflexions du psychanalyste ne se fixent sur des éléments précis du contenu, au risque d'occulter de nombreux éléments précieux.

D'autre part le principe du codage pur, reposant sur la « théorisation ancrée », théorie élaborée en 1967 par Barney Glaser et Anselm Strauss qui envisagent que la théorie émerge du matériau lui-même et qu'aucun présupposé théorique ne doit interférer avec le traitement des données (3,29). Ce codage pur pose toutefois plusieurs problèmes.

Le premier qui se rapproche du risque de circularité a été évoqué par Karl Popper qui affirme qu'on ne part pas d'observations empiriques pures mais de problèmes théoriques (3,30). De ce fait, que tout chercheur s'engagerait avec des présupposés théoriques dans un travail de recherche.

Un autre risque évoqué par Hervé Dumez est celui relatif aux relations entre les concepts. Il développe l'idée que celles-ci les précèdent. Il peut donc apparaître comme naïf de coder des

concepts et d'établir des relations entre eux par la suite.

Enfin, le codage pur qui consiste en un découpage complet du texte en unité de sens est un processus bien trop long et laborieux pour le rendre applicable en pratique.

Magali Ayache et Hervé Dumez proposent un codage multithématique. Il se compose de plusieurs règles : relever des thèmes en nombre suffisant pour quadriller le matériau, ne pas structurer prématurément l'analyse, chercher l'hétérogénéité des thèmes et le recoupement possible des thèmes entre eux (31,32).

En pratique, un verbatim peut se retrouver dans deux thèmes différents. Il faut s'appliquer à dégager des thèmes dotés d'une réelle signification, constituant une généralité minimale (pour que celui-ci ne devienne pas un fourre-tout d'unités de sens qui se ressemblent trop peu entre elles), mais dont la différence avec les autres thèmes est la plus faible possible. Enfin, il est essentiel de mettre en liens les différents thèmes entre eux, de mettre en évidence des relations entre les thèmes.

2.2. Risques d'une démarche compréhensive

Il existe, d'après Hervé Dumez, trois risques principaux lorsque l'on s'engage dans une étude qualitative (22).

Premièrement, le risque des acteurs abstraits, qui est celui de ne pas parvenir à montrer des acteurs en action, principe même de la démarche qualitative.

Deuxièmement, le risque de circularité, celui de trouver ce que l'on s'attendait à trouver, en laissant de côté (intentionnellement ou non) ce qui pourrait infirmer la théorie que l'on cherchait à confirmer. Diane Vaughan déclare de manière clairvoyante que « Le paradoxe de la théorie c'est qu'au même moment où elle nous dit quoi regarder, elle peut nous empêcher de voir » (3,33).

Enfin, il existe un risque défini par Bertalanffy, le risque du phénomène d'équifinalité (3,34), c'est-à-dire de ne pas reconnaître qu'un phénomène peut advenir de différents processus, et ainsi de conclure à tort à un mécanisme unique, en omettant l'existence potentielle d'autres processus explicatifs.

2.3. Gestion des risques

Il existe plusieurs moyens de gérer ces risques.

Le risque des acteurs abstraits peut-être contourné par la détermination d'une unité d'analyse.

Celle-ci peut être définie en répondant à deux questions principales.

La première consiste à se demander : « De quoi mon cas est-il un cas ? » (3,33)

La seconde revient à s'interroger : « A quoi vais-je m'intéresser ? », ce qui relève pour Karl Popper d'un « point de vue préconçu de sélection » (3,35).

Dans le cadre de notre travail, l'unité d'analyse peut être définie comme l'ensemble des déterminants qui pourraient orienter le choix d'avoir recours à une thérapeutique ou l'autre (ce à quoi nous nous intéressons) dans une population de patients souffrants de troubles psychiques et ayant recours à l'une ou à l'autre des interventions thérapeutiques (de quoi mon cas est-il un cas ?). Nous pourrions ainsi appréhender les actions concrètes des répondants, les voir agir, interagir, et éviter le risque des acteurs abstraits.

Plusieurs stratégies peuvent être adoptées pour éviter le risque de circularité.

D'une part il est nécessaire de ne pas débiter la recherche avec un bagage théorique trop contraignant. Il faut s'attacher à ce que la théorie oriente la recherche mais ne la structure pas par des théories réductrices. D'autre part, il est intéressant de confronter des histoires hypothétiques, terme utilisé par Robert Sutton et Barry Staw (3,36), autrement dit celles attendues au regard des théories sur lesquelles on s'appuie au début de la recherche, et les

histoires réelles, racontées par les participants durant le recueil de données.

Il faut également souligner que le fait de chercher à réfuter une théorie permet de minimiser le risque de circularité.

Enfin, Hervé Dumez décrit deux méthodes permettant de ne pas négliger le phénomène d'équifinalité. Celui d'une part d'user des hypothèses rivales plausibles (3) dans les entretiens, c'est-à-dire d'envisager d'autres raisons ayant pu mener à une situation actuelle, mais également l'usage du « raisonnement contrefactuel » qui correspondrait au fait de demander au répondant « Que ce serait-il passé si... ? » permettant de lui faire envisager d'autres issues (37).

3. Population de l'étude

3.1. Définition de la population de l'étude

Nous avons présupposé que les patients traités par TC et ceux traités par psychotropes pourraient avoir des représentations différentes (vis-à-vis de la santé mentale, des TC et des psychotropes). C'est pourquoi nous avons initialement choisi de créer deux groupes, les patients y étant intégrés au regard de la thérapeutique à laquelle ils ont recours. Le recours exclusif à une thérapeutique avait été considéré comme un critère nécessaire d'inclusion, afin de pouvoir envisager que les différences de représentations entre les deux groupes puissent, en effet, dépendre de la thérapeutique utilisée.

L'objectif résidait donc d'abord dans le fait de pouvoir comparer les représentations des deux groupes entre eux, plus que des individus entre eux.

Nous avons rencontré des difficultés pour recruter des patients ayant recours exclusivement à une thérapeutique, le recours exclusif aux TC étant très peu fréquent comparativement au recours en complément d'une médecine conventionnelle (38).

Cela nous a mené à recruter des participants ayant recours simultanément aux psychotropes et

aux TC. La disparité des profils de patients ainsi obtenue a finalement permis le recueil d'un large contenu d'informations hétérogènes, et le traitement des données s'en est trouvé enrichi. La comparaison des groupes entre eux n'a finalement pas paru essentielle, la démarche compréhensive amenant déjà suffisamment d'informations en elle-même.

3.2. Constitution de la population de l'étude

Nous avons contacté des médecins généralistes pratiquant l'homéopathie ou l'acupuncture d'une part, ou prescrivant majoritairement des psychotropes d'autre part, et leur avons expliqué les modalités de l'étude par courriel ou de manière orale. Après avoir reçu leur accord, une lettre d'information validée par le comité d'éthique et de recherche leur a été envoyée afin qu'ils puissent proposer à certains de leurs patients une participation à l'étude. Il est important de souligner que, d'après les informations que nous en avons reçues rétrospectivement, les patients informés ont probablement été présélectionnés par les praticiens eux-mêmes, cela entraînant probablement un biais de volontariat.

Le recrutement a eu lieu de juillet 2022 à janvier 2023.

Les critères d'inclusion étaient initialement les suivants : avoir atteint la majorité, être traité exclusivement par psychotropes ou exclusivement par des thérapies complémentaires (acupuncture ou homéopathie dans cette étude) dans l'objectif de soulager un trouble psychique (le terme trouble psychique regroupait à la fois une souffrance psychique, ou un trouble psychiatrique diagnostiqué).

Un trouble psychiatrique non stabilisé constituait un critère de non-inclusion.

Nous avons ajouté un critère d'inclusion quelques mois après le début du recrutement, celui d'avoir recours à la fois à des TC et à des psychotropes.

Devant des difficultés de recrutement importantes causées par une absence de retour de la part

de certains praticiens, ou par le refus d'autres de proposer une participation à l'étude à leurs patients, nous avons fait le choix d'élargir notre recrutement aux participants consultant chez des psychiatres et de rechercher d'autres médecins pratiquant les TC, ou prescrivant majoritairement des psychotropes.

Le recrutement effectué, il s'agissait ensuite de contacter les participants afin de convenir d'une date d'entretien.

Dix-sept individus ont accepté la proposition de leur médecin de participer à l'étude. L'un des répondants ayant accepté le premier contact auprès de son médecin après la fin du recrutement, un contact a été établi avec seulement seize d'entre eux.

Deux sujets n'ont pas été inclus, l'une ne présentant pas de troubles psychiques, l'autre ne souhaitant pas poursuivre suite à l'appel téléphonique permettant la prise de contact.

Au total, quatorze participants ont été inclus, ont signé un formulaire de consentement et ont donné leur accord pour participer à un entretien.

Les participants avaient entre 32 et 69 ans, ils étaient huit femmes et six hommes.

Nous avons constitué trois groupes de participants : recours exclusif aux psychotropes, recours exclusif aux TC, et recours actuellement aux deux. A noter que les participants ayant eu recours à une thérapie mais n'y ayant plus recours furent intégrés dans le groupe relatif à la thérapie à laquelle ils ont recours actuellement de façon exclusive.

Nous avons donné un numéro d'anonymisation à chaque participant, précédé par la lettre « P » comme « participant » dans la suite de ce travail. Les trois groupes constitués sont les suivants :

-Recours exclusif aux TC : P 2-3-5-8-10-11-12

-Recours exclusif aux psychotropes : P 1-6-7-9-13

-Recours aux deux : P 4-14

4. Recueil des données

Nous avons choisi de recueillir des données par le biais d'entretiens individuels, semi-structurés, réalisés par un seul investigateur. Nous avons fait le choix de ne pas multiplier les sources de données, par soucis de temps, et donc de qualité de l'analyse.

Le guide d'entretien a été élaboré en amont des entretiens intégrant la succession de plusieurs questions délibérément ouvertes afin de permettre aux participants de s'exprimer de manière libre et descriptive sur leurs expériences vécues et leurs ressentis. Hormis la première question qui permettait d'entrer dans le vif du sujet, les autres questions pouvaient être posées dans un ordre aléatoire, aux moments qui semblaient alors opportuns, voire même abordées spontanément par le répondant.

Nous avons suivi certaines recommandations de Janet Powney et Mike Watts (comme le fait de poser des questions ouvertes, d'utiliser le vocabulaire du participant, de faire preuve d'empathie, et de se permettre d'avoir recours à l'humour) quant à la manière de diriger ce type d'entretien (39). Gérald Boutin, lui, affirme dans son ouvrage « L'entretien de recherche qualitatif : théorie et pratique » qu'il n'est pas envisageable de prescrire des règles infaillibles pour interroger un individu lors d'un entretien de recherche (40). Ainsi, nous avons également fait confiance à nos capacités de communication.

La trame utilisée pour l'entretien ainsi que les questions posées pouvaient être adaptées par l'investigateur en fonction des réponses des participants et de l'expérience acquise au fur et à mesure des entretiens, mais également si le répondant ne parvenait pas à y répondre, ou à en saisir le sens.

L'investigateur pouvait ajouter des questions de relance s'il sentait que la réponse pouvait ou méritait d'être approfondie.

Les entretiens étaient enregistrés à l'aide d'un dictaphone puis retranscrits à l'écrit. Nous avons accédé à la demande d'une participante de récupérer l'enregistrement de son entretien.

Ils débutaient par une information sur le sujet de l'étude ainsi que ses objectifs, les participants étant alors encouragés à poser des questions afin de recevoir d'autres explications.

A cela faisaient suite la signature du formulaire de consentement et la remise d'une information concernant l'anonymisation des données et la possibilité de retirer son consentement à tout moment.

Ensuite, l'investigateur se reposait sur le guide d'entretien semi-structuré et scindé en quatre grandes parties :

- « Que représente pour vous le fait d'être en bonne santé mentale » et « Quelles peuvent être les causes d'une bonne ou d'une mauvaise santé mentale ? »

Cela permettait aux participants d'aborder d'une part de manière très ouverte le sujet, d'autre part de préciser leur propos.

- « Avez-vous déjà, personnellement, fait l'expérience d'un trouble de santé mentale ? » et « Avez-vous déjà eu recours à des TC dans ce cadre-là ? Si oui, lesquelles ? Avez-vous déjà eu recours aux psychotropes dans ce cadre-là ? Si oui lesquels ? »

- « Quelle est d'après vous la place des TC pour soulager certains troubles psychiques ? »

- « Quelle est d'après vous la place des psychotropes pour soulager certains troubles psychiques ? »

Les entretiens ont été réalisés entre le mois de septembre 2022 et le mois de mars 2023.

Ils ont duré entre 25 et 55 minutes. Ils se sont déroulés au cabinet médical des praticiens ou en visio-conférence lorsque la localisation géographique ne permettait pas des entretiens en présentiel.

5. Méthode d'analyse

Le traitement des données a tout d'abord nécessité une première lecture vigilante mais non sélectionnante des verbatims, sur le principe de « l'attention flottante », afin de saisir les discours des répondants dans leur entièreté, sans que les présupposés de l'investigateur puisse en occulter certaines données. Cette manière de lire a été adoptée à chaque fois que l'investigateur relisait les verbatims, afin de ne pas délaissier une quelconque information, qui pouvait spontanément ne revêtir que peu de sens pour le chercheur.

Le travail de codage impliquant la mise en évidence, dans les verbatims, d'éléments ayant du sens pour les participants a ensuite pu débuter. Les unités de sens ont ensuite été rassemblées en thèmes, concepts plus généraux, et des relations ont pu être décelées entre les thèmes.

Nous avons tenté de comparer certaines données relevées dans les différents groupes.

Toutefois cela est rapidement apparu comme secondaire dans la démarche compréhensive et n'a de ce fait pas constitué une préoccupation centrale.

Un schéma explicatif empreint de dynamisme et faisant appel à une réflexion créative a enfin vu le jour, et permis de voir émerger une représentation globale et lisible des résultats.

6. Aspects éthiques et réglementaires

Suite à la formulation de la question de recherche et de ses modalités de réalisation, une demande a été déposée au Comité d'Ethique et de Recherche. L'accord du CER nous a été donné le 11 juillet 2022, avec le code « CER#2022-16 » pour référence.

Dans ce document figurent les aspects réglementaires de l'étude qui sont les suivants :

anonymisation des données par remplacement du nom et prénom de chaque participant par un code numérique, absence des données pouvant mener à l'identification d'un participant dans le document final, signature d'un formulaire de consentement par le participant et l'investigateur,

information quant à la possibilité de le retirer à tout moment, droit d'accès aux données à caractère personnel, droit de rectification de celles-ci, droit d'opposition à la transmission des données susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées, droit à la limitation du traitement des données personnelles, possibilité pour l'investigateur d'utiliser les données recueillies en cas de retrait de consentement, droit de demander par courrier à l'investigateur la destruction des données si le patient souhaitait que les données recueillies ne soient pas utilisées, possibilité d'une information sur les résultats de l'étude sur simple demande auprès de l'investigateur.

Les retranscriptions des entretiens, les notes de l'investigateur, la liste d'anonymisation, ainsi que le protocole de l'étude et ses éventuelles modifications seront conservées 10 ans après le début du travail, et ne seront accessibles qu'aux investigateurs.

La lettre d'information aux participants, ainsi que le formulaire de consentement ont été conçus par les investigateurs.

La lettre d'information permettait d'apporter une explication claire sur le contexte et les objectifs de l'étude, sur le déroulé des entretiens, les bases légales de l'étude, ainsi que les droits des participants.

Avant le début de chaque entretien, les participants étaient informés à l'oral des modalités légales de l'étude, et encouragés à poser des questions s'ils le souhaitaient.

Le formulaire de consentement était délivré le jour de l'entretien, et la signature de celui-ci permettait l'analyse des entretiens et l'utilisation des résultats obtenus.

Le nom des praticiens ayant participé au recrutement des participants et le nom des praticiens que les participants ont évoqués durant les entretiens ont également été anonymisés.

III. Traitement des données

1. Description des troubles psychiques

L'une des questions figurant dans le questionnaire semi-dirigé concernait les troubles psychiques rencontrés par les participants.

Les différents troubles évoqués par les participants étaient les suivants : troubles dépressifs ou mal-être de manière plus générale, troubles anxieux, troubles psychotiques, troubles du comportement alimentaire, troubles du sommeil, troubles addictifs, troubles obsessionnels compulsifs, idées noires ou suicidaires. Ils ont été définis par les participants eux-mêmes, sur la base de ce que les professionnels de santé avaient pu diagnostiquer ou sur la base de leurs propres ressentis. Nous n'avons pas tenté de redéfinir les termes utilisés par les participants, menant une étude reposant sur le vécu subjectif des patients et non sur des diagnostics médicaux.

Les troubles psychiques évoqués par la suite ne correspondent donc pas à des diagnostics ayant une définition précise comme la donnent le DSM ou la CIM mais bien à des ressentis personnels des participants. Nous les avons toutefois regroupés en thèmes génériques communs, cités ci-dessus, afin de pouvoir les décrire de manière plus approfondie par la suite.

Nous n'avons pas utilisé les numéros d'anonymisation des participants, ne souhaitant pas que ceux-ci puissent être reconnus par les médecins ayant permis leur recrutement. Ainsi, nous tentons d'éviter le risque que les médecins puissent attribuer les verbatims présents dans la suite de l'analyse à certains de leurs patients.

1.1. Troubles dépressifs

Les troubles dépressifs, ou un mal-être de façon plus générale sont les plus majoritairement

représentés, la plupart des participants évoquent le fait d'en avoir souffert.

Une participante relate un séjour vacancier en soulignant sa détresse et son mal-être : « Mais je voulais rentrer tous les jours, je pleurais toute la journée. »

Une participante rapporte une « blessure », explique qu'elle a « pété un câble » à l'occasion d'une remise en question existentielle et demandé à un proche de l'emmener à l'hôpital psychiatrique.

Un autre participant déclare avoir été « au fond de la piscine », dans le cadre d'une « très très grande dépression ».

Enfin, l'un d'eux explique qu'il n'a jamais « perdu la relation avec le monde », toutefois il a souffert d'une « forme de tristesse, une forme de tristesse généralisée qui peut engendrer parfois de l'inertie, qui peut engendrer un manque de désir ».

Nous devons souligner que ce patient est le seul à avoir d'abord affirmé qu'il n'avait pas souffert de trouble de sa santé mentale, qu'il définit d'emblée comme le fait de « faire en sorte que ce qui nous affecte ne soit pas plus puissant que ce que nous sommes capable de vivre et de faire et donc c'est pouvoir interagir avec le monde de manière ouverte, saine et détendue ».

Il précise finalement durant l'entretien sa définition de la santé mentale :

« En fait j'ai parlé de relations mais dans la santé mentale il y a aussi la dimension d'un bien-être physique et psychologique qui fait que quelque part on est en capacité de ressentir de la joie et peut-être que finalement la définition, parce que tout à l'heure la question m'a surprise et que j'avais pas de définition de la santé mentale, mais peut-être bien que oui c'est avoir la capacité d'être en relation mais c'est surtout finalement avoir la capacité de ressentir de la joie. »

Il relate alors ce dont il a souffert : « Une sorte de cercle vicieux se met en place qui engendre en permanence de la tristesse et donc voilà j'ai connu des périodes comme ça dans ma vie ».

Nous pouvons ainsi voir que le fait que l'on se considère en bonne ou en mauvaise santé mentale peut dépendre, au-delà des ressentis, de la définition que l'on a de cette santé mentale.

Deux autres participants évoquent une perte de désir et de motivation : « Je faisais rien... j'aurais pu rester à la maison toute la journée », « Tristesse non, c'était ... je n'avais plus de goût à la vie, plus l'envie d'aller travailler, plus l'envie de me lever le matin, plus... c'était le manque d'envie, carrément, et le fait de me foutre de tout. Pour moi plus rien n'avait d'importance. »

Une participante envisage d'autre part l'influence de la dépression sur ses propres représentations. Elle déclare alors : « J'ai trouvé la Grèce, que c'était moche, que c'était pas beau. Je n'ai pas pris plaisir. Franchement, pas du tout », et affirme que cette représentation a pu être influencée par le fait qu'elle allait mal.

Aaron T. Beck, psychiatre, a été le premier à décrire l'existence des distorsions cognitives, schémas cognitifs erronés impliqués dans les troubles dépressifs ou anxieux (41).

Une participante explique avoir souffert d'un burn-out : « Nerveusement, physiquement je pouvais plus », associé à « un épuisement complet » ainsi qu'une dépression du post partum avant cela, qu'elle ne détaille pas plus.

Enfin, un participant déclare avoir été « sur les genoux », mais également d'avoir souffert d'irritabilité, un symptôme pouvant accompagner la tristesse dans le trouble dépressif.

1.2. Troubles anxieux

Les troubles anxieux en général sont également retrouvés chez de nombreux participants.

Deux d'entre eux disent respectivement avoir été « très angoissée », et « stressé et anxieux ».

L'un d'eux déclare avoir « fait des crises d'angoisse et de tachycardie au volant », et avoir souffert de « peur panique d'être seul [...] s'il devait y avoir une crise de panique qui devait engendrer de [...] tomber dans les pommes ». Il détaille alors son propos en déclarant : « Je

tremblais de la tête aux pieds. Les mains, j'avais l'impression que c'était du caoutchouc, le volant qu'il était du chewing-gum, la bouche complètement sèche et je transpirais. J'avais des palpitations. »

Une participante déclare au sujet de son travail : « Il y a eu un burn-out, c'est-à-dire qu'après je ne pouvais même plus imaginer mettre un pied là-bas sans avoir des bouffées d'angoisses, de rage quoi, de tout ce qu'on veut. Donc c'est plus gérable. »

Certains participants décrivent une angoisse physiquement paralysante, l'une d'eux explique : « Moi si je fais de l'angoisse et ben je ne suis pas bien, je ne peux plus conduire, moi j'ai ce genre de choses, je ne peux plus aller d'une pièce à l'autre, je ne peux plus conduire, je suis pas bien. » Un autre participant explique lui aussi avoir été paralysé par l'angoisse : « La première crise m'a tellement paralysé. J'étais tétanisé, tétanisé au volant, je pouvais même plus lâcher le volant. »

Enfin, une participante rapporte des difficultés dans la vie quotidienne en lien avec un trouble anxieux : « J'ai peur de la foule dans le tram, et dans le bus, et en ville j'ai peur de la foule aussi. [...] Je fais des attaques de paniques et des crises d'angoisse. »

1.3. Troubles psychotiques

Les troubles psychotiques sont, eux aussi, décrits par plusieurs participants.

L'une d'eux décrit une période de sa vie de manière très détaillée :

« J'ai eu des hallucinations auditives et visuelles très fortes et je ne sais même pas encore aujourd'hui ce que sont les termes médicaux de ce que j'ai vécu à part “bouffée délirante” mais je pense qu'il y avait de la paranoïa aussi, et en même temps un syndrome de mégalomanie et je me suis considérée comme l'élue à un moment à pleins de niveaux, j'ai accouché de Jésus, j'ai cru que je devais réparer l'électricité du monde, voilà des

choses comme ça, j'ai cru que j'avais fait mourir des gens, que j'étais moi-même morte, que j'étais la dernière à mourir et que je venais d'atterrir au pays des immortels. »

Une autre participante donne une description très précise de l'expérience vécue dans le cadre d'une décompensation psychique :

« J'ai perdu le sens de la réalité ça m'a complètement coupé de la vie autour de moi, de mon corps parce que je ne mangeais plus je méditais tout le temps, et à la fin j'ai failli mourir donc j'ai fait un vrai décrochage et là je me suis retrouvée en HP et effectivement je voyais plus trop la réalité parce que je ne savais pas si j'allais aller à l'hôpital ou si mes amis les extra-terrestres allaient venir me chercher en soucoupe volante. »

Un participant a rencontré durant l'entretien de vraies difficultés à s'exprimer sur le sujet : « Si, je m'en souviens, j'ai peur de vous le dire », « Si j'en parle, vous allez me dire : “Vous n'êtes pas normal”. » Il exprime finalement la sensation de n'avoir plus été lui-même lors des épisodes psychotiques : « Mais je suis pas moi-même. Si vous voulez, c'est pas..., ce n'est pas moi qui le fait quoi, l'action, c'est à dire je suis dans un second état », et déclare : « Je m'en souviens. C'est ça qui est terrible. » On soulève là, probablement, l'expérience de la dissociation.

1.4. Troubles du sommeil

Certains troubles rapportés par les participants concernaient également le sommeil.

Un participant explique souffrir « dans les périodes de stress de l'hypersomnie plutôt que de l'insomnie ». Deux d'entre eux évoquent brièvement les troubles du sommeil, sans plus de précision.

1.5. Troubles addictifs

Les troubles addictifs, eux sont décrits par quelques participants notamment l'un d'entre eux qui

déclare : « Quand je commence à fumer, je fume comme un cinglé, quand je commence à boire, je bois beaucoup, c'est pour ça que j'ai soigneusement évité de me droguer parce que je sais que je me serais drogué comme un taré. »

1.6. Troubles somatoformes

Les troubles somatoformes ou les troubles en lien avec des troubles somatiques de manière plus générale sont évoqués par quelques participants. L'une d'eux décrit : « J'avais des angoisses, j'avais des tensions musculaires que ça me bloque partout [...] ça me fait un effet en fait à l'intérieur de mon corps. », « Chaque fois que je tombe malade. C'est pas... je ne suis pas malade... C'est mon corps qui réclame psychologiquement, c'est mental. »

Une autre participante déclare : « C'était psychosomatique. Moi j'avais des problèmes de dos, des problèmes d'intestins. Encore maintenant... »

Enfin, une patiente explique : « Euh ben c'était lié avec l'herpès génital, mais finalement en fait l'herpès génital était lié à la blessure et donc finalement on revenait sur le même fond. Oui c'était lié quoi. »

1.7. Idées noires ou suicidaires

Enfin, nous avons pu mettre en évidence l'apparition d'idées noires ou suicidaires chez plusieurs participants.

L'une d'eux déclare : « C'était vraiment une catastrophe, à tel point où à certains moments, je me demandais ce que je faisais, ce que je faisais sur terre, c'était horrible. »

Un autre participant évoque des douleurs dont il a souffert et qui ont déclenché des idées suicidaires à plusieurs reprises : « Les fois où je me suis retrouvé avec le revolver dans la bouche c'est quand je me suis dit : “Là c'est bon, c'est ingérable. J'arrive plus à gérer, je sais

ce que je dois faire.” Bon je l’ai pas fait ! Mais vous êtes envahi d’idées noires et suicidaires. Ça c’est clair. »

Une autre participante raconte les idées noires qu’elle a eues dans un contexte de questions existentielles à la suite d’un épisode psychotique : « Là, sont venues la tristesse et l’angoisse et là j’avais vraiment envie de me foutre en l’air parce que ma vie elle n’avait plus aucun sens pour le coup. »

1.8. Troubles du comportement alimentaire et troubles obsessionnels compulsifs

Les troubles du comportement alimentaire sont évoqués brièvement par quelques participants, tout comme les TOC.

Les différents troubles que nous avons décrits sont présents chez les trois groupes de patients, sauf les troubles du comportement alimentaire et les TOC cependant bien moins représentés de manière générale dans l’échantillon. Il apparaît donc peu de différences entre les groupes, au regard de la nature des troubles psychiques.

2. Analyse des représentations de la santé mentale

Nous allons nous concentrer d’une part sur les réponses apportées par les participants quant à leurs représentations de la santé mentale, d’autre part sur ce qu’ils envisagent être des causes de bonne et de mauvaise santé mentale.

2.1. Une définition de la santé mentale

La première question posée aux patients était : « Que représente pour vous le fait d’être en bonne santé mentale ? »

Les répondants ont exprimé des difficultés à définir la bonne santé mentale, comme P10 qui

rapporte : « Ça, c'est compliqué, parce qu'en fait je ne sais même pas ce que c'est que d'être en bonne santé mentale » et P14 qui déclare que cela est « trop difficile d'être en bonne santé mentale ».

Dans l'ensemble, de nombreuses réponses employant des expressions très diverses ont été données. Toutefois, il nous a été possible de mettre en évidence quatre thèmes, distincts mais évoqués de manière assez unanime par les répondants. Ils permettent de définir la bonne santé mentale et sont les suivants : un sentiment positif, la notion de capacité, d'équilibre relationnel, et enfin de désir.

2.1.1. Un sentiment positif

Le fait d'être en bonne santé mentale est lié à un sentiment positif pour de nombreux participants.

P5 déclare en effet que cela peut se rapprocher du fait de « ressentir de la joie », P4 au fait de « trouver le calme et la sérénité ».

P1 rapporte que cela correspond pour elle au fait de « profiter des plaisirs » comme le cinéma, les vacances. P10 utilise le même terme en déclarant « profiter au jour le jour », mais également le fait d'être « content de vivre ».

Plusieurs participants situent ce sentiment positif notamment P4 qui définit cela par le fait d'« être bien dans son corps et dans sa tête », P6 et P11 qui définissent respectivement cela par le fait d'« être positif dans sa tête », et de ressentir « un bien être au niveau de l'esprit ».

2.1.2. Une notion de capacité

Plusieurs répondants relient le fait d'être en bonne santé mentale à une certaine notion de capacité.

Celle-ci peut être représentée par la possibilité de réaliser une tâche de manière concrète, comme P1 et P13 qui soulignent respectivement le fait de pouvoir « s'occuper de chez soi », et de « pouvoir conduire ».

P6 et P13 rendent sensible à la nécessité d'une forme de capacité physique en soulignant respectivement l'importance de « ne pas être fatigué, être opérationnel », et d'« être en forme ».

P3, tout en définissant la bonne santé mentale comme « l'absence de pathologie particulière », précise que celle-ci n'est « pas radicalement éloignée de toute crise [...] quelqu'un qui est en bonne santé peut avoir à certains moments peut-être des complications », une définition qui résonne avec celle de P5 qui définit la santé mentale comme le fait d'« être en capacité de réagir avec une certaine sagesse aux événements de la vie et de ne pas se laisser emporter et déborder par les émotions. Faire en sorte que ce qui nous affecte ne soit pas plus puissant que ce que nous sommes capable de vivre et de faire », et ajoute finalement : « Peut-être bien que oui c'est avoir la capacité d'être en relation [...] mais c'est surtout finalement avoir la capacité de ressentir de la joie. »

Ces deux participants mettent tous deux en évidence la possibilité de traverser des crises sans toutefois être en mauvaise santé mentale.

2.1.3. Une notion d'équilibre relationnel

La notion d'équilibre, de fonctionnement harmonieux avec le monde revêt une importance particulière dans les représentations d'une bonne santé mentale.

En effet, P5 pense qu'il est nécessaire d'avoir « une interaction avec le monde de manière saine et détendue », tandis que P8 définit la bonne santé mentale comme le fait de « fonctionner harmonieusement avec le monde tout en étant en accord avec ses valeurs profondes ». P11 parle de « cohésion totale » avec les personnes qui l'entourent, les animaux, la nature.

2.1.4. Une notion de désir

Enfin, nous relevons dans les nombreuses explications concernant la représentation de la bonne santé mentale la notion de désir. P5 souligne en effet l'importance d'« avoir des désirs à soi », et P9 de « pouvoir faire les choses que l'on désire ». P7 évoque de manière plus concrète le fait d'« avoir des projets » et de « savoir ce [qu'il veut] », et P12 le fait de ne pas « ressasser le passé », tout en précisant :

« Si je regarde le passé, c'est mort quoi. D'ailleurs c'est mort quoi, le passé c'est passé. Tandis que si je regarde le futur en me disant : “Ça va être chouette.” Ouais c'est aussi ça. C'est-à-dire si je projette mon futur avec : “Je vais galérer”, là ça va être compliqué. Mais si je projette le futur en me disant : “Ça va bien se passer, je gère ça”, si j'ai des projets aussi, si j'ai pas de projets c'est la loose, si j'ai des projets qui me tiennent à cœur. »

Elle déclare également que la bonne santé mentale est le fait de « ne pas avoir de pensées suicidaires ». P12 rend donc attentif à l'importance des désirs représentés ici par des projets dans le futur, et la nécessité de l'absence d'idées suicidaires, le suicide pouvant représenter de manière très concrète l'absence de projets.

Nous avons mis en évidence quatre thèmes distincts que sont un sentiment positif de bien être, le fait de se sentir capable, l'impression d'un équilibre avec le monde qui nous entoure, et enfin l'expression de ses propres désirs. Nous ne notons pas de divergence importante entre les participants, ou entre les différents groupes.

Ces quatre thèmes semblent pouvoir s'intégrer dans une relation de causalité circulaire. En effet, il semble cohérent d'envisager un sentiment positif comme à l'origine d'un état de capacité globalement satisfaisant, nous permettant d'entretenir un équilibre avec le monde qui nous

entoure, et la capacité de ressentir des désirs et de construire des projets, cela pouvant par la suite être à l'origine d'une sensation de bien-être. Et ainsi de suite.

Rappelons la définition de l'OMS concernant la santé mentale qui est un « état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté » (42).

Rémy Bation et Edouard Leaune, dans leur article « Doute et devenir d'un interne en Psychiatrie » décrivent comment, depuis le début du XXIème siècle, le concept de santé mentale a émergé et s'est étendu, augmentant par-là la demande faite à la psychiatrie (43). Ils font alors référence à la définition de la santé mentale de l'OMS, et au rapport rédigé en 2001 par Eric Piel et Jean-Luc Roelandt intitulé « De la psychiatrie vers la santé mentale », qui propose une réorganisation de la psychiatrie et de la santé mentale, les deux auteurs faisant suite à une lettre de mission leur ayant été confié par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité (44). Rémy Bation et Edouard Leaune citent alors la pensée d'Ivan Illich, tirée du livre « Nemesis Medical » : « La santé est la capacité à s'adapter à un environnement évolutif, la capacité à devenir adulte, à supporter la vieillesse, à guérir de ses maux, à souffrir et à attendre paisiblement la mort » (45), qui semble postuler que la souffrance est, de manière légitime, inhérente et nécessaire à la vie.

Dans notre étude, à travers l'expression des expériences vécues, des ressentis des participants, les représentations de la santé mentale se rapprochent spontanément de la définition donnée par l'OMS. En effet, nous retrouvons le sentiment positif de bien-être, la notion de capacité, ainsi que celle de la relation satisfaisante avec les autres dans la « contribution à la communauté », mais également la notion de projet qui peut se lire dans le fait de « réaliser son potentiel », toutefois les différents thèmes retrouvés ne semblent pas préjuger de la nécessité de ne jamais

souffrir. Plusieurs participants évoquent d'ailleurs que cela ne serait pas « radicalement éloignée de toute crise », ou que la bonne santé mentale permettrait de « réagir avec sagesse aux évènements de la vie ».

Si les participants n'avaient pas déjà formulé les situations, les évènements pouvant entraîner une bonne ou une mauvaise santé mentale, la question suivante leur était posée : « Quelles sont les causes de bonne et de mauvaise santé mentale d'après vous ? »

Nous allons analyser d'une part les réponses des participants relevant des causes de bonne santé mentale, d'autre part celles relevant des causes de mauvaise santé mentale.

2.2. Causes de bonne santé mentale

Les quatre thèmes repérés dans l'analyse des causes de bonne santé mentale sont d'une part des prérequis fondamentaux, d'autre part des conditions entraînant respectivement une bonne relation et un bon fonctionnement avec le monde qui nous entoure, un sentiment de bien-être. Enfin une certaine résilience et des capacités d'adaptation permettraient également, d'après certains participants, d'atteindre une bonne santé mentale.

2.2.1. Des prérequis

Il semble exister tout d'abord certaines conditions permettant de créer un socle stable, sur lequel le sujet pourra s'appuyer dans la gestion de la vie.

Nous pouvons citer P2 qui met un point d'honneur à disposer de sa liberté, qu'elle définit comme le fait « de [s]'épanouir », d'avoir « un travail », et « de dire “non” ». Elle précise alors : « Avant j'étais bien dans mon pays en fait, la liberté, la confiance », et explique que les troubles psychiques ont débuté lorsque le contexte familial dans lequel elle évoluait désormais la privait

de cette liberté.

L'enjeu évoqué ici se rapproche étroitement d'un des droits fondamentaux de l'Homme. L'article premier de la Déclaration des Droits de L'Homme et du Citoyen de 1789 énonce bien que « les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits. Les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune », et l'article 4 que « la liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui : ainsi, l'exercice des droits naturels de chaque homme n'a de bornes que celles qui assurent aux autres membres de la société la jouissance de ces mêmes droits. Ces bornes ne peuvent être déterminées que par la loi » (46).

2.2.2. Un système relationnel fonctionnel

Un autre thème retrouvé dans les verbatims de la plupart des participants était celui concernant l'entourage, le fonctionnement interpersonnel.

P1 déclare qu'il est important d'« avoir du contact avec les gens », P14 souligne le bénéfice d'avoir des discussions avec les gens, d'être « entourée et soutenue par des amis », et décrit également la relation particulière qu'elle entretient avec ses chats, eux qui ne « jugent personne » et « apportent de l'amour ». Elle déclare ainsi : « Ce qui me fait plaisir c'est mes chats ».

P2 qui a immigré en France au début de l'âge adulte met en avant l'intérêt qu'elle porte au lieu où elle réside, à son voisinage, en déclarant qu'elle a « de suite fréquenté les habitants des quartiers », car elle a senti qu'il fallait « [qu'elle] découvre un autre monde et [qu'elle] ne reste pas enfermée », tandis que P5 note l'importance de « la qualité des relations que l'on va entretenir avec nous même, avec le monde et avec les autres », et précise : « C'est-à-dire l'idée c'est de favoriser les bonnes rencontres, celles qui vont augmenter dans le langage spinoziste notre puissance d'agir et notre joie et d'éviter celles qui vont diminuer notre puissance d'agir et

augmenter notre tristesse. »

Certains autres participants rapportent le bien-être pouvant être apporté de manière indirecte par un travail équilibré à travers les relations qui s'y jouent, comme P12 qui déclare que son travail « c'est ce qui [l'] aide, ce qui [l'] a toujours aidée à aller de l'avant », et que dans la cadre d'une pause professionnelle, elle « [voit] que ça [lui] manque quoi. Même si [elle a] des relations sociales, c'est pas pareil ».

P1, mentionne son ancien travail en déclarant : « C'est vrai que ça bougeait drôlement. [...] j'ai bien aimé », et nous explique l'une des raisons pour lesquelles ce travail lui faisait du bien, dont elle s'est rendue compte durant sa période d'arrêt de travail : « Je me suis rendu compte qu'il fallait aussi surtout que j'ai beaucoup de contacts avec les gens parce qu'à l'époque, je travaillais ici. Donc j'avais du contact avec les gens. »

L'importance d'une famille équilibrée est également mise en avant par P7 et P11 qui évoquent respectivement un « mariage équilibré », et la conviction que « la personne avec qui on partage sa vie participe effectivement à la bonne santé mentale, bien évidemment. [Il croit] même que c'est un élément majeur ». P7 confie également que sa fille « ne cause aucun problème au niveau scolaire, au niveau entente avec les parents, malgré un divorce. Et qui n'a pas de problème de drogue, pas de problème d'alcool, pas de problème de copains de ce genre ». Il précise alors : « Voilà, c'est une source de soucis en moins. C'est quelque chose que je peux mettre de côté et j'ai une totale confiance en elle et elle a une totale confiance en moi. »

Au-delà de la qualité de la relation et du soutien que l'on peut obtenir de la part de ses proches et du monde environnant, l'accent est porté par plusieurs participants sur la santé globale de l'entourage proche ou lointain. Effectivement, P6 déclare avoir besoin de « voir les gens [qu'il] aime heureux autour de [lui] » pour se sentir bien, tout comme P13 qui déclare être « heureuse pour les autres ». P14 rappelle à plusieurs reprises la relation de cause à effet entre sa bonne

santé mentale et le fait que sa « mère aille mieux », et de ne « pas perdre [sa] mère tout de suite ».

D'autre part, P12 relève un aspect qu'elle considère indispensable dans le bon développement personnel prédisposant à une bonne santé mentale, qui serait le cadre familial imposé par une figure d'autorité dans la famille, et explique : « Mon père n'a jamais mis de limite... et donc en fait heureusement j'étais tenue par mon entourage. »

Enfin, P4 avoue son besoin d'« être dans sa bulle », afin de se protéger, ayant souffert dans le passé de relations qu'elle qualifie de « toxiques », mais confie également son engagement dans une activité en tant que bénévole dans un EHPAD en précisant : « Je crois que le bénévolat, les animations là-bas, ça m'a fait énormément de bien », « Ce sont des gens, des personnes âgées qui me font pas de mal. Au contraire, ils me remercient. Pour moi, c'est nouveau ça. »

2.2.3. Un sentiment positif

Un autre thème que nous avons pu relever dans le discours de plusieurs participants relève de certaines conditions pouvant apporter de manière directe ou immédiate un sentiment positif, comme l'activité physique, la gestion de la respiration, le calme, le soleil, et certaines drogues. L'activité physique permet à P3, P4 et P5 de se sentir bien. P3 déclare que « quand on fait du sport on a de bonnes chances d'arriver à s'équilibrer ». P4 évoque son séjour dans un centre de soin en Allemagne où « il y avait beaucoup de promenades en forêt, on faisait du sport, on faisait... On faisait du yoga, on faisait plein de choses, la natation. Dans cette petite bulle de bien-être, ils ont tout à fait une autre approche en Allemagne ». P5, enfin, explique que pour lui « il y a une nécessité d'avoir une activité physique », et qu'il a « pris conscience dans le temps que l'activité physique améliorait [sa] santé mentale » et déclare alors : « Quand, à une époque, j'avais trop de travail et que je pouvais moins pratiquer d'activité physique, j'étais en moins

bonne forme psychologiquement que quand j'avais une activité physique. Mais pour d'autres ce sera autre chose ». Il évoque ainsi son besoin de maintenir une activité sportive régulière, tout en envisageant que ce besoin n'est pas universel.

P4, elle, rapporte l'importance de se « concentrer sur sa respiration ».

P3 raconte comment la transe qu'elle a rencontrée dans le cadre de ses études l'a aidée : « J'étais assez liée à la mystique [...] je travaillais sur les trances de possession à Cuba, et la mise en scène de ces rituels-là, et je suis rentrée en transe, et la transe m'a aidée ». La patiente différencie explicitement transe de possession et état hypnotique, en se référant au travail de Corine Sombrun. Le professeur Steven Laureys, neurologue spécialiste de la conscience a mis en place un protocole de recherche concernant la transe dont les premiers résultats mettraient en évidence un phénomène d'état modifié de conscience présentant des similitudes (et des différences) dans la transe, la méditation et l'hypnose (47). La transe ne serait-elle pas dans ce cadre-là un processus auto-thérapeutique ayant permis d'apporter un sentiment direct de bien-être à la participante ?

D'autre part, P3 et P7 décrivent leur rapport positif à certaines drogues, tout en étant conscient que cela peut avoir des effets délétères dans le cas d'un usage excessif ou non contrôlé. En effet, P3 explique consommer « occasionnellement du LSD ». Elle déclare à ce sujet :

« Je trouve que ça marche très bien pour se réaligner et quand on n'est pas bien, ça peut être incroyable, ça peut créer des bad trips affreux, si on n'est pas bien outillé, ou si on n'est pas dans une bonne phase ou qu'on n'est pas bien entouré, ça peut être très dangereux, j'en suis bien consciente parce que j'ai vécu moi-même des bad trips mais ça m'a... Aujourd'hui ça m'aide énormément de prendre de temps en temps quand justement je ne suis pas non plus au top mais que je me sens capable d'en prendre, de voyager, je trouve qu'il n'y a rien de mieux pour se sentir bien en fait. »

P7 ayant souffert de fréquentes crises d'angoisse dans sa voiture explique : « La cigarette est aussi un réflexe en voiture, un coup de téléphone qui vous stresse un peu. Moi, c'était la cigarette. C'était un palliatif. »

Ces résultats peuvent être supportés par ceux mis en évidence dans des études cliniques sur l'efficacité de la luminothérapie, de l'activité physique, et de certaines drogues comme le LSD (48–50).

2.2.4. Une notion de résilience

Ensuite, plusieurs des participants rendent attentif à l'importance qu'ont pu revêtir les événements de vie leur ayant permis de comprendre de manière plus précise leur propre fonctionnement, ainsi que le fonctionnement du monde qui les entourait. P3 déclare en effet :

« En même temps certaines pathologies nous permettent d'aller mieux à certains moments je pense parce que c'est en les traversant qu'on finit par savoir ce qui nous fait du mal... Voilà je pense que certaines choses que j'ai vécues de mauvaise santé mentale m'ont à la fois énormément fait de mal et en même temps m'ont aidée à savoir jusqu'où ça pouvait aller. Et ce que ça disait de moi. »

Elle précise alors : « Ça a pu m'aider à savoir qu'il fallait recréer de la stabilité à certains moments. Il a fallu aboutir à un désordre total pour recréer de la stabilité. »

P7 explique que son travail avait dans le passé « généré un taux de stress absolument faramineux », et que l'infarctus dont il a souffert « a été carrément un électrochoc », et qu'il est « passé quasiment de tout à rien ».

P11 nous permet de prendre de la distance sur les soucis qu'il considère désormais moins signifiants au vu de ce qu'il a déjà vécu, et déclare : « Il y a des petites choses dans la vie effectivement qui sont à surmonter. Pas grand-chose, mais voilà. Par rapport à ce que j'ai vécu

dans le passé, c'est pas grand-chose. On apprend aussi à relativiser beaucoup. »

Ces trois participants soulignent la possibilité de sortir grandi d'épreuves difficiles mais marquantes, et de prendre du recul vis-à-vis de futurs événements difficiles à vivre.

P5 déclare penser que « ce qui compte c'est d'essayer de repérer ce qui est cause de joie et essayer d'aller pour chacun vers ce qui augmente sa joie et éviter ce qui augmente notre tristesse », ce qui sous-entend apprendre à se connaître tout au long de sa vie.

P12, elle, raconte son parcours marqué par de grandes questions existentielles, et le soulagement et le bien-être que lui procura le fait de trouver un sens à sa vie et des réponses aux questions qu'elle s'était toujours posée. Elle explique qu'à l'issue d'un long voyage, c'est une religion qui s'est présentée à elle, et déclare alors : « C'est ça qui m'a énormément aidé et qui m'a permis de trouver un pilier, ce que je dis tout le temps “ben oui pour moi l'islam ça a été mon père”. »

Tous ces verbatims rendent compte de l'influence des facteurs externes, événements de vie traumatisants comme révélateurs sur la construction d'un système écologique équilibré. Boris Cyrulnik affirme que « l'individu ne peut se structurer que sous la pression du milieu » (51).

2.2.5. Une notion d'acceptation

Enfin, il semblerait que de bonnes capacités d'acceptation peuvent permettre de tendre vers quelque chose de positif.

P4 et P5, eux, font référence à la notion d'acceptation qui leur permettent d'avancer, de ne pas rester figé sur une situation. P4 pense en effet que la bonne santé mentale viendra d'elle-même et qu'il faut « [qu'elle] puisse accepter [...] que tout le monde n'est pas pareil et que les gens peuvent être toxiques, enfin mauvais quoi ». P5 déclare au sujet de l'image de soi :

« Elle est auto alimentée par le fait qu'il dépend de nous de la changer ou pas. C'est-à-dire que d'une certaine façon, par exemple je connais un tas de gens qui s'auto-flagellent

parce qu'ils sont incapables de faire un régime pour maigrir ou... et donc ils pensent qu'il suffit de vouloir et que si on veut on peut et que donc le fait qu'ils n'arrivent pas à faire est la preuve chez eux d'une faiblesse de la volonté. Or moi cette idée là je l'ai abandonnée complet. C'est-à-dire je ne crois pas que les choses soient sous ma dépendance véritablement, et je pense qu'il faut essayer d'accepter l'idée qu'il y a des choses qu'on ne peut pas faire et c'est simplement le constat que notre puissance d'agir dans certains domaines est limitée et que nous ne pouvons pas faire ceci ou cela. »

Il affirme ensuite :

« Si je ne fais pas ça, c'est que mon désir pour cette chose n'est pas assez puissant pour que j'investisse de l'énergie pour faire ça et c'est simplement parce que ma puissance [...], au sens de ma force de désir n'est pas suffisamment importante pour que je fasse telle ou telle activité, ou que je la fasse avec plus de régularité, plus d'intensité, et que les choses entre guillemet sont comme ça, et que je ne peux pas tout, et je ne veux pas tout véritablement. »

Il met donc l'accent sur le fait d'accepter de ne pas faire certaines choses, et simplement de ne pas tout vouloir, ce qui lui permet de se préserver d'une forme d'auto-culpabilisation.

L'acceptation est un concept retrouvé notamment dans la thérapie ACT, acronyme anglais signifiant « Acceptation and Commitment Therapy ». Développée fin du XXème siècle, cette thérapie repose sur l'acceptation, l'engagement, et l'action comme son acronyme l'indique (52).

Nous avons relevé les causes de bonne santé mentale à travers les verbatims des répondants. Celles-ci se regroupent en cinq thèmes distincts que sont d'une part certains prérequis, d'autre part un système relationnel prospère, mais également des facteurs pouvant entraîner de manière directe un sentiment de bien-être comme l'activité physique ; enfin nous avons relevé qu'une

certaine résilience, une compréhension juste du monde environnant, ainsi que la capacité à accepter les épreuves de la vie sont autant de conditions pouvant mener à une bonne santé mentale.

Il ne semble pas y avoir de différence entre les groupes concernant ces concepts généraux, mais bien des différences inter-individuelles c'est-à-dire que certains répondants semblent plus attachés à l'un ou l'autre de ces concepts.

2.3. Causes de mauvaise santé mentale

A l'issue de l'analyse, les causes de mauvaise santé mentale ont été regroupées en cinq thèmes, que sont des éléments prédisposant à une certaine vulnérabilité, des conditions entraînant une relation ou un fonctionnement dégradé avec le monde, un sentiment de mal-être, une incompréhension du monde, et enfin un déséquilibre pouvant précipiter une mauvaise santé mentale.

2.3.1. Une vulnérabilité

Nous avons mis en évidence un thème relatif aux conditions entraînant une vulnérabilité, que celles-ci relèvent de traits de personnalité prédominants, ou de périodes de vie particulières.

Un grand nombre de participants considèrent des traits de personnalité anciens comme étant pourvoyeur de mauvaise santé mentale.

P10 exprime qu'il est « un inquiet de nature », et nous confie alors : « Je me demande toujours qu'est-ce que me réserve le futur, alors j'espère toujours que ça se passera bien mais je suis de nature à ne jamais me satisfaire de ce qui arrive et toujours à me projeter dans le futur. » P13 explique qu'elle a « toujours été stressée, angoissée ».

P4, pour sa part, se décrit comme hypersensible et donc plus fragile dans un contexte de conflits

interpersonnels : « Ben le stress au boulot, il y a toujours du travail, c'est pas facile, rien n'est facile quand tu es dans un milieu professionnel. Et puis après, t'as des collègues. Moi qui suis déjà hypersensible par mon enfance, t'as des collègues qui ne sont pas forcément... »

P3 croit que certains traits de personnalité peuvent rendre plus vulnérable face à des troubles psychiques et déclare : « Il y a des sensibilités particulières, chacun est construit... Après dans des personnalités très créatives je pense qu'il y a plus de chance d'anxiété face à n'importe quel évènement qui survient ».

Un grand nombre de participants évoquent d'autre part des difficultés liées à une période de vie définie, comme P4, qui affirme que l'adolescence est une période menant classiquement à un déséquilibre, et pouvant favoriser une mauvaise santé mentale. Elle déclare en effet : « Déjà un être qui n'a pas de souci, ni de harcèlement, ni de parents malades. Un ado déjà, c'est pas facile de se placer dans la vie en tant qu'ado. Mais quand en plus tu rajoutes des soucis familiaux et harcèlement c'est un tunnel noir que tu traverses quand t'es un adolescent. » Pour P12 également le début de l'âge adulte semble être une période propice aux remises en question, aux questionnements métaphysiques. Elle explique qu'elle s'est « toujours posée des questions, ça a toujours été compliqué dans [sa] vie depuis qu'[elle a] quinze, seize ans ». P7 raconte que sa fille, elle aussi, est dans une période assez incertaine qu'est le début de l'âge adulte, et déclare qu'elle « va avoir 18 ans, qui est donc dans un âge un peu délicat, qui est en train de se chercher. On vient de rentrer en terminale. Elle ne sait pas trop quoi faire, vers quoi s'orienter ? Ça aussi, c'est un sujet d'inquiétude pour la suite ». Il rend compte de la possibilité de se sentir perdu lors de cette période où des choix pour l'avenir sont à faire, et souligne que cette période de la vie est anxiogène.

P10 lui, évoque la « crise de la quarantaine » en sous-entendant que de manière évidente, elle peut être propice à un mal-être personnel car propice à des bouleversements personnels.

Certaines périodes de vie semblent pouvoir rendre l'individu vulnérable, comme certains traits de personnalité qui sont plus à risque de troubles psychiques (53).

2.3.2. Un système relationnel dysfonctionnel

De nombreux participants soulignent l'impact que peuvent avoir des évènements de vie difficiles en lien avec leur entourage sur leur santé mentale.

D'une part, beaucoup d'entre eux mettent en évidence les conséquences négatives des maladies dont ont souffert leurs proches et des deuils comme P4 qui confie la tristesse entraînée par une fausse couche : « A quarante ans, je perds un enfant. J'ai fait une fausse couche pendant la grossesse [...] donc ça, ça te casse complètement parce que à quarante ans je pense pas être enceinte. Et puis après tu es contente quand même. Et puis après le bébé il part quoi », comme P10 qui explique avoir été perturbé lors « de moment où il y a des gens qui sont très malades ou qui décèdent », et avoir « eu une période de [sa] vie extrêmement difficile avec divorce, des personnes qui sont morts très proches de [lui] ». P6 pense que les « chocs émotionnels » sont à l'origine de ses maux notamment à l'occasion d'une rupture, et explique : « J'avais divorcé, j'avais rencontré une autre compagne et deux mois après, j'ai eu ce qu'on appelle le contrecoup. » P1, elle, suppose que certains deuils qu'elle n'avait pas faits se sont révélés douloureux plusieurs années plus tard et déclare : « Je pense que j'ai accumulé plein de choses et je pense que le décès de ma maman, ça n'a pas... Je pense que c'est là où j'ai commencé à faire un peu le deuil parce que c'est vrai que quand elle est décédée, ça m'a fait ni chaud ni froid. »

D'autre part, certains participants rapportent avoir été affectés par des évènements ayant eu lieu durant leur jeunesse, des conditions d'éducation particulière, ou même des troubles mentaux ou physiques dans leur entourage, ou supposent que cela pourrait entraîner une mauvaise santé

mentale.

P8 déclare en effet que le fait « d'avoir été aimé quand on est enfant d'une façon pas harmonieuse ou perverse ou de n'avoir pas été aimé par exemple ou pas désiré » serait une cause de mauvaise santé mentale.

P3 dénonce, elle, les traumatismes dans l'enfance comme ayant une grande influence sur la santé mentale et prend pour exemple le fait d'avoir adopté durant l'enfance de mauvaises habitudes alimentaires « pour [se] conformer à ce [qu'elle pensait] qu'on attendait [d'elle], et ça s'est joué dans le cadre familial ». Elle raconte également le parcours d'une de ses amies, hospitalisée en psychiatrie dans le cadre de troubles psychiques déclenchés par des traumatismes d'ordre sexuel dans l'enfance puis à l'âge adulte, en précisant que son amie a vécu « des choses compliquées, et elle était pas entourée par ses parents qui étaient tous les deux alcooliques ».

P4 rapporte comment les conditions de son exercice professionnel ont pu faire naître beaucoup de mal-être. Elle déclare en effet avoir vécu d'abord du harcèlement scolaire durant sa jeunesse, puis du harcèlement « moral et sexuel au boulot ».

Elle explique alors n'avoir pas pu compter sur le soutien de ses collègues, et s'être sentie « exclue de la société ». Enfin, elle évoque l'absence de reconnaissance à la fin de sa carrière, ce qui semble l'avoir particulièrement perturbée.

Axel Honneth, philosophe et sociologue allemand de l'école de Francfort qui a étudié et théorisé la notion de reconnaissance affirme :

« Ainsi chaque sujet humain est-il fondamentalement dépendant du contexte de l'échange social organisé selon les principes normatifs de la reconnaissance réciproque. La disparition de ces relations de reconnaissance débouche sur des expériences de mépris et d'humiliation qui ne peuvent être sans conséquences pour la formation de

l'identité de l'individu. » (54)

P12 également évoque une problématique de harcèlement professionnel, mais également la « blessure » causée par des attouchements lorsqu'elle était enfant.

P14 déclare au sujet des membres de sa famille : « Ils sont tout le temps là dans le jugement, c'est pas facile. »

P3 évoque les troubles psychiatriques dont elle a souffert et explique que durant un épisode elle a « eu pleins d'interactions sociales très bizarres à cause de ça et ça a remis en question des relations avec des gens et ça a créé beaucoup de honte ».

P4 également rapporte les difficultés que peuvent entraîner la maladie chez des proches et déclare que les troubles de sa propre santé mentale ont débuté lorsqu'elle était très jeune dans un contexte notamment de « problèmes familiaux ». Elle précise alors : « Papa malade et parents malades, les deux parents malades... [...] le cœur et tout ça et maman dépressive. Donc du coup, il faut savoir s'en sortir. »

P5, lui, explique que les soucis de sa mère l'ont marqué d'une certaine façon, et déclare :

« Ma mère est très anxieuse, extrêmement anxieuse, elle a vécu dans une famille qui était une famille nombreuse dans laquelle il y avait pas mal de pauvreté on va dire, c'était des gens ... et donc il y a une marque du manque qui est initiale et qui quand elle est trop importante reste une trace indélébile qui ne s'efface jamais quoi. »

Il explique alors que « c'est compliqué de vivre avec quelqu'un qui est toujours angoissé ça rend les choses un peu difficiles, c'est pas très joyeux non plus quoi ».

P7 évoque au contraire le souci que ses enfants peuvent lui causer et confie être anxieux lorsqu'il est au travail et que son ancienne épouse « lui envoie des messages par rapport à [son] fils qu'il a fait ci, il a fait ça », et précise : « J'ai toujours été un peu comme ça, quoi. J'ai toujours eu un peu tendance à plus me préoccuper des autres que de moi-même. Toute mon énergie, quand

quelque chose ne va pas, ça me hante, ça me bouffe, la nuit. »

P11 évoque le parcours difficile à travers la maladie de son fils et déclare avoir « un fils qui a eu le diabète à l'âge de 6 ans donc encore un coup difficile à vivre puisque bon fallait l'éduquer face à cette maladie, cette pathologie, et puis vivre avec, enfin [...] apprendre à vivre avec quelqu'un de diabétique, donc oui la première année c'était difficile ».

P9 rend compte de manière plus générale, de l'influence que le monde peut avoir sur sa santé mentale, et décrit ses sentiments vis-à-vis des événements d'actualité : « Ce qui m'a vraiment choqué, c'est la guerre entre Ukraine et les Russes. Ça m'a choqué, ça m'a fait quelque chose. Ça m'a fait mal au cœur, je vous le dis. »

P7 évoque, quant à lui, la situation économique actuelle et déclare : « On se rend compte quand on fait les courses, que le caddie diminue de volume et la facture augmente toutes les semaines. C'est juste affolant. Donc ça aussi c'est anxiogène. »

P4 et P5 nous permettent de conclure avec l'idée que ce serait l'accumulation des inquiétudes environnantes qui entrainerait un mal-être. P4 dit : « Les gens toxiques, les soucis financiers, la maladie de la famille aussi, la maladie des proches, ça, c'est... ça fait partie des choses de la vie. Mais quand il faut gérer les trois... » P5, lui, déclare :

« J'ai vécu de très nombreux événements négatifs, décès de mon père, rupture avec une personne, rupture dans un milieu sportif mais qui comptait énormément pour moi mais avec d'autres personnes, une ruine, un entrepreneur qui a transformé une maison de village en ruine, une mère qui a fait plus ou moins une dépression donc voilà ça..., il y avait beaucoup d'évènements qui étaient extérieurs qui cognaient quand même assez durement et à cette période-là, les choses étaient compliquées, c'était compliqué d'être joyeux. »

Tous ces exemples entrent en résonance avec ce que Sigmund Freud affirmait au sujet de la

souffrance d'origine sociale : « La souffrance issue de cette source (les relations avec d'autres hommes), nous la ressentons peut-être plus douloureusement que tout autre... » (55)

2.3.3. Un sentiment négatif

Par ailleurs, les causes entraînant une dégradation directe du sentiment de bien-être (évoqué précédemment) semblent constituer un autre thème.

Les drogues psychotropes sont décrites comme pouvant avoir un impact négatif sur la santé comme P6 qui décrit le cannabis comme « le grand fléau de notre époque ».

P3, bien qu'elle ait recours à des drogues psychotropes pour se sentir bien, croit aussi que les substances psychotropes peuvent dégrader la santé mentale et conseille de « ne pas trop altérer non plus sa façon d'être avec des substances qui peuvent nous pousser à aller plus mal ». Elle pense alors aux drogues psychotropes tout comme aux médicaments psychotropes.

P3 évoque d'autre part les troubles du comportement alimentaire dont elle a souffert et déclare avoir pris « des habitudes qui sont de toutes façons malsaines, qui ne peuvent pas nous faire aller bien déjà physiquement mais qui entraînent après des pathologies mentales... on s'isole, [elle] pense, avec des maladies comme ça ».

Les douleurs sont également décrites comme pouvant affecter grandement le bien-être, comme pour P7 qui, ayant souffert d'algie vasculaire de la face pendant de nombreuses années, déclare : « C'est quelque chose qui a totalement disparu mais qui m'a pourri la vie pendant 40 ans quoi », et « C'est pas pour rien que le nom anglais c'est "suicide headache"... J'avais le revolver plus d'une fois dans la bouche. » Il conclut à ce sujet : « Si vous vous sentez diminué physiquement, je pense que l'impact est immédiat sur le psychique. C'est clair que si vous vous sentez diminué physiquement, vous êtes diminué mentalement. »

La mauvaise santé mentale peut donc être entraînée par des facteurs entraînant directement un

sentiment de mal-être. Ce mécanisme est parfaitement décrit en ce qui concerne la douleur définie par l'IASP par une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en des termes évoquant une telle lésion ». Cette douleur entretient des liens étroits et une influence réciproque avec les troubles psychiques, constituée notamment de composantes affectives, émotionnelles, cognitives et comportementales fortes (56).

2.3.4. L'incompréhension face au monde

Le troisième thème ayant été relevé est le sentiment d'incompréhension. En effet plusieurs participants rendent compte de la souffrance entraînée par la contradiction entre leurs valeurs profondes et un système qui leur est imposé.

P7 confie une expérience professionnelle et déclare que les procédés utilisés par son supérieur ont « touché à la manière dont [il a] été éduqué, respectueux des gens. On a le droit de faire des conneries, c'est pas un problème, ce n'est pas pour cette raison qu'il faut traiter les gens comme de la merde. Pardon pour l'expression », et que cela « était complètement contraire à [ses] principes ».

P8 raconte elle aussi ce qu'elle définit comme un « conflit intérieur » et relève comme cause de mauvaise santé mentale « une pression extrême de la société et qu'on ne sait pas comment s'adapter à cette pression qui fait qu'on est obligé soit de renier ses valeurs profondes, soit de s'exposer ». Elle précise alors au sujet de la période de la pandémie de Covid19 durant laquelle elle travaillait à l'hôpital :

« C'est vrai qu'à plusieurs reprises je me suis dit : “Ben là je vais péter un câble”, et je sentais qu'au niveau de ma santé psychologique ça devenait craignos parce que moi je ne pouvais plus respecter mes valeurs qui sont... j'ai confiance en l'humain, j'ai confiance

en la vie, j'aime mon prochain et c'était pas du tout compatible avec ma vie au travail à l'hôpital où on avait peur les uns des autres, on était masqué, pendant les pauses il fallait se tenir à distance les uns des autres et ça c'était horrible en fait, c'était quasi, en fait en gros c'était insupportable. Et là effectivement je me suis dit : “Je vais péter un câble au niveau psychologique”. »

Elle ajoute qu'elle « préfère crever que de vivre dans une dictature ».

P12 explique avoir fait face à de nombreux questionnements existentiels, auxquels l'absence de réponse entraînait un mal-être important. Tout d'abord, elle confie le contenu de ses questions existentielles anciennes et raconte :

« Je me suis toujours posé des questions, ça a toujours été compliqué dans ma vie depuis que j'ai quinze, seize ans, je me dis : “Non mais en fait je sais pas ce que je fous ici, qu'est-ce que je fous ici, sur terre, là, à quoi on sert, pourquoi est-ce qu'on est là, c'est quoi le but de la vie...”. J'étais dans une quête spirituelle. »

Elle explique également son besoin de comprendre les consignes pour les appliquer, de comprendre un système de valeurs pour y adhérer, et déclare au sujet de son entourage :

« Ils me disaient : “Oui mais c'est des valeurs”, “Oui mais quelles valeurs, des valeurs chrétiennes, des valeurs sociales, mais alors finalement ça s'attache à quoi ?”. Il n'y a pas de lois, il n'y a pas de lois on va dire divines, donc j'étais en quête de “Il n'y a pas quelque chose qui puisse me dire finalement qu'est-ce qu'on fait ici et quelles sont les lois à suivre ?” »

Elle raconte d'autre part ses conditions de travail dans un précédent emploi :

« C'était vraiment difficile parce que pour mon âge j'avais beaucoup de responsabilités et puis j'avais aussi tout mon côté très naïf qui était remis en question dans le sens où je voyais toutes les magouilles, tous les pots de vins, tout ce qui se passait quoi. Et voilà,

qui m'interrogeaient beaucoup. »

Nous pouvons citer la définition de la santé mentale de Jean Furtos, qui reconnaît que la révolte fait partie intégrante de la santé mentale, tant que cela n'entraîne pas de destruction :

« Une santé mentale suffisamment bonne est définie par la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité mais non pas sans révolte. » (57)

2.3.5. Une situation précipitante

Enfin, a émergé en tant que thème une situation pouvant mener à un déséquilibre, bien que celui-ci ne mène pas directement à une mauvaise santé mentale, comme une situation financière, juridique ou professionnelle problématique.

De nombreux patients évoquent les conséquences délétères que peut avoir le travail sur la santé mentale, comme pour P11 qui énumère les potentielles causes de mauvaise santé mentale, et cite en premier le travail : « Contrariété au travail, surtout au travail. Charge de travail... », et précise : « Ben c'est assez compliqué ce métier dans le sens où on a beaucoup de grosses pénuries avec nos fournisseurs, on est en tension permanente et effectivement oui ça peut jouer sur le mental ».

P1 raconte les conditions de travail dans lesquelles elle évoluait et explique qu'elle devait également s'occuper de beaucoup de tâches de la vie quotidienne en parallèle, ce qui a mené à une surcharge de travail, et déclare : « Oui, je pense que j'avais trop de choses, je pense qu'à un certain moment, je n'en pouvais plus et j'ai craqué ».

P7 explique un attachement particulier à son travail : « Je me défonçais pour le boulot. J'étais dans toutes les entreprises dans lesquelles j'étais. J'étais dévoué. H24 pour le boulot. Les week-ends, les nuits, les voyages, les déplacements j'acceptais tout et parce que j'aimais mon job », et conclut : « J'aimais ça, mais ça a généré un taux de stress absolument faramineux. »

P6 développe au sujet de son travail : « Les conditions de travail sont... Parce que l'année dernière, j'étais déjà tombé en dépression. Et ce coup-ci je me suis vraiment rendu compte que ça venait de là-bas, je veux dire », et rapporte qu'outre les conséquences directes sur la santé mentale, la charge de travail et le manque de personnel peuvent entraîner des conflits relationnels, et raconte : « À la base, je suis cuisinier, mais on doit s'occuper de tous ceux qui font pas leur boulot. Et un manque de personnel évident [...] Et ça, j'ai craqué quoi. » Il confie avoir eu un conflit avec un « manager » et déclare : « Et c'est là que je me suis rendu compte en fait que j'étais à bout. Et là, je me suis mis en arrêt. »

D'autre part, un déséquilibre peut provenir de problématiques financières, comme l'évoquent de nombreux participants. P9 s'inquiète de ce siècle dans lequel nous vivons et pense que cela entraîne des troubles n'existant pas dans le passé et dit : « C'est dommage qu'on soit dans ce siècle-là, parce que beaucoup de gens qui, [...] qui n'étaient pas malades si vous voulez, deviennent malades », et met notamment en cause le coût croissant de l'énergie entraînant « l'anxiété de pouvoir tout payer, pouvoir vivre normalement encore ».

Enfin, quelques patients racontent les expériences juridiques particulièrement perturbantes qu'ils ont dû endurer, comme P7 qui raconte son licenciement et à quel point cela a pu être anxiogène : « L'autre qui me licencie, on lance l'avocat. Les procédures, tout ça, c'est déjà des domaines... Je ne suis pas juriste, donc c'est assez anxiogène. Ça prend du temps. Moi, je voulais que ça aille vite. Et en fait, non. Il y a des procédures à respecter, ça prend un certain temps ». P11 relate les conflits qu'il a eus avec ses parents, et qui ont mené à des procédures judiciaires lourdes de conséquences émotionnelles, et raconte :

« Entre temps j'avais fait construire une maison pour qu'ils puissent eux passer leur retraite dans la maison et moi reprendre l'entreprise. Donc quand je suis parti ils ont gardé l'entreprise mais ils ont intégré la maison. Donc je me suis retrouvé avec ma future

épouse à payer des charges que l'on n'avait pas à payer. Et donc on est rentré en procédure auprès des tribunaux, procédure qui a duré une bonne dizaine d'années. Et c'est là où effectivement j'ai rencontré mon psychiatre qui m'a énormément aidé [...] Mais c'était très très très dur à vivre. »

Toutes ces situations pouvant précipiter une mauvaise santé mentale sont également liées comme nous pouvons le voir, à des situations relationnelles dysfonctionnelles, thème déjà évoqué précédemment.

Nous avons développé les causes de mauvaise santé mentale d'après les patients. Celles-ci se regroupent donc en cinq thèmes distincts que sont les facteurs de vulnérabilité pouvant prédisposer à une mauvaise santé mentale, les causes relatives aux relations aux autres de manière très générale c'est-à-dire impliquant l'entourage et l'environnement, les éléments pouvant entraîner de manière directe un sentiment de mal-être, l'incompréhension face au monde ou la contradiction des valeurs profondes, et enfin tout élément pouvant mener à un déséquilibre et ainsi précipiter un trouble de la santé mentale sans directement l'entraîner.

Il ne semble pas y avoir de différence entre les groupes pour ces questions concernant les représentations de la santé mentale. En effet, nous avons relevé des sous thèmes pouvant se regrouper aisément en cinq thèmes distincts. Les questions soulevées par chaque thème sont présentes de manière relativement équilibrée dans chaque groupe.

3. Analyse de la place des TC

Afin de comprendre les représentations des répondants vis-à-vis des différentes thérapeutiques concernées par l'étude, nous les avons questionnés ainsi : « Quelle est pour vous la place des TC dans la prise en charge des troubles psychiques ? » Cette question à large spectre a permis

aux participants d'exposer leurs opinions, de les développer, ceci permettant d'expliquer les raisons pour lesquelles ils se sont tournés vers les TC. Elle a également à fortiori laissé aux répondants la possibilité d'argumenter une éventuelle prise de position en précisant les raisons pour lesquelles ils ne les ont pas inclus dans leurs soins ou les en ont exclus.

Dans un premier temps nous allons présenter les réponses directes à la question précédente. Nous décidons volontairement d'exposer ici plutôt les réponses dont le contenu nous a interpellé.

P1 se positionne d'abord de manière ferme mais nuance vite son propos :

« J'y crois pas à ces trucs-là, j'y crois pas, j'y crois pas. Je pense que... Il faut y croire parce que si on y croit pas, ça marche pas. Encore quoique l'acupuncture aide peut-être pour certaines choses, je veux dire peut-être un petit peu, déstresser, enfin faire de la relaxation. Ça, je veux bien. Mais alors l'homéopathie alors là... non. »

Elle ajoute par la suite : « Acupuncture j'ai jamais eu... Ou alors ça doit être un truc tout léger mais je veux dire quand on est vraiment au fond... »

Son opinion semble donc dépendre du type de TC, mais aussi du type de trouble et de son intensité.

P3 répond d'emblée que « pour l'instant » cela n'est pas efficace pour elle, puis développe son propos et les raisons pour lesquelles elle continue d'y avoir recours, ce que nous verrons par la suite.

P5 qui a recours exclusivement aux TC explique les doutes qu'il émet pour certains troubles psychiques et la distinction qu'il fait avec le soulagement de troubles psychiques plus légers :

« J'ai quand même le sentiment que si on a des troubles qui sont vraiment invalidants, au quotidien, si les choses sont extrêmement douloureuses pour la personne, si tous les

matins on se lève et on commence par pleurer... si on fait une vraie dépression qui empêche de vivre et qui fait qu'on est assis toute la journée sur le canapé, ben je pense que... à mon avis il y a peu de chances pour que du jour au lendemain l'acupuncture, l'homéopathie soient des médecines suffisantes et satisfaisantes pour pouvoir sortir une personne qui est au fond du trou comme ça. Donc à mon sens en tous les cas, c'est comme ça que je le vois, c'est tant que vous êtes en capacité d'interagir correctement avec le monde [...] ben là la pratique homéopathique, l'acupuncture peuvent avoir [...] toute leur raison d'être. »

P6 qui a recours exclusivement aux psychotropes pense que les TC peuvent être utiles pour soulager certains troubles psychiques et s'explique : « Je pense, oui [...] Je voulais même déjà essayer une fois quelque chose. C'était l'hypnose. Je ne sais pas si ça se fait. » Il développera par la suite les raisons pour lesquels il n'a pas donné suite.

P7 se dit tout à fait ouvert aux TC : « Je ne sais pas, mais je n'ai pas essayé. Pourquoi pas ? » Toutefois, comme P6, il rapporte un manque d'informations à ce sujet.

Plusieurs participants ayant recours à des TC comme P12 ou P10 font part eux de préoccupations que nous allons développer par la suite, comme le caractère compétent du thérapeute, et la nécessité que les expériences restent contrôlées.

P11 rapporte son changement d'avis au cours du temps :

« Pour moi la place est importante. Aujourd'hui si j'ai un problème il est clair que [...] j'irai voir mon médecin généraliste, mais j'irai voir de toutes façons un médecin homéopathe, et notamment homéopathe uniciste. Pour moi c'est une très grande importance puisque moi qui ne croyait pas du tout à l'homéopathie, mais vraiment pas hein, quand j'ai été voir le premier médecin [...] j'y allais un peu les deux pieds devant. »

Enfin, P13 pense que « si ça aide ça peut être une très bonne chose », et met l'accent sur

l'importance des ressentis personnels, et soulève donc là la nécessité d'une analyse phénoménologique de l'efficacité.

Les répondants ont des représentations diverses et parfois surprenantes de la place qu'ils accordent aux TC dans le soulagement de certains troubles psychiques. Nous observons certaines divergences entre les réflexions de certains répondants ou les effets ressentis des TC et la posture adoptée vis-à-vis des TC.

Par exemple, P1 semble catégorique sur le fait qu'elle ne croit pas aux TC, et finalement émet la possibilité que cela puisse marcher. P3 et P5 rapportent que malgré l'inefficacité actuelle des TC, ils y ont toujours recours. P10, P12 émettent des réserves quant à certaines pratiques des TC mais n'ont jamais eu recours qu'aux TC. P6 et P7 qui ont recours aux psychotropes seraient ouvert à l'usage de TC s'ils étaient plus informés. Enfin P11 explique avoir radicalement changé de point de vue vis-à-vis de l'homéopathie.

Les thèmes que nous allons développer par la suite ont émergé par l'assemblage d'unité de sens, éléments ayant permis aux répondants de construire leurs opinions.

Les concepts que nous avons pu relever sont les suivants : des réflexions ou croyances personnelles, une information reçue ou à contrario une absence d'information, une expérience personnelle, et enfin le fruit d'un certain hasard.

3.1. Des réflexions et croyances personnelles

Le premier concept qui semble participer à construire l'opinion des participants concerne leurs réflexions, croyances, et questionnements personnels.

Certains répondants évoquent d'emblée l'idée qu'il existerait une réceptivité voire une croyance face aux TC, comme P4 qui explique que certaines TC peuvent avoir un effet très bénéfique, sous réserve d'une forme d'acceptation du processus : « Et surtout aussi le magnétisme, le reiki,

là ça, ça a équilibré beaucoup de choses. Enfin il faut y croire après moi je suis très réceptive à ça. Ça m'a fait beaucoup de bien ». P7 qui se rend chez une chiropractrice pour des problèmes « moteurs », explique qu'il croit également que cela s'inscrit dans une approche plus globale et raconte : « Je crois beaucoup [...] à la relaxation... Ce sera ce genre de choses pour évacuer ou accumuler des énergies, les deux. L'apport d'énergie extérieure, oui bien sûr. »

P3 décrit sa rencontre avec l'homéopathie et comment, après s'être renseignée en visionnant un documentaire à ce sujet, elle a « trouvé que c'était un système séduisant », et explique finalement comment elle a été séduite par cette pratique :

« Je ne sais pas comment le dire, pour moi c'est beaucoup plus, ça a l'air forcément beaucoup plus juste de fonctionner avec des plantes et d'autres ... Je saurais très mal en parler d'un point de vue scientifique hein, pour moi c'est le fait que tout se réponde dans l'univers, et que certaines substances même à dose homéopathique aient des parentés, certaines substances psychiques et d'autres substances naturelles, aient des parentés au niveau de certaines propriétés, ou je sais pas certaines ... réactions mais en fait, le fait que ça marche symboliquement je trouve ça très fort. »

Deux mécanismes sont ici en jeu dans la construction du rapport que la participante entretient avec l'homéopathie, celui de l'information extérieure par le documentaire visionné, et celui d'une réflexion que la participante développe elle-même.

Elle explique alors pourquoi, malgré l'absence d'efficacité actuelle, elle a « encore espoir que ça puisse marcher ». D'une part, elle a vu que « ça a pu marcher chez pleins de gens, donc [elle ne voit] pas pourquoi ça ne marcherait pas avec [elle] ». D'autre part, elle dit : « Le [psychiatre] il a essayé deux formes, types d'homéopathie différents et pour l'instant ça n'a pas marché mais je suis sûre qu'en allant un peu plus loin dans la discussion psychanalytique avec lui on peut trouver quelque chose qui [...] corresponde mieux ». Nous voyons que l'espoir se base lui aussi

sur les informations extérieures qu'elle a pu recevoir mais également la croyance que le remède homéopathique n'est peut-être pas encore le bon.

P10 explique au sujet de l'acupuncture qu'il est « certain puisque les chinois l'utilisent et qu'ils sont loin d'être bêtes que c'est extrêmement efficace ». Nous ne savons pas ce qui a permis à P10 d'avoir cette certitude, mais nous pouvons envisager plusieurs mécanismes pouvant y avoir participé. D'une part, le participant déclare que « les chinois [...] sont loin d'être bêtes », cela peut se baser sur des informations reçues de l'extérieur

, tout comme sur une expérience personnelle. D'autre part, le participant semble s'appuyer sur une réflexion personnelle lorsqu'il postule que si une personne réfléchie met en œuvre ou a recours à une pratique, c'est que celle-ci est recevable. Enfin, son opinion pourrait s'appuyer sur un argument d'autorité historique : comme l'acupuncture est une technique ancienne et qu'elle perdure c'est que cela doit être efficace.

P5 de manière assez critique et bien qu'il ait recours à l'homéopathie, déclare à ce sujet : « C'est ... on est dans des médecines, enfin en plus on peut pas vraiment parler de médecine, on est dans l'ordre de la croyance », en s'appuyant sur le fait qu'« au-delà de 5CH on ne retrouve plus aucune trace de principe actif dans un granule d'homéopathie » et déclare :

« Je ne discute même pas de cette chose-là c'est-à-dire c'est un fait scientifique avéré. L'homéopathie est une forme de croyance indéniablement, on croit que les médicaments ont un effet, est-ce qu'ils en ont un, est-ce qu'ils n'en ont pas ? Est-ce que la science est en capacité aujourd'hui de comprendre tous les phénomènes entre guillemet “du monde”, ça c'est un autre débat, mais en termes de rationalité pure, l'homéopathie n'est pas une médecine rationnelle, c'est une certitude. »

Il explique plus tard l'une des raisons pour lesquelles il ne tourne pas le dos aux TC bien qu'il puisse manquer encore de preuves scientifiques de leur efficacité :

« Dans l'idée qu'en l'état actuel de nos connaissances la science est incapable d'expliquer un certain nombre de phénomènes et qu'en deçà des phénomènes rationalisables par la science [...] il y a un fonctionnement vital qui pour l'instant reste imperceptible aux outils qu'on a de compréhension. »

Enfin, il accepte l'idée de certains de ses amis que « l'homéopathie c'est pas une médecine », mais cela ne le dissuade pas d'avoir recours à des TC, et semble faire peu de différence pour lui en pratique. Il avance alors la croyance que certaines énergies peuvent être utilisées et maîtrisées, et que l'équilibre entre énergie interne et externe mènerait à une certaine sagesse. De nombreux participants évoquent l'importance de rencontrer un acupuncteur compétent, et leur crainte d'être confronté à un charlatan.

P12 fait alors une distinction entre différentes TC : « L'homéopathie c'est différent parce que c'est réservé quand même aux médecins, qui sont formés. L'acupuncture non, donc on peut tomber sur des charlatans, qui même s'ils ont fait une école, ne sont pas bons, pardon de dire ça mais ils sont pas bons. » En réalité, l'acupuncture est elle aussi réservée à certains professionnels de santé. Le discours de P12 soulève ici le problème de l'exercice illégal de la médecine par de nombreuses personnes pratiquant l'acupuncture sans avoir les qualités requises de « professionnel de santé », et peut-être sans que les patients y ayant recours ne sachent que cette pratique est exercée illégalement (15).

P7, lui, déclare : « Il y a d'une part, excusez-moi, le charlatan là-dedans aussi, il est partout. Mais après, quand vous tombez sur le bon interlocuteur, je pense que ça matche bien quoi. » Nous remarquons qu'ils s'excusent tous deux de leurs paroles, peut-être par peur de ne pas être compris.

P10 déclare qu'il n'avait aucune réserve vis-à-vis de l'homéopathie avant d'y avoir recours et explique : « Encore une fois, je pensais, maintenant je ne sais plus hein, mais je pensais que ça

servait à rien, mais je pensais aussi que ça ne pouvait pas me faire du mal. » Lorsque nous lui demandons d'où provient le fait qu'il attribue une innocuité à l'homéopathie, il répond alors : « Ah ben, bonne question. Je m'étais dit ces petites pilules c'est un peu un truc [...] de charlatan, donc c'est comme un bonbon, il n'y a rien dedans, il y a des gens qui aiment bien dépenser trois euros pour acheter des petites boîtes bleues, grand bien leur fasse. »

Ces trois répondants s'appuient probablement sur des informations reçues, mais leur discours fait état de craintes relevant également de réflexions et de croyances personnelles. Ils mettent le doigt sur des problématiques actuelles importantes, celle de protéger les patients des pratiques exercées par des charlatans ou dans des conditions sectaires et celle de pouvoir encadrer les formations diplômantes dans le cadre des TC (15,58).

Plusieurs participants avouent également leurs doutes sur l'efficacité de telles thérapeutiques sur des troubles dont l'intensité serait trop forte. P1 émet un doute quant à l'efficacité de l'acupuncture, et en vient finalement à la conclusion qu'elle pourrait y croire pour « un truc tout léger », puis précise : « Mais je veux dire quand on est vraiment au fond...Non je n'y crois pas. » P9 explique que « pour cette maladie-là » dont il souffre, il pense que les traitements psychotropes sont plus adaptés. P5 déclare :

« Je pense qu'en fonction de la difficulté rencontrée et de l'intensité de la difficulté, et ben il y a des moments dans lesquels on a besoin d'être aidé et d'avoir entre guillemet “presque la certitude que ça va vraiment marcher”, c'est-à-dire quand un médecin qui est un psychiatre vous donne un psychotrope qu'il connaît bien et qu'il a repéré le trouble de la personne et qu'il sait que c'est tel type de médicament qu'il faut donner. »

Il semble par-là remettre en question l'efficacité que peut avoir l'homéopathie sur les troubles psychiques dont il considère l'intensité forte, et envisager que cela peut potentiellement représenter une perte de chance dans le cas de certains troubles psychiques.

P11 décrit ce qu'il pense de l'homéopathie :

« On va traiter sur le fond. Enfin en ce qui me concerne sur mon vécu perso, [le recours aux psychotropes] était nécessaire à un moment donné parce qu'il fallait que je me sorte un petit peu de l'état où j'étais, donc ces psychotropes m'ont permis d'en sortir mais après effectivement sur le long terme l'homéopathie a un meilleur effet, puisqu'on va traiter sur le fond et sur une durée beaucoup plus longue. Donc de ce fait on arrive à obtenir des résultats, et sans être une plante verte... si je peux imaginer. »

Il semble y avoir plusieurs mécanismes en jeu ici, celui de l'expérience personnelle mais aussi celui d'une conviction personnelle du participant qui établit que l'homéopathie « va traiter sur le fond ». Nous pouvons émettre l'hypothèse que celle-ci se base en partie sur des informations reçues de l'extérieur, P11 évoquant d'abord le fait qu'il ne « croyait pas du tout à l'homéopathie. »

P9, au contraire, pense que certaines thérapies complémentaires ont un effet plutôt passager et dit : « L'hypnose ou des choses comme ça, c'est éphémère ça. Moi, je trouve que... Après, vous vous sentez bien. Mais après, ça peut revenir », et « Logiquement l'hypnose... Si on veut ça altère un petit peu les pensées. Mais, mais c'est tout. Je sais pas. » Il affirme finalement plus tard qu'il n'a jamais eu recours à l'hypnose, son jugement proviendrait donc peut-être plutôt de réflexions ou de croyances personnelles, voire d'informations extérieures, thème que nous développerons par la suite.

P7, au sujet de l'homéopathie, avoue avoir des doutes, et s'explique : « Peut-être parce que... ça marche peut-être très bien, mais parce que c'est peut-être sur du long terme. Ça ne marche pas aussi efficacement que quand vous prenez un antalgique quoi ...aussi rapidement », et ajoute « L'homéopathie, je pense que c'est quelque chose... Je ne suis pas médecin, je n'ai pas les connaissances nécessaires pour ... mais je pense que c'est quelque chose qui est plus sur le

long terme ».

De nombreux participants évoquent par ailleurs leur sentiment de sécurité dans le cadre du recours à des TC.

P8 pense au sujet de l'homéopathie que « ce n'est pas de la chimie pure, je ne pense pas que je peux m'empoisonner les cellules avec de l'homéopathie. J'ai l'impression de respecter mon corps en fait et mon intégrité quand je prends ça, ce qui n'est pas le cas avec l'allopathie ».

Elle décrit par ailleurs des effets iatrogènes des huiles essentielles :

« Avec les huiles essentielles, parce que je les ai prises un peu n'importe comment en automédication et je me suis fait un petit peu mal au foie, ça n'a pas duré mais, seule expérience malheureuse c'est parce que je fais toujours les choses en exagérant donc j'en ai bu un peu trop et normalement il faut faire hyper gaffe. »

Nous remarquons une forme de banalisation des effets produits par les huiles essentielles, probablement fondée sur la croyance de l'innocuité des plantes.

P12, de manière assez similaire, explique que malgré une expérience désagréable avec de la phytothérapie elle ne considère pas que cela peut être dangereux et dit :

« Bon les fleurs de Bach c'est assez intense donc j'ai découvert qu'avec les fleurs de Bach si on prend un peu plus que le dosage conseillé on plane. J'ai fait l'erreur une fois parce que je voulais tester en fait, et donc j'ai fait l'erreur une fois punaise c'est vrai que ça m'avait mise KO, j'étais ... je savais que je risquais rien parce que c'était que des plantes mais j'ai compris la puissance de ce complément. »

Malgré une expérience désagréable, P12 est toujours convaincue de l'innocuité de cette pratique.

P11 énumère plusieurs avantages qu'il envisage dans le recours à l'homéopathie comme « de pouvoir vous traiter sans tomber dans l'emprise d'un médicament et de pouvoir l'arrêter sans

problème particulier, et de pouvoir le reprendre si nécessaire ».

P10 rapporte qu'il a accepté d'avoir recours à l'homéopathie car il savait « une chose c'est qu'en tout cas ça ne pouvait pas [lui] faire du mal ».

P13 explique qu'une proche pharmacienne va d'abord soigner ses enfants par homéopathie, ce qu'elle dit comprendre car « C'est à base de plantes, c'est à base de... Hein donc c'est moins nocif ».

Plusieurs participants se questionnent sur l'effet placebo, certains faisant comprendre que finalement l'important est que cela leur fasse du bien. P10 déclare ainsi :

« Ben vous savez c'est le placebo ou pas quoi, vous le prenez en vous disant que le Docteur en qui vous avez confiance vous dit de le prendre, je pense que rien que pour ça, ça marche. Alors maintenant est-ce que maintenant... bon l'important c'est d'avoir l'impression que ça a marché quoi, et que vous vous sentiez mieux. »

P5 lui aussi avait envisagé l'efficacité de l'homéopathie produite par l'effet placebo. Ils affirment tous les deux que peu importe le biais par lequel l'efficacité s'applique, il existe un effet qui est ressenti comme bénéfique par le patient.

Selon le rapport de l'ANM étudiant la place des thérapies complémentaires parmi les ressources de soins :

« Les revues et méta-analyses d'essais cliniques contrôlés montrent que l'acupuncture, la médecine manuelle-ostéopathie et l'hypnose (thérapies les plus pratiquées dans les hôpitaux de Paris) ne font preuve d'utilité que dans un nombre restreint de situations : lombalgies, cervicalgies, certaines céphalées (acupuncture et manipulations du rachis), nausées et vomissements de la chimiothérapie anticancéreuse (acupuncture et hypnose), prévention de la douleur liée aux soins chez l'enfant (hypnose). De même le tai-chi paraît efficace pour la prévention des chutes et l'amélioration de l'équilibre chez les

personnes âgées. Toutefois l'avantage de ces méthodes par rapport aux soins de référence est peu ou non significatif, et quand une intervention placebo est réalisable (acupuncture, certaines manipulations) la thérapie authentique n'est pas supérieure à la thérapie simulée. L'effet placebo pourrait donc être le mécanisme commun d'action de ces thérapies. » (16)

L'ANM confirme donc que l'effet induit par ces thérapeutiques ne peut être considéré comme nul, bien qu'il relève peut-être d'un effet placebo.

P11 évoque les réflexions de son entourage basées sur des représentations qu'il juge infondées, et dit : « Moi quand je leur parle de médecine homéopathique, tout de suite le premier sujet c'est : "Est-ce que la visite est remboursée ?" Une visite homéopathique c'est comme une visite avec un médecin généraliste. »

Nous voyons que les croyances, les réflexions personnelles des participants les mènent à des avis uniques. Toutefois, nous pouvons intégrer les participants des deux groupes dans chaque thème évoqué. Il ne semble donc pas y avoir de différence dans les mécanismes permettant de construire les représentations, bien que leurs contenus divergent.

3.2. Des informations extérieures, ou leur absence

Un autre thème ayant émergé est celui des informations que le participant a pu recevoir de la part des gens qui l'entourent ou par d'autres sources, ou au contraire les informations que le participant déclare ne pas avoir reçu.

P1 relate que son entourage l'aurait encouragé à avoir recours à des TC : « "Tu devrais aller faire de l'acupuncture". [...] Bref, on m'a proposé un tas de choses aux plantes. J'ai dit : "Je veux pas. Je n'y crois pas". » Elle explique que son fils qui est médecin, tout comme les

médecins avec qui elle travaillait auparavant avaient une position assez ferme sur le sujet des TC. Elle dit alors : « C'est vrai que chez nous, mon fils non plus il ne croit pas à ça », et « J'ai jamais cru à ce genre de choses. Je sais pas peut-être parce que j'étais [au cabinet médical], et ils n'y croyaient pas non plus. C'est vrai parce que [les médecins du cabinet] sont pas très "homéopathie". » Elle rapporte également l'expérience d'une amie qui « ne marchait qu'à ça. Depuis son enfance, ses enfants, sa famille, sa mère, sa grand-mère. Tout le monde était sous homéopathie et elle y croyait » et déclare : « Après elle a eu un cancer du sein et elle m'a dit : "Tu sais quoi je vais te dire quelque chose : tous ces trucs que j'ai pris, ça ne m'a jamais servi" », ce qui a probablement renforcé son opinion vis-à-vis des TC. Toutefois, elle laisse un doute subsister au sujet de l'acupuncture et affirme :

« Si, il y a un des [...] médecins qui faisait de l'acupuncture à l'époque. Mais j'étais sceptique aussi parce que parfois, il y en a qui venaient pour des entorses, il leur mettait des... et ils revenaient ils marchaient ils avaient pas mal. Alors je me disais : "Bon il y a peut-être quand même quelque chose". Là je veux bien. »

P2 se dit en confiance vis-à-vis des TC car dans son pays ce type de thérapeutique est assez développé et dit : « Moi je connais les remèdes de grand-mère. Après la médecine, la médecine... naturopathie, en fait avec les tisanes. »

P12 rapporte les améliorations qu'elle a pu observer chez certaines connaissances : « Ceux que je connais qui ont pris des fleurs de Bach, qui ont pris des huiles essentielles, qui ont pris de l'homéopathie, qui ont pris de l'acupuncture, et ben ça aide quoi ».

P13 rapporte une expérience positive avec l'homéopathie, conseillée initialement par sa belle-fille :

« Je sais qu'à un moment j'étais pas bien, alors ma belle-fille comme elle est pharmacienne elle me dit : "Mais mamie prenez encore ça", je sais plus ce que c'était

qu'elle m'avait ramené. Et sur le moment c'est vrai que tu te dis : “Oh ben tiens ça passe de nouveau”, vous voyez cette angoisse qu'il y a à l'intérieur-là qui croit que vous allez étouffer là. »

Toutefois elle rapporte : « Dès que ça va de nouveau normal, je prends plus. » Elle envisage également que cela peut peut-être fonctionner chez certaines personnes mais pas d'autres, et décrit alors ce qu'elle a pu observer chez deux de ses proches :

« Moi j'ai un des deux petit fils, [...] il se soigne qu'à l'homéopathie. Il a une grippe ben il prend, ça passe, tandis que l'autre ça ne fait rien du tout. Vous voyez c'est bizarre hein les deux frangins. Et puis il y en a un c'est pareil il a des boutons il a des plaques il a des trucs, il prend c'est bien, l'autre rien du tout. C'est après suivant les personnes je pense. »

Elle a enfin pu observer qu'une proche donne préférentiellement de l'homéopathie en première intention (pour des affections somatiques) à ses enfants : « Ben on va dire si [...] elle tousse la mort, ou elle se sent pas bien, et ben c'est sûr s'il faut après un sirop ou des médicaments elle va lui donner, mais d'abord elle va commencer avec l'homéopathie. »

Toutes ces informations extérieures semblent ainsi influencer la façon dont P13 se représente les TC.

P3 et P12 ont toutes deux eu recours à l'homéopathie dans leur enfance, leur mères respectives ayant intégré cela dans leurs soins.

P12 raconte que sa mère avait recours à l'homéopathie en automédication, et comment celle-ci s'était finalement tournée vers un médecin homéopathe :

« Quand j'avais 3 ans, [...] j'ai fait une réaction allergique, ils ont fait des tas de test, ils n'ont pas su dire pourquoi, et finalement elle a rencontré cette femme-là, qui lui a dit elle fait peut-être une réaction aux pesticides qu'il y a dans les aliments. “Bingo c'était ça”, donc après [...] on a changé complètement notre alimentation, et c'est venu de là

donc après elle est devenu notre médecin. »

Nous voyons ici comment la confiance a permis de créer une alliance forte.

P3 explique également comment s'est construit le chemin vers l'homéopathie pendant son enfance : « Oui, je connaissais quand j'étais petite, je me soignais pour des rhumes, des angines des choses comme ça avec de l'homéopathie, c'est ma mère qui aimait pas du tout les antibiotiques, les comprimés, les choses comme ça, donc on a eu ça ». Elle précise ensuite que c'est son psychiatre qui l'a informée de la possibilité d'avoir recours à l'homéopathie pour des troubles psychiques : « Et puis après je savais pas du tout que ça s'utilisait en psychiatrie par contre, et c'est vraiment [mon psychiatre] qui me l'a expliqué ».

P11 rapporte également avoir été guidé par un membre de sa famille, son épouse, vers le recours à l'homéopathie. Il raconte alors comment son épouse, puis son médecin généraliste initialement et son psychiatre ensuite ont changé son avis sur la question :

« Elle, toute sa famille se soignait déjà par homéopathie. Donc, elle, c'est quelque chose en quoi elle croyait et qui lui faisait du bien. Moi j'étais totalement opposé à l'homéopathie. Mais depuis que j'ai rencontré [les médecins homéopathes généraliste et psychiatre], j'y crois énormément. »

Il explique enfin, après avoir décrit comment son opinion sur l'homéopathie s'était initialement construite, comment certains de ses doutes concernant l'efficacité de l'homéopathie par le biais du seul effet placebo ont été levés :

« Dans l'environnement où j'étais élevé on n'y croyait pas, et puis pour moi non je veux dire c'était quelque chose qui était complètement sans aucun effet, c'était plus psychique, pour moi c'était qu'un ... comment on appelle ça déjà des médicaments ... un placebo ! Pour moi c'était un placebo. Maintenant j'ai la confirmation où ce n'est pas un placebo dans la mesure où j'ai vu de mes propres yeux le fait de pouvoir guérir des animaux avec

de l'homéopathie. Bon donc si sur un être humain un placebo peut fonctionner, certes...
mais des animaux sont guéris également avec de l'homéopathie... »

P10 développe les informations qu'il a reçues de l'extérieur : « La personne dont je parle qui m'a branché sur le [psychiatre], elle, elle va pas faire deux pas sans prendre un peu d'homéopathie. Elle a mal à la tête, homéopathie. Sa voiture a un pneu crevé, homéopathie. J'exagère un peu d'accord », et dit sur un ton ironique : « J'avais des amis qui ne parlaient que de l'homéopathie, c'était merveilleux etc., il suffit de prendre ces petites pilules pour devenir jeune beau et avoir des longs cheveux ». Il croit finalement que ce ne sont pas les gens autour de lui qui l'ont convaincu, mais son besoin personnel de consulter un psychiatre : « Et donc en fait moi j'ai été voir le [psychiatre] mais je ne savais pas que lui pratiquait l'homéopathie, on m'avait pas... c'était pas quelque chose qui était mis en avant parce que les gens savaient très bien que l'homéopathie j'y croyais pas beaucoup. Par contre j'avais besoin d'un psy ». Il affirme alors qu'il a eu recours à l'homéopathie surtout car son psychiatre lui en a prescrit, mais également car il se disait que cela ne pouvait pas lui faire du mal (ce qui se rapporte donc au premier mécanisme développé, celui des réflexions ou croyances personnelles, en effet il ne se réfère pas à des informations reçues de l'extérieur pour affirmer l'innocuité de l'homéopathie, cela semblant plutôt relever d'une croyance, comme nous l'avons vu précédemment). Enfin, il évoque le fait qu'il n'aurait peut-être pas continué le suivi (et ainsi peut-être pas le traitement homéopathique) auprès de son psychiatre si celui-ci n'avait pas pris le temps de parler avec lui, et dit : « L'homéopathie a fonctionné parce que j'étais en ... disons que je parlais avec le psychiatre vous voyez, mais s'il m'avait juste dit : “Je ne vous parle pas prenez un peu d'homéopathie et quittez mon cabinet”, je ne pense pas que j'aurais fait beaucoup de séances. »

P14 ne souhaite pas, au sujet de son utilisation de l'acupuncture, en référer à toute sa famille, en effet elle explique qu'une de ses proches pense que « c'est bien [qu'elle] fasse de

l'acupuncture, [...] comme ça [elle peut] arrêter [ses] médicaments », et qu'elle pense que le reste de la famille pourrait aussi tenter de la dissuader d'avoir recours aux psychotropes.

P5 rapporte que bien qu'il ait recours à l'homéopathie depuis de nombreuses années, il reste critique face à cette thérapeutique. Son opinion est sous-tendue par celle d'un auteur, dont il résume la pensée :

« L'homéopathie est une médecine qui est active et qui obtient de véritables résultats et ce serait illusoire que tous les résultats nécessairement vont être forcément positifs et forcément aller dans le bon sens. Parfois l'homéopathe se rate, la dose n'est pas la bonne, et potentiellement ça peut ne pas avoir un effet bénéfique. »

Enfin, a contrario certains patients déclarent un manque d'information au sujet des TC.

P7 déclare au sujet des TC : « Je n'en suis pas opposé, mais je ne vois pas, je vois pas quoi. Si vous me dites que l'acupuncture, c'est quelque chose qui peut soulager les angoisses et... Ce genre de choses... Oui, bien sûr. Moi je suis tout à fait prêt à essayer ». Il explique ensuite qu'il se reconnaît en partie responsable du manque d'information : « Pas informé ou je me suis pas informé, j'aurais pu faire. Aujourd'hui, tout le monde a internet, il suffit de taper "Qu'est-ce qu'on peut faire quand on a mal ?" ». P6 déclare qu'il n'est « pas opposé mais [n'a] jamais testé » les TC, et précise qu'il pense que cela peut être utile pour soulager certains troubles psychiques : « Oui j'ai déjà vu des cas. Je voulais même déjà essayer une fois quelque chose. C'était l'hypnose. Je ne sais pas si ça se fait ». Il rapporte, au sujet de l'hypnose : « Ça, Je l'avais vu une fois. Je crois que c'était à la télé. [...] Et je m'étais posé la question. Mais je ne suis pas allé plus loin que ça dans ma recherche. Mais je ne sais même pas si ça se fait dans le cadre de dépressions, de choses comme ça, ça se fait ? » Il explique toutefois que « pour le moment [il] essaye de [se] battre [soi]-même », qu'il a « encore assez de force », et ne voudrait pas « tomber dans le tout traitement », ayant déjà de nombreux psychotropes. P6 rapporte donc le sentiment

d'un manque d'information, mais également une réflexion personnelle le menant à penser que le recours à une nouvelle thérapeutique que celle dont il dispose ne lui semble pas nécessaire pour l'instant.

Les éléments développés ci-dessus nous permettent de mettre en exergue l'influence de l'information reçue ou non de la part de l'entourage proche, lointain, ou de la part de l'environnement (médiatique, médical) sur les représentations des participants.

Il apparaît très important qu'une information de qualité soit prodiguée aux patients (15). Cela relève notamment du devoir du médecin, qui a pour obligation d'apporter une information claire au patient, comme le prévoit l'article R4127-35 du code de la santé publique :

« Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. » (59)

Nous observons toutefois que certains participants ne se sont pas tournés vers les TC bien que les informations extérieures auraient pu les y amener, tandis que certains, comme P10 affirment y avoir eu recours sous l'influence d'autres facteurs.

3.3. Des expériences personnelles

De manière plutôt évidente, de nombreux participants évoquent des expériences personnelles lorsqu'il s'agit d'expliquer leur point de vue quant à la place qu'ils attribuent aux TC pour soulager certains troubles psychiques.

P2 qui a recours uniquement à l'homéopathie depuis de nombreuses années, explique que cela l'a beaucoup aidé.

Elle déclare alors : « Moi j'ai l'expérience avec l'homéopathie, ça fait vingt ans. Personnellement, pour moi, mes enfants », et explique que pour elle et pour tous les membres de sa famille, cela permet de soulager des troubles psychiques comme physiques : « J'avais ma fille qui a eu un asthme, allergie. Ça a disparu en fait », « J'ai mon mari qui déprime souvent. Et grâce à l'homéopathie ça va mieux. »

P12 qui a recours de manière fréquente à l'homéopathie et de manière ponctuelle et pour la dernière fois en 2019 à l'acupuncture, raconte le soulagement que l'homéopathie peut procurer sur le plan psychique sur elle comme sur son enfant et déclare : « Dès que j'avais cette anxiété en me disant : “Mais ok je comprends pleins de choses”, et ben je prenais de l'homéo, ça me calmait. » Elle rapporte ensuite :

« Je lui ai fait prendre Tarentula, l'horreur pendant trois jours mais vraiment... et il m'avait dit : “Ça peut durer, là c'est intense, on est sur vraiment un traitement de fond”. Et donc quand ça a augmenté je me suis dit “Bon je pense que là on est bon” et effectivement ça l'a beaucoup apaisé, il ne faisait plus de colères, il dormait la nuit. »

Elle souligne ainsi l'un des principes de l'homéopathie qui postule que si le remède et la dose sont justes et adaptés, la situation clinique se verra dans un premier temps aggravé, pour s'apaiser dans un second temps (60). Cela va à l'encontre de l'idée de l'homéopathie comme une médecine douce, dépourvue d'effets secondaires, et fait écho à ce que P5 exprime lorsqu'il donne son avis au sujet du caractère inoffensif de l'homéopathie :

« L'homéopathie, si c'est une médecine, c'est un peu comme tous les produits, contrairement à ce qu'on dit dans l'homéopathie à la française, si c'est une médecine et que potentiellement ça soigne ben potentiellement contrairement à ce qu'on dit : “Oh mais de toutes façons l'homéopathie ça ne fait pas de mal”, si vous donnez une dose qui n'est pas une dose adaptée au terrain de la personne, [vous pouvez] voir une aggravation

des symptômes. Mais en l'occurrence c'est juste une pensée cohérente qui dit : “Je peux soigner par l'homéopathie et puisque je peux soigner par l'homéopathie éventuellement aussi si je me trompe ben je peux aggraver une situation”. Ça part du principe que l'homéopathie est une médecine qui est active et qui obtient de véritables résultats et [...] ce serait illusoire que tous les résultats nécessairement [soient] forcément positifs [...]. Parfois l'homéopathe se rate, la dose n'est pas la bonne, et potentiellement ça peut ne pas avoir un effet bénéfique. »

Nous pouvons ajouter que P5 tient son raisonnement de source extérieure, notamment d'un livre dont nous n'avons pas retrouvé la référence.

Au sujet de l'acupuncture, P12 explique que « ça [l]'avait apaisée dans le stress, les angoisses, les questionnements ».

Elle explique alors la place des TC dans le soulagement des troubles psychiques : « Pour moi c'est essentiel [...] Et l'homéopathie c'est très efficace si c'est la bonne dose. Et en fait après je pense que c'est aussi pour ça que c'est tant décrié parce que : “Oui, ça sert à rien”, “Mais c'est sûr si tu donnes Belladonna à la place de Cina c'est sûr que ça ne va pas marcher. »

Par ailleurs, elle confie son avis quant à certaines modalités de réalisation de l'acupuncture : « Ce que je n'aime pas par contre dans l'acupuncture c'est quand on pique aux aiguilles, même si c'est très efficace, moi je suis toujours allé voir des personnes qui ont un peu des choses dans les mains et donc en fait l'aiguille c'est là, c'est le doigt quoi. »

Il semblerait que son avis se soit construit sur la base de son expérience mais également de réflexions personnelles, c'est-à-dire de pensées, de remarques faites à soi-même, comme un dialogue intérieur.

P3, elle, évoque les TOC dont elle souffre et pour lesquels elle a recours majoritairement à l'homéopathie et explique : « J'ai commencé depuis un an et demi uniquement, et honnêtement

je ne vois pas encore pour l'instant de différence, dans ce que j'ai moi, et là je parle de TOC, de choses comme ça, et donc là pour l'instant ce n'est pas efficace. » Elle exprime toutefois que, bien qu'elle n'observe pas d'efficacité « pour l'instant », elle ne remet pas en doute sa conviction que cela pourrait fonctionner.

P3 explique avoir également eu recours à l'acupuncture après avoir contracté la dengue en Polynésie, et qu'au vu de cette expérience positive, elle avait tenté à nouveau en Chine et raconte : « Je l'ai essayé [...] dans un endroit où c'était proposé et ça m'a justement... je pense qu'on n'a pas assez communiqué [...] et donc ça m'a fait très mal au contraire, pas après mais sur le moment j'étais extrêmement tendue », et ajoute : « Je pense que c'est important de pouvoir communiquer avec le thérapeute et là, ça a pas été assez le cas. »

P4 souligne l'aide apportée par les TC et déclare : « Heureusement, toutes ces années où c'était très difficile, heureusement que j'avais un médecin acupuncteur, homéopathe qui faisait aussi du magnétisme, du reiki, tout ça. » Elle précise l'effet produit par ces thérapeutiques sur ses symptômes :

« L'auriculothérapie, ça m'a plus soigné mes problèmes d'intestins, tous les effets secondaires du burn-out que le burn-out en lui-même. Les psychotropes m'ont aidé à gérer ma tête, à gérer ma dépression. Mais ce que m'a apporté le reste, l'acupuncture et tout ça, ça m'a quand même apaisée. [...] Heureusement que j'avais ça. Moi je trouve que ce sont deux médecines vraiment qui ... il faut vraiment avoir la globalité. Tu peux pas soigner un burn-out, si t'as pas ça à côté, tu soigneras ta tête, mais t'auras pas l'apaisement, forcément... Enfin soigner ta tête pas vraiment, disons que ça va t'équilibrer au niveau du... tu sors de ta dépression. Mais le corps quand même, en a... j'ai morflé. »

P14 rapporte que l'acupuncture l'a « aidé dans [ses] crises d'angoisse, les attaques de panique,

et ça [l]'aide à mieux respirer, ça [l]'aide à [se] concentrer sur [sa] respiration ». Elle précise alors le délai d'action qu'elle peut observer : « Un jour après. Ou quelques jours après. Là il m'a fait de l'acupuncture lundi, j'ai senti que j'allais mieux au bout de quelques jours. » et déclare que cela lui « permet de prendre beaucoup moins de médicaments, si [elle] ne faisait pas de l'acupuncture, [elle prendrait] trois tonnes de médicaments ».

P11 déclare que son psychiatre lui « avait trouvé il y a quelques années [sa] dose de fond. Et donc quand [il] ne [se sent] pas très bien niveau mental, niveau accroche professionnelle, et ben en fin de compte [il prend] cette dose et ça [lui] fait un bien fou ». Il explique alors y avoir eu recours la semaine précédent notre entretien et dit : « Ça va nettement mieux. Ça va beaucoup beaucoup mieux. » Nous avons vu plus tôt que P11, au début, ne croyait pas en l'efficacité de l'homéopathie. C'est notamment son expérience personnelle qui semble l'avoir fait changer d'avis. Il raconte en effet comment sa croyance fondée sur l'absence de produit actif dans les granules et l'aspect des granules a été balayé par sa propre expérience :

« Ben en fin de compte ne pas y croire c'était le fait de voir ces petites boules blanches sucrées sans aucun produit actif à l'intérieur, donc pour moi c'était totalement inoffensif quoi, ça ne pouvait pas avoir d'effet sur un être humain ou autre chose. Le fait que j'y ai cru c'est venu petit à petit par le fait ou en fin de compte j'ai ressenti des ... je voudrais pas dire du bien être mais j'ai ressenti voilà un début d'amélioration dans mon état. »

Il évoque également le recours à l'ostéopathie, initialement pour des douleurs musculaires, et déclare : « Donc ben en fin de compte le psychisme, quand on se sent bien dans sa peau ça aide aussi à pouvoir avancer. »

P10, lui explique, au sujet de la prise en charge par son psychiatre homéopathe que « ça s'est révélé extrêmement positif », et qu'il « ne [sait] pas si c'est à cause de [son psychiatre], de l'homéopathie, ou les deux » ou même le fait que ses « problèmes en même temps se sont un

peu résolu ». Bien qu'il ne sache pas par quel mécanisme la guérison s'est opérée, son expérience personnelle vis-à-vis de l'homéopathie s'est révélée positive.

P5 raconte son expérience vis-à-vis de l'acupuncture et l'homéopathie.

Il rapporte d'abord que « l'acupuncteur, normalement quand il est bon, a cette capacité à refaire circuler l'énergie de manière harmonieuse dans le corps et donc [il fait] des soins d'acupuncture quand [il se sent] fatigué et quand [il a] des douleurs articulaires et ce genre de choses ». Il explique alors que, malgré le recours initial à l'acupuncture pour soulager des maux physiques, celle-ci a pu avoir des bienfaits sur son bien-être global et dit :

« Après une séance d'acupuncture réussie on peut vraiment sentir que l'énergie interne s'est transformée, c'est-à-dire qu'on est plus dans le même état d'esprit quelques heures après la séance que quelques heures avant la séance. [...] même d'ailleurs tout de suite après la séance parfois vous sentez que vous sortez, vous avez l'esprit plus libre qu'avant la séance. »

Il précise ensuite son avis plus mitigé vis-à-vis de l'efficacité de l'homéopathie :

« Sur l'homéopathie, ça a toujours été alors même que je la pratique depuis longtemps, [...] j'ai toujours eu des effets plus mitigés, c'est-à-dire j'ai... les choses sont toujours... parfois on a l'impression que ça marche et puis quelques semaines après ça va retomber, parfois on a l'impression qu'au contraire ça peut même alors ... pas d'aggravation profonde mais ne pas améliorer la situation même peut être un peu la détériorer. Voilà c'est plus... »

P9 explique simplement qu'il a eu recours à l'acupuncture et à l'homéopathie et que cela « n'a pas marché ».

P4 explique que malgré le bien-être apporté par les TC, elle a espacé les rendez-vous car « c'est pas toujours remboursé et pas bien remboursé ». Elle rend compte d'une problématique

existante, celle de l'accessibilité financière aux thérapeutiques disponibles.

Bien que certaines pratiques commencent à être remboursées, les TC ne le sont pas toutes. En effet, la décision d'un remboursement dépend notamment de l'efficacité des pratiques, celle-ci évaluée par des études cliniques basées encore en grande partie sur des essais contrôlés randomisés. Pour diverses raisons, notamment la difficulté à appliquer un placebo à ces techniques, et l'absence de retour d'expérience de la part du patient dans les ECR, il apparaît évident et nécessaire d'avoir recours à d'autres types d'études cliniques.

C'est ainsi que, sous réserve d'une validation de leur efficacité et de l'absence d'innocuité retrouvée, certaines TC pourraient faire l'objet d'un remboursement par l'Assurance Maladie (15,16).

L'expérience personnelle des participants est très hétérogène. Il apparaît qu'elle oriente le choix du recours thérapeutique, mais ne le détermine pas totalement. En effet, certains patients ont toujours recours à certaines thérapeutiques malgré l'absence d'efficacité ressentie, d'autres reconnaissant une accessibilité moindre à certaines thérapeutiques souhaitent malgré tout poursuivre le recours à celles-ci. Nous avons développé précédemment les autres mécanismes ayant pu être déterminants.

3.4. Le hasard

Nous avons développé trois thèmes permettant de regrouper les réponses des participants au sujet des représentations qu'ils ont vis-à-vis des TC. Un dernier élément n'ayant pas été traité mais ayant été évoqué par deux répondantes relève d'une forme de hasard.

P2 explique en effet être tombée par hasard lors d'une recherche sur internet sur une médecin généraliste pratiquant l'homéopathie, puis sur un psychiatre pratiquant l'homéopathie.

Toutefois, le hasard existe-t-il vraiment ? N'a-t-elle pas simplement choisi ce praticien après avoir vu que le praticien pratiquait l'homéopathie ?

P8, quant à elle, raconte sa rencontre fortuite avec son psychiatre : « Ça a été un hasard heureux qu'on me conseille d'aller voir [ce psychiatre], un ami qui m'en a parlé il m'a dit “en plus il soigne par homéopathie”, au moment où j'étais au plus mal c'était vraiment une bénédiction. »

Les entretiens individuels ont permis de comprendre à travers le vécu des sujets, ce qui semble avoir participé à la construction de leur opinion, et de leurs aspirations. Les thèmes qui ont émergé font état de cette construction. Toutefois il est nécessaire d'envisager que les thèmes subissent des influences mutuelles et ne peuvent être envisagés comme évoluant indépendamment les uns des autres.

4. Analyse de la place des psychotropes

La dernière question posée aux participants était : « Quelle est pour vous la place des psychotropes pour soulager certains troubles psychiques ? »

Nous allons développer de la même manière que dans la partie précédente les réponses directes à cette question puis les raisons apportées par les participants expliquant ces réponses.

Les verbatims cités ci-dessous sont ceux ayant le plus interpellé l'investigateur.

Plusieurs participants ayant recours actuellement exclusivement aux TC semblent considérer l'importance des psychotropes dans certaines situations.

P3 pense « que ça peut être essentiel dans certains cas où on est en crise absolue [...], quand on est dans un moment où on est capable de vraiment ... ben se faire du mal ou mettre fin à sa vie [...], enfin quand on est vraiment dans des situations où on a besoin d'un calmant ».

P5 pense que les psychotropes ont leur place « si la personne déjà en ressent le besoin, si elle pense qu'elle va pas s'en sortir sans ». Il précise alors :

« Après je pense aussi que physiologiquement il paraît que dans certaines formes de dépression, où il y a des hormones [...] qui ne fonctionnent pas bien, [...] on peut par l'intermédiaire de ces psychotropes rééquilibrer ces fonctions là et que ça peut être de bons éléments par exemple pour permettre à la personne de sortir d'une question de laquelle elle est incapable de sortir par elle-même. »

P8 explique qu'elle « classe les psychotropes dans l'allopathie et l'allopathie, pour [elle], elle a sa place dans l'urgence mais que dans l'urgence ».

P11, qui n'a plus recours qu'aux TC, déclare : « C'est quand même utile. [...] Enfin en ce qui me concerne sur mon vécu perso, c'était nécessaire à un moment donné parce qu'il fallait que je me sorte un petit peu de l'état où j'étais, donc ces psychotropes m'ont permis d'en sortir. »

P6, qui n'a recours qu'aux psychotropes évoque l'efficacité des psychotropes, tout comme leurs limites et dit : « Il n'y avait plus cet état de fatigue permanente quand je les reprenais. C'était il y a trois ans. Et bon mon mental était amélioré. Je me sentais plus fort à nouveau, je me sentais revenir. Mais après ça a ses limites aussi », et précise : « Ça permet, comment dire, de vous mettre debout, [...] quand il y a des chocs émotionnels je les gérais mieux. Mais toujours avec cette anxiété derrière. Après, je veux dire, c'est comme si je mettais du temps à digérer ».

P9 pense que « sans les médicaments [il serait] différent », et déclare même qu'il pense qu'il ne serait « déjà pas là pour [nous] en parler ».

P7 explique que la première fois qu'il a eu recours à des psychotropes « ça a duré 6 mois, [il a] été obligé », et ajoute : « C'est quelque chose que je cachais au boulot, pour ne pas être... Mise au rebut ou mis sur le banc des trouble-fête ». Il rend ainsi compte de la crainte d'être stigmatisé lorsque l'on a recours à des psychotropes.

P14 se dit « obligée de les prendre » et pense que si elle ne les prend pas « l'acupuncture [ne] pourrait pas [l]'aider ».

Nous observons que les participants ayant recours actuellement exclusivement aux TC ont des avis plutôt convergents à l'égard des psychotropes, leur attribuant une place importante dans le cadre de l'urgence. Les participants ayant recours à des psychotropes semblent les considérer comme indispensables dans leurs situations, bien que certains comme P6 soulignent également leurs limites.

Nous allons développer les mécanismes et phénomènes menant aux représentations que les patients se font de la place des psychotropes pour soulager certains troubles psychiques.

Les différents thèmes retrouvés sont en partie similaires à ceux retrouvés au sujet des TC (hormis le hasard), c'est-à-dire les réflexions et croyances personnelles, les informations reçues par leur environnement, et enfin les expériences personnelles.

Les thèmes qui ont émergé du traitement des verbatims des répondants, sont autant d'éléments ayant permis aux participants de construire leur choix.

Les concepts que nous avons pu relever sont les suivants : des réflexions personnelles, une information reçue ou a contrario une absence d'information, et l'expérience personnelle.

4.1. Des réflexions et croyances personnelles

Le premier thème abordé concerne ce qui est relatif aux réflexions et croyances personnelles.

Plusieurs participants ne semblent pas identifier comme psychotropes des médicaments comme les benzodiazépines et les somnifères. En effet, ils répondent tout d'abord n'avoir jamais eu recours aux benzodiazépines, ou ne pas avoir recours à un autre médicament qu'à des

antidépresseurs.

P4, lorsqu'on la questionne au sujet des traitements auxquels elle a eu recours, se souvient des neuroleptiques et des antidépresseurs mais répond premièrement qu'elle n'a pas eu d'autres traitements, puis lorsqu'on lui demande si elle a eu recours à des anxiolytiques, répond : « Ah oui, oui, oui, le Xanax, oui, ça j'en ai eu aussi. » P6, de la même manière, répond par la négative à la question : « À part les antidépresseurs, il n'y a pas eu d'autres traitements psychotropes ? » C'est seulement lorsque nous précisons la question par les termes « anxiolytique » et « traitement pour dormir », qu'il répond respectivement : « Ah ! Je prends du Lysanxia », et « Théralène ».

P13 de la même façon, doit-être relancée par le terme « benzodiazépine » pour se souvenir qu'elle y a eu recours et répond alors : « Si du Xanax si, un peu de Xanax, ouais ».

Il apparaît d'après ces derniers verbatims soit une méconnaissance soit une banalisation des benzodiazépines, qui ne semblent pas être considérées comme des psychotropes. Cela influence-t-il les participants dans leur recours à ces molécules du fait qu'ils n'imaginent pas qu'ils aient une action sur le système nerveux central ?

P3 également hésite d'abord quant au fait qu'elle ait déjà eu recours à des psychotropes, puis se souvient avoir eu recours à des benzodiazépines, et explique enfin : « J'avais eu ça et des somnifères, c'est les seules choses que j'ai acceptées ». Elle explique finalement avoir accepté ces psychotropes car elle « n'en [connaissait] pas spécialement en fait, c'est le médecin qui [lui a] prescrit ça parce [qu'elle n'arrivait] plus à dormir et [elle n'arrivait] plus à [se] relaxer assez pour [se] préparer à dormir, [elle enchainait] les nuits blanches, ça devenait infernal ».

D'autres participants se questionnent quant à la possibilité d'arrêter ou non le traitement.

P4 explique alors qu'elle prend « automatiquement » le traitement et qu'elle ne ferait pas sans pour l'instant car elle « a encore des soucis à gérer », « donc [elle] a peur de resombrer ». Elle

déclare enfin qu'elle les arrêtera « quand [elle vivra] pour [elle], et pour l'instant [elle vit] encore pour les autres », et prouve par-là que la décision de ne pas arrêter est advenue d'une réflexion personnelle.

P1 déclare au sujet de l'anxiolytique auquel elle a recours : « C'est vrai que je pourrais m'en passer mais... Mais je me dis, si je le prends pas, je ne vais peut-être pas aller bien. » Elle semble craindre de l'arrêter, tout comme P13 qui rapporte : « En le diminuant ou en l'arrêtant j'ai peur de replonger dans ce truc d'angoisses. »

P7 nous précise le rapport qu'il a au traitement :

« Dans mon cas actuel et présent, je ne vois pas comment je pourrais m'en passer. Je sais que si je le prends pas entre parenthèses “à heure fixe”, je vais tout de suite le ressentir... Moralement et physiquement. Il y a une répercussion physique immédiate. Je ne me sens pas bien. Il faut que je le prenne quoi. »

Ce verbatim rend compte à la fois d'une expérience personnelle, mais possiblement aussi des croyances que le participant y associe.

P5, a contrario a rencontré « pleins de gens qui ont pris des somnifères qui les prenaient au départ pour des trucs qui étaient assez bénins et qui se sont retrouvés à ne plus pouvoir se passer de somnifère » et explique que pour lui, « l'idée de ne pas pouvoir dormir sans prendre un produit [...] paraît ... Une aberration. Et donc ce genre de choses [l]'incitait pas du tout à verser dans ces pratiques ».

Il existe également certains questionnements au sujet de l'effet indirect des psychotropes sur le fonctionnement psychologique et l'autonomie de la personne. P5 pense que le recours aux psychotropes peut amener à « une fragilisation de la personne au sens où quelque part le message qui lui est envoyé, c'est “toute seule, sans l'utilisation d'éléments extérieurs chimiques, vous n'avez pas la capacité à vous en sortir” ». Il explique alors qu'à part « certains cas où

vraiment la personne est au fond du trou et il faut la sortir avec des psychotropes », il croit que nous avons des « facultés d'auto-guérison [...] notamment dans le domaine psychologique, si on lutte contre des idées toutes faites comme la liberté de la volonté, comme le fait que souffrir c'est anormal, comme le fait que rencontrer des événements extérieurs qui nous font du mal c'est pas normal ».

D'autres participants ayant recours aux TC semblent avoir mené une réflexion vis-à-vis de la possibilité d'un recours aux psychotropes.

P8 et P12 emploient le terme d'« urgence » pour expliquer les circonstances dans lesquelles elles pensent que les psychotropes pourraient être utiles. P8 précise alors : « Par exemple quelqu'un qui est vraiment suicidaire et qu'on n'arrive pas à le maîtriser, il faut vraiment le calmer pour éviter qu'il passe à l'acte. » Cette réflexion est probablement également influencée par son expérience personnelle, ce que nous allons voir par la suite.

Nous pouvons également partager les réflexions personnelles de P8 vis-à-vis de la posture du médecin dans la prescription de psychotropes :

« Pour moi c'est de la folie qu'une personne prenne des psychotropes au-delà de six mois quoi. Ça, c'est qu'il y a un gros problème c'est qu'il y a un souci, c'est qu'en fait le médecin ne sait pas faire autrement et plutôt que de se remettre en question, parce que c'est difficile, se dire : “Ben mince là je sais pas faire autrement” pour le soigner, parce que ça c'est pas soigner un individu je suis désolée, lui donner des psychotropes, le shooter pendant des années, c'est pas soigner un individu. Pour moi le soigner c'est vraiment quand il l'arrête, voilà. »

Pour conclure au sujet des réflexions que les participants peuvent avoir au sujet des psychotropes, nous prendrons l'exemple de P10 qui explique tout d'abord qu'il a au sujet des psychotropes « un a priori défavorable », et développe : « Alors vous allez me dire : “Qui repose

sur quoi ?” Sur rien, c'est juste encore une fois sur les arguments que je vous ai donnés. Je crains l'habitude, et je pense que c'est reculer pour mieux sauter. Il y a des moments où dans la vie ça va pas bien, où il faut y faire face », « C'est quand même pour moi des substances chimiques, je ne sais pas très bien ce qu'il y a dedans, quelques fois on dit : “Ce médicament est merveilleux” et trente ans après on dit : “Oulala ce n'était pas une bonne idée de le donner”. Donc moins j'en prends et mieux c'est. » Il se livre ainsi à des réflexions similaires à celles de P5, pense qu'il faut faire face à certaines difficultés de la vie, que les psychotropes ne peuvent pas tout résoudre, et se questionne quant au recul vis-à-vis de la sécurité des médicaments.

Enfin, il nous fait toutefois part de la possibilité qu'il s'accorde d'avoir recours à ces traitements :

« Mais [...] peut-être que je n'étais pas non plus dans un état... enfin j'ai déjà quand même pensé à me suicider, c'est déjà quand même sérieux, mais peut-être que je n'étais pas non plus dans un besoin... de médicaments, je sais pas il y a peut-être des situations où je serais dans un tel désarroi que je prendrais ces médicaments-là. »

Nous remarquons que les participants ont des opinions qui semblent reposer sur leur réflexions et croyances personnelles, sans que cela ne se fonde forcément sur des éléments tangibles. Dans certains cas toutefois celles-ci semblent être influencées par des informations reçues, et par l'expérience personnelle des répondants.

4.2. Des informations extérieures

Les informations venant de l'extérieur semblent jouer un rôle important dans la façon dont les représentations des participants se construisent.

P14 confie que ce sont ses proches qui souhaiteraient qu'elle mette un terme à l'utilisation des psychotropes, car cela entraînerait une mauvaise santé. Elle ne semble pas prendre ces avis en compte, bien que cela ne lui permette pas de se sentir soutenue par son entourage. Elle semble

accorder plus d'importance à l'avis du médecin qui lui a expliqué qu'elle devrait avoir recours aux psychotropes à vie.

P6 rapporte qu'il n'a pas accepté de prendre de l'alprazolam et s'explique : « J'ai vu dans ma vie, j'ai eu quelques amis qui prenaient du Xanax. Et j'ai vu ça, ça vous transforme en légume. »

Nous avons vu dans un verbatim précédent que P6 a recours à d'autres benzodiazépines. Il semblerait qu'il fasse donc une distinction entre les différentes benzodiazépines, ayant accepté d'en consommer certaines, mais refusé d'avoir recours à d'autres médicaments de la même classe thérapeutique. Nous pouvons nous questionner sur la nature de cette contradiction, qui rend compte des différents éléments qui ont construit son opinion : Avait-il été informé que le prazépam appartient à la famille des benzodiazépines ?

P12, raconte plusieurs expériences que son entourage a pu lui confier ou de situations qu'elle a pu observer et dit notamment : « J'en connais [...] qui ont pris que des psychotropes et qui s'en sont sortis, mais 10% », « J'en ai vu et ils sont complètement amorphes quoi, ils sont stones, ils sont pas là quoi, on les shoote. » Les nombreuses informations qu'elle reçoit de l'extérieur la mènent finalement à conclure au sujet du recours aux psychotropes : « C'est une solution à court terme pour moi les psychotropes qui sont efficaces et qui ont leur rôle et qui ont leur place mais pas à long terme. »

Elle relate également l'histoire d'une proche, décédée par suicide, qui était traitée pendant de nombreuses années par psychotropes. Elle semble supposer d'une part que les psychotropes ne l'ont pas aidée durant toutes ces années, d'autre part que si elle avait été sous psychotropes les jours précédant son décès, cela aurait pu peut-être la sauver. Elle reconnaît alors que les psychotropes ont leur place « pour quelqu'un qui va se foutre en l'air ou qui a fait une [tentative de suicide] et qui va en refaire une ».

Nous avons déjà fait apparaître un verbatim extrait du discours de P5 qui explique avoir

rencontré des individus « qui ont pris des somnifères qui les prenaient au départ pour des trucs qui étaient assez bénins et qui se sont retrouvés à ne plus pouvoir se passer de somnifère », ce qui le décourage fortement à avoir recours à de tels médicaments.

P2 rapporte que son conjoint qui a eu recours aux psychotropes, lui a confié que cela « détruit le cerveau », et qu'il se « [sent] handicapé, [il n'est] pas [lui]-même, le cerveau, c'est une autre personne ». Elle évoque également l'histoire de membres de sa famille qui n'ont pas été guéri par la médecine allopathique :

« Ma belle-mère elle est décédée avec un cancer. Elle n'a jamais fait confiance à l'homéopathie. Je vois mon père aussi qui se soignait beaucoup avec des médicaments classiques, jusqu'à ce qu'il a détruit sa santé. Et après dans les conséquences... dans la notice des médicaments à chaque fois, ils marquent des effets secondaires... »

Il semble exister pour la patiente un lien entre le fait d'avoir pris des médicaments allopathiques ou de ne pas avoir fait confiance à l'homéopathie et des conséquences graves pour la santé. Cette causalité peut toutefois être remise en question.

P5 lui semble émettre plus de réserve vis-à-vis de son propre jugement lorsqu'il évoque le cas d'un ami « qui a souvent pris somnifère, psychotropes etc... » et raconte :

« Je voyais bien qu'il n'y avait pas une amélioration qui était extraordinaire c'est-à-dire qu'il vivait des périodes difficiles, compliquées et le fait qu'il prenne ce genre de médicament, en tous les cas pour lui ce qui n'est pas du tout une voie générale, lui était assez peu amélioré par la prise de ces médicaments, voire quasiment pas amélioré. »

Il précise par la suite : « Alors après, est-ce que c'était pas le bon médicament qu'on lui avait prescrit ? »

Il se base également sur des informations qu'il a reçues pour affiner son opinion sur les psychotropes et explique que « physiologiquement il paraît que dans certaines formes de

dépression, [...] il y a des hormones [...] qui ne fonctionnent pas bien », cela semblant légitimer pour lui le fait d'avoir recours à des psychotropes dans certaines formes de dépression.

P8, qui n'a plus recours aux psychotropes, explique qu'elle n'a « pas vraiment d'exemple, il y en a sûrement, mais [elle n'a] pas d'exemple de personnes qui s'en soient sorties juste avec des psychotropes » puis donne son avis à ce sujet :

« J'ai vraiment l'impression que ce qu'on propose comme allopathie pour les troubles psychiatriques c'est juste qu'on masque le symptôme, ça calme, pour éviter le truc grave ou pour que la personne reprenne des forces mais à part ça, je vois pas ce que ça fait, comment ça peut guérir, je sais pas. »

Elle remet spontanément son propos en cause en avouant qu'elle manque peut-être d'informations à ce sujet : « Je n'y connais rien à la chimie du cerveau hein peut-être que ça agit à ce niveau-là, je sais pas. » Par l'emploi du « j'ai l'impression », P8 rend compte d'une réflexion fondée probablement sur des croyances personnelles.

Plusieurs participants évoquent les effets indésirables, ou une dépendance, abordés par leur entourage ou observés chez leur entourage.

P8 raconte : « Les exemples que je pouvais voir déjà à l'hôpital quand j'allais des fois en psychiatrie, les gens que je voyais sous psychotropes c'était plutôt catastrophique à voir c'était terrible même, on voyait des zombies hein en gros. »

P10 décrit le médicament psychotrope comme « le vilain médicament qui va [le] rendre un peu léthargique et calme », et explique d'emblée que cela lui vient de scènes qu'il a pu voir dans des films : « Vous savez c'est ce qu'on voit toujours dans les films avec les types qui sont dans leur camisole de force, on les bourre de médicaments, pour qu'ils restent calmes et qu'ils foutent la paix aux soignants. »

Plusieurs participants nous font part des conseils qu'ils ont reçus de la part de certains médecins.

P1 rapporte que sa psychiatre lui a proposé d'arrêter le traitement psychotrope, mais elle-même n'ose pas se lancer dans ce processus : « Ma psy m'avait dit : “Vous n’avez plus besoin de rien c'est pas la peine”. Mais bon moi, je garde ça en... je me dis : “On sait jamais”. »

P5 explique qu'il semble normal pour certains médecins de proposer un traitement psychotrope dès que l'on évoque le fait de ne pas aller bien. Il rapporte alors qu'on lui avait « proposé fréquemment quoi, vous allez voir un médecin vous dites : “En ce moment ça va pas trop bien”, votre généraliste vous dit : “Je vais vous donner un peu de...”. Comme si c'était une sorte de baguette magique ». Il fait ensuite référence à la « pilule du bonheur », terme utilisé pour désigner la Fluoxétine au moment de sa commercialisation dans les années 1990 (61), et nous donne son opinion à ce sujet :

« En fait vous le preniez et vous étiez censé d'un seul coup trouver ... vos problèmes s'étaient évanouis, tout allait bien etc... [...] on avait trouvé le truc qui faisait qu'on allait toujours être heureux, qu'on allait toujours se sentir bien. “Ben non ça ne marche pas, ça ne fonctionne pas comme ça”. »

Il nous rappelle ainsi sa position vis-à-vis des psychotropes.

P13 décrit comment son vœu d'arrêter le traitement ne semble que peu pris en compte : « Par moment je me dis : “Bon ce Deroxat maintenant c'est bon il m'énerve, je vais arrêter” [...] parce que des fois je me dis : “Est-ce que j'en ai encore besoin ?” C'est ça hein. Alors après, quand j'en parle avec [mon médecin], alors il me dit : “Ecoute t'es bien maintenant donc tu continues à être bien”. »

P3 explique que bien qu'elle pense que « ça peut être essentiel dans certains cas où on est en crise absolue », elle « peut voir [...] que les personnes auxquelles [elle] pense ne vont pas mieux en en prenant, et depuis parfois dix ans ». Elle explique également ne « plus avoir de contact avec [une amie] parce [qu'elle a] l'impression que les médicaments l'ont complètement

abrutie ».

P5, bien qu'il pense que les psychotropes peuvent permettre au patient « de relancer des énergies qui lui permettront de se mettre à nouveau dans quelque chose de positif », explique les réserves qu'il émet au sujet des psychotropes :

« La limite pour moi c'est que quand on utilise ce genre de choses, on se met dans une situation difficile parce qu'en fait c'est l'école de Palo Alto qui explique ça très bien. [...] Ils disent qu'en fait quand vous aidez quelqu'un, vous envoyez toujours un double message. Le premier message c'est : “Tu vois comme je suis gentil, regarde tu as besoin d'aide, je viens t'aider”, et le deuxième message encore plus implicite c'est : “Olala mais qu'est-ce que tu ferais sans moi, et en fait heureusement que je t'aide parce que si je ne t'aidais pas tu ne t'en sortiras pas”. Et les psychotropes, ce genre de médicaments, il me semble qu'il y a dans l'utilisation de ces médicaments, il y a aussi une fragilisation de la personne au sens où quelque part le message qui lui est envoyé, c'est : “Toute seule, sans l'utilisation d'éléments extérieurs chimiques, vous n'avez pas la capacité à vous en sortir”. Or ça moi c'est une idée à laquelle je n'accède pas véritablement. »

Il est étonnant que P5 ne parte pas du même postulat pour les médicaments homéopathiques ou toute autre aide thérapeutique extérieure. Il semble donc construire sa pensée sur des informations extérieures, mais aussi sur ses croyances et réflexions personnelles.

Nous avons développé le thème relatif aux informations extérieures, que celles-ci proviennent d'un proche, d'un médecin, ou de toute autre source.

4.3. Des expériences personnelles

Nous retenons un dernier thème que sont les expériences personnelles, qui permettent de

construire également la façon dont on pense la place des psychotropes pour soulager certains troubles psychiques.

P1 explique : « Moi je trouve que c'est une béquille. Mais c'est vrai que moi j'avais besoin de ça. J'ai fait confiance complètement. »

P4 dit : « Ah ben heureusement que c'était là hein, heureusement. Pour moi, c'était une canne, c'était ma béquille. Et ça l'est toujours d'ailleurs l'antidépresseur. »

P14 précise son expérience vis-à-vis des psychotropes : « Ben là je suis obligée de les prendre parce que si je les prends pas l'acupuncture pourrait pas m'aider, [...] les médicaments c'est comme une béquille aussi. »

P7 relate la manière dont les psychotropes l'aident : « J'ai plus d'angoisse, j'ai plus de mauvaises... Je peux me dire que je peux sortir de chez moi tranquille, faire ce que j'ai à faire. Si je le prends pas là je suis incapable d'aller en ville tout seul. » Nous voyons qu'il existe une notion de dépendance psychologique au traitement, et P7 nous fait part du soulagement physique que cela entraîne également : « Si je le prends pas entre parenthèses "à heure fixe", je vais tout de suite le ressentir... Moralement et physiquement. Il y a une répercussion physique immédiate. Je ne me sens pas bien. Il faut que je le prenne quoi. »

P6 avoue que malgré l'aide que les psychotropes lui ont apportée, il en perçoit aussi les limites, et rejoint alors l'idée que certains participants ayant recours uniquement à des TC peuvent avoir : « Quand il y a des chocs émotionnels, je les gère mieux. Mais toujours avec cette anxiété derrière. » Les psychotropes semblent lui permettre de mieux affronter les événements difficiles, mais pas de les accepter ou de trouver des solutions pour que l'anxiété diminue.

De nombreux participants rapportent également l'expérience négative des effets secondaires des traitements, sans que cela les ait forcément menés à arrêter le traitement.

P1 explique alors qu'elle « [était] malade comme tout, enfin nausée... », mais qu'elle ne

souhaitait pas arrêter le traitement parce qu'elle sentait « que...toute seule [elle n'allait] pas pouvoir y arriver ».

P6 a souffert de troubles érectiles mais expliquait qu'il « [savait] que cette panne était liée à la prise », et qu'il y avait « une espèce de compréhension » de la part de sa compagne, ce qui l'encourageait à continuer le traitement.

P7 évoque les troubles du sommeil entraînés par les hypnotiques : « Par contre, depuis que je prends du Stilnox pour dormir, c'est systématiquement des rêves et des cauchemars pas possible toutes les nuits quoi ». Il évoque également l'efficacité des traitements anxiolytiques sur ses angoisses mais déclare : « Par contre on a dû augmenter la dose quoi... »

P8, qui n'a plus recours actuellement aux psychotropes, évoque à la fois l'aide que les psychotropes lui ont apportée, et les effets désagréables dont elle se souvient :

« Ah ils ne m'ont pas du tout aidé à régler le sac de nœuds qui a occasionné les troubles psychiques [...], ça m'a calmé ça m'a juste permis de reprendre des forces psychiquement pour reposer mon cerveau et physiquement parce que je redormais en fait, uniquement. [...] je dirais même que ça met dans une espèce d'état un peu second où c'est très dur d'être lucide pour aller régler les problèmes et à vrai dire je supporte pas cet état où je sens que ma conscience est endormie quoi. »

P9 s'exprime au sujet des effets secondaires qu'il a pu subir avec un psychotrope : « Le neuroleptique ça me bloquait tout ça. Et je pouvais plus manger une soupe, [...] J'étais comme un enfant. Voilà. Et je ne parlais pas. » Il explique alors qu'actuellement, on lui prescrit un traitement qu'il tolère bien mieux et dit : « Aujourd'hui, oui, ce traitement que j'ai, il faut que je le continue. Il ne faut pas que je le laisse tomber parce que sinon je ne serais pas bien. » Il précise avoir déjà « arrêté le médicament pendant un an », mais que cela n'est « pas une bonne chose, ça ne va pas du tout ».

L'expérience personnelle détermine en partie l'avis que les répondants se font des psychotropes, à travers l'aide et le soulagement qu'ils ont pu recevoir, mais également les effets indésirables qu'ils ont éprouvés.

Les répondants ont pu faire part de la place qu'ils attribuaient aux psychotropes dans le soulagement des troubles psychiques. Cela a mené à l'émergence de thèmes distincts, se recoupant toutefois à plusieurs reprises et permettant d'envisager les fondements sur lesquels s'appuient la décision du recours thérapeutique.

5. Analyse des réponses annexes

De nombreuses réponses apportées par les participants ne sont pas des réponses directes aux questions posées, mais pourraient expliquer le choix d'avoir recours à une thérapeutique plutôt qu'une autre. Nous allons mettre en lumière ce qui semble important dans ce qui a été soulevé afin d'affiner l'analyse phénoménologique.

Nous avons noté dans les verbatims l'influence de certaines représentations de la vie, de la façon dont les participants se sentent engagés dans leurs soins, mais également de la relation praticien-patient, et enfin du souhait d'une prise en charge holistique.

5.1. Des représentations particulières de la vie

Des représentations particulières de la vie sont énoncées par plusieurs participants.

P5 et P7 évoquent en effet tous deux la notion d'énergies dans le corps et l'environnement qui, si elles sont bien équilibrées, peuvent mener à un équilibre de vie. Ils semblent s'accorder sur l'importance de travailler sur ces énergies lors d'un processus de soins.

P5 dit alors : « L'acupuncture je considère en fait que c'est une médecine qui est destinée à

relancer les énergies quand on peut se retrouver dans une période où on est fatigué. »

P7 qui a eu recours à la chiropraxie explique au sujet de la thérapeute :

« Je pense que c'est quelqu'un qui est très, je pense, très douée. Et qui a aussi ressenti au travers de ces énergies... De gros problèmes, et dont elle a mis le doigt dessus sans que je lui en parle. Quand je dis que j'avais sept ans quand ma mère a eu son accident... elle, elle a dit : "Oula entre sept et dix ans vous avez eu de gros soucis". Je ne lui en avais jamais parlé. Je crois beaucoup [...] à la relaxation... Ce sera ce genre de choses pour évacuer ou accumuler des énergies, les deux. L'apport d'énergie extérieure, oui bien sûr. »

P3 rapporte l'importance d'une certaine symbolique que ce soit dans son quotidien comme dans la relation thérapeutique, elle rapporte alors qu'elle « [était] assez liée à la mystique aussi quand même », et développe certaines raisons la menant à avoir recours à l'homéopathie :

« C'est le fait que tout se réponde dans l'univers, et que certaines substances même à dose homéopathique aient des parentés, certaines substances psychiques et d'autres substances naturelles, aient des parentés au niveau de certaines propriétés, ou je sais pas certaines ... réactions mais en fait le fait que ça marche symboliquement je trouve ça très fort. »

P8 explique qu'elle avait un « déficit au niveau incarnation » et fuyait donc le réel « dans un monde de rêve et d'idéalisme ».

P12 fait part de nombreuses questions existentielles survenues tout au long de sa vie, qui ont commencé au moment de l'adolescence :

« Je me suis toujours posée des questions, ça a toujours été compliqué dans ma vie depuis que j'ai quinze, seize ans, je me dis : "Non mais en fait je sais pas ce que je fous ici, qu'est-ce que je fous ici, sur terre, là, à quoi on sert, pourquoi est-ce qu'on est là, c'est

quoi le but de la vie... ?". J'étais dans une quête spirituelle en me disant : "C'est pas possible...". »

P13 déclare, lorsqu'on l'interroge au sujet de sa santé mentale :

« Et puis j'ai encore un truc vous allez dire je suis ... Maintenant il y a quelque chose qui se passe, ben je vais le ressentir des fois quelques heures avant, je vais pas être bien quelques heures avant. Des fois c'est la journée, des fois c'est l'après-midi, et puis d'un coup le soir, il y a la nouvelle qui tombe. »

Elle précise ensuite ce qu'elle ressent : « Ben c'est un pressentiment, je ne suis pas bien, j'ai un mal-être, oui l'estomac, la digestion, le ventre, n'importe quoi, mais je ne sais pas ce qu'il va se passer. » Au travers de ce verbatim, elle nous fait part de la sensibilité qu'elle a développée vis-à-vis de ces expériences peu communes.

A la lecture des différents verbatims, les représentations particulières de la vie prédominent chez les participants ayant recours aux TC, bien que certains participants ayant recours à des psychotropes font également part de sensibilités particulières. Nous rappelons toutefois que P7 et P13 ont tous deux déjà eu recours aux TC, mais ne figurent pas dans le groupe TC car n'ont respectivement pas et plus recours aux TC dans le cadre de troubles psychiques (P7 a recours à la chiropraxie dans le cadre de problèmes « moteurs », P13 déclare n'avoir plus recours actuellement à l'homéopathie).

5.2. Une posture engagée

De nombreux participants soulignent d'autre part l'importance de leur propre posture et la nécessité de s'engager pleinement dans des soins pour que ceux-ci fonctionnent.

P5 et P4 rapportent alors l'importance d'accepter certaines difficultés de la vie. P6 se rend compte qu'il ne ressent plus de bénéfice supplémentaire des psychotropes, et qu'il est nécessaire

de s'en « sortir seul », de « faire avec » certaines problématiques. P10 lui aussi pense qu'il faut « faire face » à certaines difficultés de la vie. P1 aussi argumente : « Il faut de soi-même, on met du sien aussi parce que si c'est pour rester au fond du lit même en prenant des médicaments, ça sert à rien. » P5 évoque des « capacités d'auto-guérison », et pense que l'on peut résoudre des choses par soi-même, notamment par l'acceptation de certaines situations. P8 note l'importance de « prendre [sa] santé en main ». P12 pense que « l'homéopathie et l'acupuncture permettent à l'individu de rester présent dans sa vie, et acteur de sa vie, et non pas spectateur de sa vie », ce qui sous-entend la volonté de pouvoir être acteur dans la prise en charge.

Nous avons évoqué précédemment les principes de la thérapie ACT, en faisant référence au rôle déterminant de l'acceptation pour les répondants. De nombreux participants rapportent d'autre part l'importance de l'action, élément fort de la thérapie ACT (52).

Certains participants ont au contraire l'impression que les décisions thérapeutiques ne leur appartiennent pas toujours, ce qui pourrait constituer un obstacle au fait de faire preuve d'engagement dans leurs soins.

P10 évoque alors le fait qu'en dernier ressort « [il] imagine que c'est pas [lui] qui [va] décider, c'est le médecin ». P5 explique qu'il accepterait d'avoir recours aux psychotropes « en dernier ressort », c'est-à-dire « après avoir essayé un traitement par homéopathie, acupuncture, relancer les énergies en allant marcher », et s'il « [était] au fond du trou et qu'[il sent] que là, les choses n'allaient pas s'améliorer », et déclare que s'il est atteint d'« une maladie qui nécessite des traitements invasifs, ou des médicaments », il fera « ce que la médecine allopathique [lui] demandera de faire ». P14 déclare sans détour qu'elle ne « [fait] pas de choix au niveau des traitements, c'est pas [elle] qui [choisit] les traitements ». Elle affirme alors que c'est sa psychiatre qui choisit ses traitements. Toutefois, nous avons vu auparavant qu'elle a pu lui suggérer un changement d'antidépresseur pour une molécule ayant un profil pharmacologique

particulier, suite aux conseils d'une amie. Dans les faits, elle semble donc bien participer à la décision thérapeutique.

L'engagement du patient dans sa prise en charge paraît un élément fondamental pour de nombreux répondants. Celle-ci peut-être notamment mise en lien avec la relation thérapeutique, ces deux thèmes s'influençant mutuellement.

5.3. Une relation thérapeutique centrale

Un thème qu'il semble important de relever est la relation thérapeutique, largement évoquée par les participants. Cela semble être un point fondamental dans leurs soins et dans l'amélioration de leur état clinique.

Nous pouvons relever de nombreux exemples permettant d'affirmer que les participants tirent un grand bénéfice de la relation avec le thérapeute.

En voici quelques-uns : « Parce que sans [mon psychiatre] je ne sais pas dans quel état je serais aujourd'hui », « Heureusement qu'elle était là [ma psychiatre] », « Mais c'est vrai que [le psychiatre] m'a reconstruit ».

Certains participants comme P1 et P7 mettent l'accent sur l'importance de rencontrer un médecin « avec qui ça passe ». P3 se souvient d'une relation thérapeutique ancienne et dit avoir été « très déçue de cette thérapie, des discussions qu'[elle avait] avec lui, ça n'avait aucun intérêt vraiment ». Elle explique alors avoir consulté son psychiatre actuel car elle « [avait] entendu que c'était un thérapeute très ouvert, qui laissait beaucoup de place à la discussion », et déclare que cette raison prédominait sur le fait qu'il prescrivait de l'homéopathie.

Deux participants se questionnent respectivement sur le mécanisme de l'efficacité des traitements.

P10 s'interroge :

« Vous le prenez en vous disant que le Docteur en qui vous avez confiance vous dit de le prendre, je pense que rien que pour ça, ça marche. Alors [...] est-ce que maintenant... Bon l'important c'est d'avoir l'impression que ça a marché quoi, et que vous vous sentiez mieux. Alors est-ce que c'est dû à l'homéopathie, ou est-ce que c'est dû au médecin qui vous l'a donné... »

P5, lui, déclare :

« Quand un médecin qui est un psychiatre vous donne un psychotrope [...], augmentant son effet par l'intermédiaire du fait qu'il va dire à la personne : “Bon écoutez, vous prenez ça pendant une semaine et dans une semaine vous allez voir vous allez vous sentir mieux”, je pense que la personne va effectivement être améliorée. »

P11 explique que sa relation avec sa compagne a été thérapeutique en soi et émet ainsi l'hypothèse des limites des thérapeutiques disponibles : « Si j'avais pris un traitement, qu'il soit allopathique ou homéopathique, il peut avoir un effet mais seul... ça je ne pense pas qu'il y aurait eu un effet flagrant. » Il note aussi l'importance de la relation avec son psychiatre et souligne l'écoute dont celui-ci fait preuve : « C'est quand même quelqu'un qui est à l'écoute, qui prend son temps ».

P12, comme P11, considère la relation comme essentielle dans le processus de soins :

« Ce qui est important, c'est pour moi si on prend de l'homéopathie, on fait de l'acupuncture, qu'il y ait une constance dans l'accompagnement et une régularité et j'allais dire un professionnalisme c'est-à-dire que oui, on peut prendre de l'homéopathie sans être accompagné par un professionnel, ça peut marcher, mais, bon courage. »

Par le ton ironique employé lorsqu'elle dit « bon courage », elle rend compte de son doute quant au fait de pouvoir se soigner sans la présence réelle du professionnel de santé, par la seule

thérapie complémentaire.

P2, elle, fait la différence entre la relation avec son psychiatre qui l'a beaucoup aidée, et celle avec les médecins à l'hôpital, dans laquelle elle ne se sent pas à l'aise. Elle juge en effet la prise décisionnelle unilatérale, et raconte plusieurs séjours à l'hôpital pour sa fille asthmatique : « C'est-à-dire, elle était hospitalisée à chaque fois. On est obligé de suivre les consignes de l'hôpital parce que l'hôpital ils font la Ventoline, les aérosols machins, on est obligé de suivre le système. »

Ce thème largement évoqué par les participants nous fait envisager que la relation est peut-être, dans certains cas, l'élément thérapeutique en soi. Il a en effet déjà été décrit qu'au-delà de la technique thérapeutique utilisée, la relation thérapeutique jouerait un rôle intrinsèque dans le processus de soin et dans son efficacité (62).

5.4. Le souhait d'une prise en charge holistique

Plusieurs participants sont en quête d'une prise en charge holistique, c'est-à-dire prenant en compte tous les aspects de l'individu, afin de pouvoir construire une proposition de soin adaptée au patient dans son individualité et non seulement vis-à-vis de sa maladie.

C'est ainsi que P8 s'inquiète du système actuel et envisage une utopie médicale :

« J'espère qu'on va arriver à quelque chose d'intelligent, comme ça se fait dans certains endroits où il y aura allopathie et toutes ces médecines intégratives qui vont travailler ensemble dans des structures des formes de nouveaux hôpitaux intelligents qui respectent l'humain et où là, l'allopathie aura toute sa place dans l'urgence comme je disais, et passera tout de suite le relais aux copains homéopathes dès que machin... et on travaillera tous ensemble. C'est ce que j'espère. Ce serait la grande médecine de demain on va dire. C'est comme ça que je le vois. »

Elle rapporte alors ses craintes vis-à-vis de la formation actuelle des médecins :

« Ils apprennent des protocoles qui leurs sont pondus par les labos directement. C'est quand même un peu inquiétant, c'est-à-dire qu'ils ne font que finalement, ils prennent leurs protocoles et ils les appliquent, c'est-à-dire, c'est pas de la médecine [...] il n'y a aucune réflexion donc...un symptôme, un traitement. C'est pas un patient je m'adapte. »

Plusieurs participants comme P5, et P8 ayant recours à des TC décrivent l'importance de devoir prendre en compte un « terrain » pour pouvoir comprendre le patient dans son ensemble et ainsi adapter la prise en charge.

P8 précise ainsi : « La médecine intégrative, c'est : “Je commence par observer la personne, son terrain, voir en quoi elle est unique au monde et qu'est ce qui pourrait s'adapter à cette personne”. »

P5 définit l'homéopathie uniciste, pratiquée par son psychiatre : « Une homéopathie qui véritablement cherche à traiter un terrain, et qui est une homéopathie qui fondamentalement se base sur l'idée que chacun de nous a un terrain qui lui est absolument spécifique et que pour chaque terrain il y a potentiellement un remède. »

Tous ces répondants soulignent la nécessité d'une prise en charge intégrative, où allopathie et TC cohabiteraient et coopéreraient.

P4 qui a recours aux psychotropes et aux TC explique qu'il « faut vraiment avoir la globalité » et que cela lui « a beaucoup apporté... [elle dirait] les deux. [Elle] ne [pouvait] pas faire l'un sans l'autre », tout comme P14 qui exprime son besoin d'avoir recours aux psychotropes et à l'acupuncture conjointement.

Nous avons discuté de quatre éléments qui n'ont pas été questionnés par l'investigateur mais qui ont émergé spontanément du discours des répondants, et semblent revêtir une importance

particulière dans le parcours de soin.

Il semblerait que, parmi eux, une certaine représentation de la vie, et le souhait d'une prise en charge holistique soient deux facteurs déterminants du choix thérapeutique des participants d'avoir recours aux TC ou aux psychotropes. En effet, il semble que les participants ayant recours à des TC ont des représentations de la vie plus particulières, « hors norme », et que leur souhait d'une prise en charge holistique est exacerbé. Nous pouvons envisager que ces deux thèmes s'influencent.

Tous les participants dans l'ensemble sont attachés à l'existence d'une relation thérapeutique signifiante, et beaucoup d'entre eux semblent être conscients de la nécessité de s'engager dans les soins pour aller mieux. Ces deux facteurs sont déterminants dans la manière dont les participants envisagent leurs soins. Nous ne retrouvons toutefois pas d'éléments en faveur du fait que ceux-ci orienteraient de manière directe le choix d'avoir recours aux TC ou aux psychotropes.

IV. Discussion

1. Résultats du traitement des données

Nous avons mis en évidence, par le traitement des données, de nombreux thèmes permettant d'expliquer chacun en partie le choix des participants de s'être orientés vers les psychotropes, les TC ou les deux pour soulager leurs troubles psychiques.

Les thèmes que nous avons relevés correspondent davantage à des mécanismes guidant ce choix, et moins à des raisons en soi, bien que celles-ci soient aussi mises en lumière par les citations de verbatims tout au long du traitement des données.

Nous allons résumer ici les différents thèmes relevés, ce à quoi fera suite un schéma récapitulatif permettant d'illustrer nos résultats.

Il semble, d'après l'analyse des verbatims, qu'un des éléments guidant le choix des patients concerne les troubles psychiques en eux-mêmes.

En effet, plusieurs participants ont souligné l'importance d'identifier l'intensité des troubles ainsi que certains « drapeaux rouges » afin de décider si le recours à des psychotropes est nécessaire.

De nombreux participants s'accordent alors à dire que les TC sont adaptés dans le cas où l'individu consultant est encore ou à nouveau capable de travailler sur les problématiques actuelles. Ils mettent alors en exergue deux points importants : les limites des psychotropes qui ne peuvent faire « travailler » le patient sur ses propres problématiques, et la nécessité de rester lucide (ceci rendu quelquefois difficile par les psychotropes) afin de pouvoir travailler avec le thérapeute à la résolution de ces mêmes problématiques.

Nous avons pu voir, concernant les participants ayant recours actuellement exclusivement aux TC, que les psychotropes seraient privilégiés en cas d'urgence mais également si le trouble venait à menacer la vie au sens propre du terme.

Ainsi, pour certains répondants, lorsque le trouble vient à remettre en question les capacités

« d'auto-protection » du patient, l'avis du médecin semble devenir logiquement un élément majeur dans la prise décisionnelle. Certains participants rapportent toutefois que les médecins peuvent faire preuve d'un comportement plutôt paternaliste à leur égard lorsqu'il s'agit des psychotropes, sans que le trouble remette en question les capacités cognitives ou les capacités de jugement du patient.

Certains répondants ayant recours aux psychotropes ont l'impression qu'au vu des troubles dont ils ont souffert, il n'y avait pas d'autre solution que les psychotropes.

Un participant considère que l'état psychique dans lequel il se trouve lui permet d'avoir encore assez de force pour ne pas avoir recours à d'autres thérapeutiques que les psychotropes. Il envisage les TC comme la dernière solution dont il peut « encore » se passer, comme si y avoir recours confirmerait un état tellement dégradé qu'il ne pourrait se passer d'une aide extérieure supplémentaire. Ce mode d'utilisation des TC « en dernier recours » est donc diamétralement opposé à ce que nous évoquions plus haut d'une utilisation « en dernier recours » des psychotropes.

Voici le premier thème relevé dans le traitement des données, celui relatif à la nature des troubles (nature ressentie par les répondants), qui rend compte d'un premier mécanisme déterminant le choix du recours thérapeutique.

Concernant les représentations de la santé mentale et des causes de bonne et de mauvaise santé mentale, il semble qu'elles n'agissent pas en tant que mécanisme direct sur le recours thérapeutique. D'une part celles-ci sont dans l'ensemble assez similaires dans les différents groupes et chez les différents participants. D'autre part, il ne semble pas y avoir de relation de causalité directe entre celles-ci et le choix du recours thérapeutique. A titre d'exemple, aucun verbatim ne mentionne spontanément que les psychotropes ou les TC contribuent à une bonne ou moins bonne santé mentale. Nous verrons toutefois que des représentations particulières de

la vie émergent par la suite et semblent, elles, déterminantes dans le choix du recours thérapeutique.

D'autres éléments nous ont semblé orienter le choix du recours thérapeutique. Ceux-ci ont surtout émergé dans les verbatims à la suite des réponses : « Quelle est pour vous la place des TC/des psychotropes pour soulager certains troubles psychiques ? » Nous avons relevé des mécanismes similaires dans les différents groupes, que sont les réflexions et les croyances personnelles, les informations reçues de l'extérieure, l'expérience personnelle, et enfin le hasard (celui-ci ayant émergé uniquement dans l'analyse de la place des TC). Ces éléments ont permis de construire un socle sur lequel les participants semblent s'être appuyés pour choisir la (ou les) thérapeutique(s) à laquelle (auxquelles) ils ont recours.

Nous avons pu relever dans l'analyse annexe (correspondant au traitement des données n'ayant pas émergé directement des questions posées mais abordées spontanément par les participants) que certains participants sont attachés à des représentations particulières de la vie, pouvant engager des symboles, des notions d'énergies, d'incarnation, mais également à une prise en charge « holistique », s'intéressant au « terrain », ce qui semble se référer à la personne « dans son intégralité », c'est-à-dire englobant tout ce qui la constitue.

Certains de ces participants expliquent par là leur attrait pour les TC, qui prennent souvent en compte le sujet dans sa globalité et son individualité, ce qui n'apparaît pas être le cas des psychotropes.

Pour certains participants, malheureusement, la prise en charge holistique est entravée par une approche trop « protocolaire » dans le cadre de prises en charge se fondant essentiellement sur l'allopathie, vue par certains participants comme trop simpliste, prenant en charge des « maladies » et non des « malades ».

Les participants semblent pour la grande majorité d'entre eux attribuer une grande importance

à la relation thérapeutique dans le processus de soin. Seule une participante n'a pas évoqué le fait d'avoir consulté un psychiatre un jour. Elle souligne toutefois l'importance de la relation de confiance qu'elle entretient avec son médecin généraliste.

Les participants du groupe TC uniquement (tous recrutés par un psychiatre) et du groupe TC et psychotropes (recrutés par des médecins généralistes, l'un prescrivant des psychotropes, l'autre pratiquant l'acupuncture) semblent partagés sur les effets directs de l'acupuncture et de l'homéopathie.

Certains d'entre eux, nous l'avons vu, se sont interrogés sur le mécanisme du bénéfice apporté par les séances : Est-ce qu'il provient de la relation thérapeutique, de la technique thérapeutique (acupuncture ou homéopathie) en elle-même ou des deux ?

D'autres participants ayant recours aux TC affirment que la relation thérapeutique en elle-même a des effets très bénéfiques dans leur processus de soin, de manière indépendante du bénéfice apporté par l'homéopathie et l'acupuncture.

Dans l'ensemble, lorsqu'ils évoquent la relation thérapeutique, les participants aspirent à une relation permettant discussion, écoute bienveillante, et travail psychothérapeutique.

Ainsi, l'analyse de ces données ne permet pas de conclure sur le fait que la relation thérapeutique est un déterminant fort du choix du recours thérapeutique, ce thème émergeant de la même façon dans les différents groupes, et semblant plutôt orienter vers une consultation psychiatrique ou psychothérapeutique.

Enfin, nous retenons la parole d'une participante, s'inquiétant des affronts faits aux TC actuellement, notamment concernant l'homéopathie, la naturopathie :

« Là j'assiste, je vois depuis quelques temps qu'il y a vraiment a priori une volonté des laboratoires [...] de nuire à l'homéopathie, de nuire à toutes les... aux huiles essentielles, d'empêcher en gros les gens de prendre leur santé en main, c'est un peu ce que je vois

quand même. Parce qu'avec toutes ces médecines alternatives ça veut dire que la personne elle prend en main sa restauration, sa guérison, et le thérapeute est juste là pour l'accompagner. »

N'est-ce pas là le besoin de défendre une idée forte, de défendre ses valeurs, de prouver son appartenance à un groupe ? On peut alors se questionner sur l'existence de ce besoin. N'est-ce pas aux professionnels de santé de permettre aux patients l'accès aux thérapeutiques disponibles, par le biais d'une part d'une information claire et appropriée concernant les avantages et risques de chaque technique thérapeutique, et d'autre part d'une protection vis-à-vis des dérives thérapeutiques et/ou sectaires ? En effet, plusieurs participants ont fait part d'un manque d'information, de leurs craintes vis-à-vis des charlatans, de leurs craintes vis-à-vis d'éventuels effets indésirables. N'est-ce pas le rôle du médecin d'apporter réponses à leurs questions, réassurance et mises en garde ?

Pour conclure, il semblerait que le choix du recours thérapeutique se construise par l'intrication de nombreux facteurs. Les verbatims mettent en lumière de nombreux thèmes pouvant construire ce choix, mais rendent également compte d'influences mutuelles entre ces thèmes.

Finalement, la décision résulte probablement d'un compromis entre tous les thèmes ayant émergé. Pour illustrer et clore notre propos, nous citerons P10 :

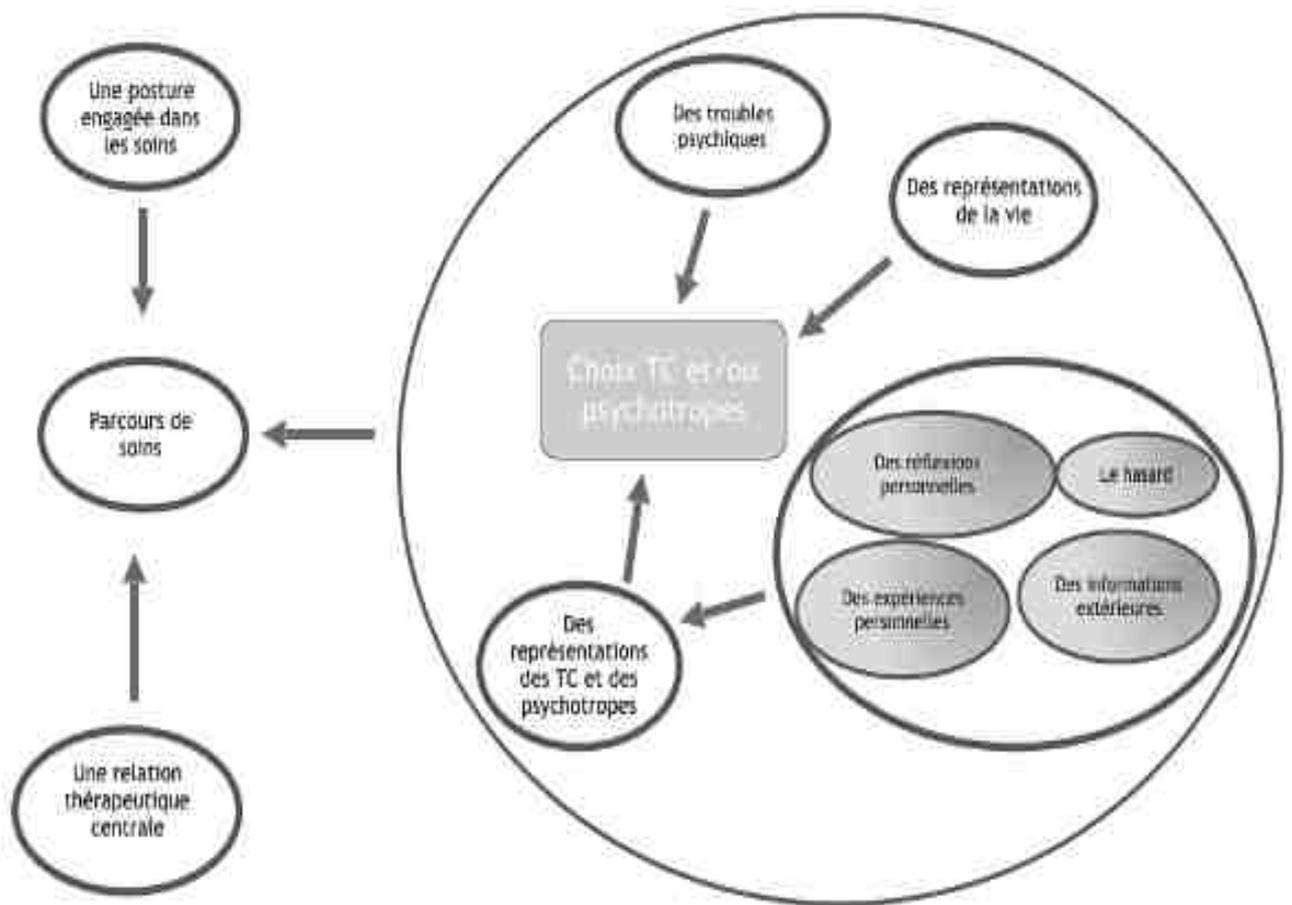
« Bon, l'important c'est d'avoir l'impression que ça a marché quoi, et que vous vous sentiez mieux. Alors est-ce que c'est dû à l'homéopathie, ou est-ce que c'est dû au médecin qui vous l'a donné etc... ? L'important c'est de sortir de là et d'avoir pris le médicament sans crainte et de vous dire que ça ne peut qu'être bien, et qu'au pire, ça ne fera jamais mal, donc, à partir de là, vous êtes dans du positif. »

Bien qu'il ne soit pas convaincu de l'efficacité intrinsèque de l'homéopathie, les avantages que ce traitement lui apporte (absence de dépendance provoquée, absence d'effets secondaires

ressentis) lui suffisent à prendre la décision de poursuivre le recours à l'homéopathie.

Ci-dessous, un schéma récapitulatif des résultats de l'étude, mettant en évidence les éléments déterminants le choix d'avoir recours aux TC et/ou aux psychotropes, mais également de manière plus globale les éléments déterminants le parcours de soins. Nous ne faisons volontairement pas apparaître les influences mutuelles entre les différents thèmes dans ce schéma, ne les ayant pas précisément analysés.

2. Le choix du recours thérapeutique et ses déterminants



3. Discussion de la scientificité de l'étude

La scientificité peut s'évaluer par l'évaluation de la rigueur employée par l'investigateur, de la première à la dernière étape de la réalisation de l'étude (26). Martin Drapeau affirme que « la valeur d'une recherche scientifique est en grande partie dépendante de l'habileté du chercheur à démontrer la crédibilité de ses découvertes » (63).

Nous pouvons évaluer la validité interne et externe, afin de statuer quant à la scientificité de notre étude. La validité interne réside dans le fait de démontrer que les résultats que l'on a obtenus représentent bien la réalité, tandis que la validité externe, elle, consiste à pouvoir généraliser les résultats de l'étude à la réalité.

Nous allons évaluer quelles sont les limites et les forces de cette étude à travers l'analyse de la validité interne et externe de l'étude.

La validité interne peut-être d'une part impactée par les biais qui sont des erreurs systématiques pouvant se reproduire si la même situation est répétée.

Il est légitime d'envisager l'éventualité d'un biais de sélection, certains participants ayant été recruté par un psychiatre, d'autres par un médecin généraliste. On peut en effet se demander si la population recrutée était homogène et représentait bien la réalité. Par exemple le fait d'avoir recruté majoritairement les participants traités par TC par le biais d'un psychiatre n'a-t-il pas sélectionné d'emblée une part spécifique des patients traités par TC ? Il est possible que ces participants représentent en effet les patients ayant souffert de troubles psychiatriques ou psychiques plutôt sévères, nécessitant l'intervention d'un psychiatre, et que leurs représentations de la santé mentale en soient, par là-même, modifiées par rapport à des participants consultant en médecine générale et ayant recours à des TC.

Nous pouvons envisager deux autres biais assez évidents.

Le premier est le biais de volontariat, un biais de sélection qui correspond au fait que les

individus acceptants de participer à l'étude peuvent être différents de ceux refusant.

Le second est le biais lié au fait que les participants peuvent ne plus se rappeler de certains éléments, qui est un biais de classement. Nous avons toutefois tenté de le contourner par les questions de relance durant les entretiens de la part de l'investigateur.

D'autre part, nous pouvons également décrire une limite propre au fait que nous n'avons pas choisi de réaliser d'étude quantitative concomitante. En effet, nous n'avons pas recueilli de matériel nous permettant de confronter ce que les patients disent de leurs actions et leurs actions réelles. Ainsi, il est plausible que les participants aient rapporté des expériences particulières, mais qu'en pratique, leurs actions soient tout à fait opposables à ces retours d'expériences.

Enfin, nous avons évoqué dans la partie méthodologique les trois risques évoqués par Hervé Dumez lorsque l'on recourt à une étude qualitative : le risque des acteurs abstraits, le risque de circularité, et le risque de négliger le phénomène d'équifinalité.

Le risque des acteurs abstraits, rappelons-le, est le risque de ne pas pouvoir appréhender les actions concrètes des répondants, les voir agir, interagir. Voici l'unité d'analyse que nous avons définie afin de le contourner : les déterminants orientant le choix d'avoir recours à une thérapeutique ou l'autre dans une population de patients souffrants de troubles psychiques et ayant recours à des psychotropes, des TC ou les deux. Il semblerait que nous avons pu, à travers des entretiens semi-structurés, envisager les participants dans leurs actions et leurs interactions, et ainsi éviter le risque des acteurs abstraits.

Le risque de circularité, consiste dans le fait de ne voir que ce que l'on cherche. Plusieurs éléments nous ont permis de tenter de contourner ce risque. Nous avons débuté cette étude avec peu de présupposés théoriques, notre étude se basant sur des questionnements personnels. Le présupposé théorique majeur était qu'il existerait des éléments déterminants le choix d'avoir recours à une thérapeutique plutôt qu'à une autre, et que ceux-ci diffèreraient entre des individus

ayant recours aux TC ou ayant recours aux psychotropes. Nous avons alors cherché à composer des groupes de patients traités par psychotropes ou par TC. Au cours de la recherche, nous avons finalement eu peu recours à la comparaison des groupes, celle-ci paraissant revêtir un intérêt plutôt négligeable. Nous avons alors décidé de chercher à comprendre l'individu plutôt que le groupe, dans le cadre de cette recherche compréhensive. Ainsi, nous avons remis en question notre principal présupposé, et avons adapté notre méthodologie en conséquence. Par ailleurs, et bien que l'objectif de l'étude fût de pouvoir démontrer qu'il existe des déterminants dans le choix du recours thérapeutique et le présupposé que ces déterminants pourraient être différents chez les patients traités par TC et par psychotropes, il ne s'agissait pas forcément de confirmer la théorie présupposée. L'infirmier constituait pour nous une forme tout à fait satisfaisante de réponse tant que nous pouvions mettre en évidence des déterminants de la décision du recours thérapeutique. L'idée de réfutabilité de Karl Popper correspond au fait que le risque de circularité est jugulé au mieux lorsque l'investigateur cherche à réfuter la théorie (3).

Nous avons au cours des entretiens puis de l'analyse tenté de confronter les histoires hypothétiques, basées sur des présupposés théoriques et personnels, avec les histoires réelles, énoncées par les participants. Cela constitue une autre manière de contourner le risque de circularité.

Enfin, Hervé Dumez affirme que si l'analyse est réalisée par deux investigateurs différents, il existe un moindre risque de circularité, ceux-ci pouvant faire émerger des thèmes différents, et comparer leurs propres résultats. Dans notre étude, un seul investigateur a traité les données, ceci pouvant représenter un risque non négligeable de circularité.

Le risque de négliger le phénomène d'équifinalité est défini par Bertalanffy par le fait que « le même état final peut être atteint à partir d'états initiaux différents, par des itinéraires différents »

(3,34). Afin de ne pas négliger ce risque, nous avons tenté d'employer, par des questions de relance durant l'entretien, des hypothèses rivales plausibles et le raisonnement contrefactuel (et si... ?) afin de « collecter des données confortant une explication de ce qu'il s'est passé, en même temps que des données expliquant ce qui aurait pu se passer » (3,64). Toutefois, ces questions stratégiques n'ont pas été utilisées dans tous les entretiens, cela pouvant donc constituer une certaine limite.

La validité externe, elle, peut être évaluée par deux critères principaux que sont l'applicabilité des résultats à la population cible, et la concordance de nos résultats avec ceux déjà décrits dans la littérature.

Il s'agit d'une part de se demander si la population recrutée représente bien la population cible, et si les résultats sont donc généralisables à un grand nombre. Nous n'avons pas recruté un grand nombre de participants, l'objectif étant de comprendre les représentations et ainsi les déterminants des actions de patients souffrant de troubles psychiques et traités par psychotropes ou TC. Nous avons vu plus tôt qu'il est légitime d'interroger la ressemblance de la population recrutée à la population cible, un élargissement du recrutement à des patients consultant un psychiatre ayant été nécessaire.

Quant à la concordance de nos résultats avec ceux de la littérature existante, nous n'avons pas retrouvé d'étude qualitative traitant la même question de recherche. Toutefois, nous avons pu établir des liens entre les résultats de notre étude et certaines données théoriques existantes.

Par exemple, Harris Interactive a mené une enquête interrogeant 1500 français en 2019 sur les « médecines douces » (1). Les résultats de l'enquête montrent une appétence des Français pour les TC, peu de refus catégorique vis-à-vis de ces thérapies chez les patients n'ayant jamais pratiqué, mais également un besoin d'information et d'une meilleure accessibilité à ce type de soins.

Pierre Schulz et Vincent Hede, dans leur article « Alternative and complementary approaches in psychiatry: beliefs versus evidence » (65), énoncent de manière exhaustive les raisons personnelles pour lesquelles on choisit d'avoir recours à des TC. Parmi ces raisons, nous retrouvons les effets secondaires des psychotropes, le fait que les TC envisageraient les individus « comme un tout », le fait que l'industrie pharmaceutique n'aurait d'objectif que son propre profit. Ces éléments ont été évoqués par certains participants de notre étude.

Certaines autres raisons énoncées dans cet article peuvent nous mener à une réflexion ou des questionnements supplémentaires comme la conviction de certains individus que les médecins ne considèrent pas les symptômes fonctionnels comme des maladies, ou que le bien-être est un dessein plus important qu'une simple diminution de symptômes. Bien que ces raisons n'aient pas été évoquées par les participants de notre étude, il existe de grandes similarités avec le modèle holistique mis en avant par plusieurs d'entre eux.

Enfin, nous évoquerons une dernière raison mise en lumière dans cet article, pour laquelle certains individus se tourneraient vers les TC : les médecins ne passeraient pas assez de temps avec les patients. Cette problématique a été soulevée par au moins une participante dans notre étude, et l'alliance thérapeute-patient semble occuper une place primordiale dans la qualité de la prise en charge pour la majorité des répondants.

Nos résultats concordent donc bien avec ces données de la littérature, bien que cette concordance relève plutôt du contenu des verbatims que des mécanismes mis en évidence dans notre étude pouvant mener à avoir recours à l'une ou l'autre thérapeutique.

4. Apports de l'étude

A travers ce travail, bien que novice en matière d'étude de recherche clinique, j'ai eu la possibilité d'enrichir grandement mes connaissances sur de nombreux sujets et mon savoir-faire

dans de nombreux domaines.

D'une part, la question de recherche et le choix d'avoir recours à une étude qualitative a été très bénéfique, permettant de découvrir la démarche à suivre pour ce type d'étude. Cela a constitué une découverte méthodologique nécessitant curiosité, rigueur et investissement afin d'apprendre à manier ce type d'étude, et d'augmenter ainsi la validité scientifique de ce travail en évitant autant que possible les risques que l'on peut y rencontrer.

D'autre part, à travers les recherches théoriques, ont été assimilés de nombreuses informations sur les TC sur leurs réglementations, leurs apports, leurs risques, et enfin sur l'importance de rester critique vis-à-vis des TC comme des psychotropes.

Enfin, les entretiens ont été d'une richesse inouïe, tant du point de vue relationnel, que du point de vue de leur contenu.

En effet, ayant mené les entretiens, j'ai eu l'opportunité de façonner la manière de les « semi-guider » au fur et à mesure du recueil de données, d'une manière très ouverte, attentive au détail comme à l'ambiance globale, à entendre le patient et à tenter de le comprendre. Cela vient en résonance avec une formation de psychothérapie suivie depuis quelques mois, et renforce ainsi mon envie d'affiner et d'ajuster ma pratique en conséquence.

Le contenu des entretiens a également été très informatif, m'a appris à remettre en question des présupposés théoriques, voire des a priori personnels, comme par exemple, qu'il y aurait un refus total de la part des patients envers certaines thérapies, ou que la question du corps tiendrait une place plus importante chez les participants traités par TC.

En somme, ce travail m'a permis de redéfinir la place de l'écoute attentive, et la nécessité de la mise à distance de tous présupposés, afin de pouvoir apporter une information claire et appropriée au patient pour lui donner la possibilité de faire un choix libre et éclairé, et en somme d'exercer ses droits (66).

5. Ouverture

A l'issue de ce travail, certains questionnements sont apparus ou persistent.

D'une part s'agissant des résultats obtenus, l'on peut se demander d'où proviendraient les différences dans les représentations de la vie, et pourquoi certains participants auraient une vision plus holistique des soins ?

D'autre part, concernant les éléments qui nous interrogeaient initialement, deux questionnements persistent.

Premièrement, la question du corps a émergé de manière unanime, et bien que les participants n'aient pas la même façon d'en parler, il semblerait que le corps occupe une place prépondérante dans la santé mentale des participants. Y a-t-il une différence dans les façons de se représenter le corps chez les individus ? Cela résiderait-il finalement dans des représentations différentes de la vie ?

Deuxièmement, nous avons identifié un éventuel biais de sélection quant au fait d'avoir recruté les participants ayant recours exclusivement aux TC uniquement par l'intermédiaire d'un psychiatre. Il semble que les patients traités par TC et psychotropes présentaient des troubles relativement proches dans chaque groupe, et que, outre les différences au niveau des représentations de la vie, les représentations de la santé mentale ne différaient pas entre les groupes. Nous pouvons nous demander, au vu du biais de sélection mis en évidence, si les patients traités par TC et consultant en médecine générale n'auraient pas une conception différente des troubles psychiques, et ainsi de la santé mentale.

Enfin, nous avons vu que l'information est primordiale, pour les patients comme pour les médecins qui sont tenus d'informer ces derniers. Il semblerait toutefois que celle-ci ne soit pas forcément dispensée de manière satisfaisante. Il est donc légitime de se demander comment informer le patient de la manière la plus claire et la plus appropriée.

Pour finir, un questionnement a émergé de cette étude, celui consistant à se demander comment, finalement, bien que les mécanismes permettant de construire le choix semblent converger, les patients peuvent en arriver à avoir des points de vue divergents et à faire des choix très différents ?

N'y aurait-il pas là une part d'arbitraire que nous n'avons pas réussi à saisir à l'issu de ce travail ?

Le cas échéant pourrions-nous analyser, évaluer, mesurer cette notion d'arbitraire ?

Plusieurs verbatims rendent compte de cette notion, tandis que l'un d'entre eux la réfute.

P8 dit qu'elle est « plutôt tournée vers toutes ces médecines-là a priori », en parlant des thérapies complémentaires. Il semblerait qu'elle pense être tournée vers ces thérapies d'emblée, comme s'il n'y avait pas forcément de mécanismes ayant permis de construire sa pensée mais que cette pensée relèverait de quelque chose d'impalpable.

P12, elle, déclare : « Voilà après chacun fait ce qu'il veut, pense comme il veut. Moi c'est juste mon chemin. » Il semble qu'elle exprime ici le fait qu'il existerait quelque chose d'insaisissable sous-tendant nos parcours de vie, une volonté propre.

P13 explique qu'elle a pu avoir recours à de l'homéopathie, et que « dès que ça va de nouveau normal, [elle ne] prend plus ». Elle généralise cela à tous médicaments puis déclare : « A part mon traitement, celui-là je suis fidèle. » Elle fait alors référence au traitement psychotrope qui lui est prescrit. Les verbatims ne rendent toutefois pas compte de la raison pour laquelle P13 reste fidèle à « son traitement » et pas aux autres, comme s'il y avait encore une fois quelque chose d'insaisissable dans la façon de se représenter les choses et ainsi potentiellement dans le choix réalisé.

Enfin, P5 explique qu'il n'a pas eu d'influences extérieures qui l'ont poussé à se tourner vers l'homéopathie, et précise qu'il a pratiqué les arts martiaux, des pratiques « d'harmonie des énergies », et dit :

« Pourquoi ? Ben voilà, c'est ce que je disais tout à l'heure concernant la volonté, c'est pas que je l'ai voulu, c'est mon désir et en terme spinoziste, l'expression de mon "conatus" qui m'a poussé dans cette direction là sans que je sache vraiment pourquoi ni sans que je le veuille véritablement au moins au départ, c'est-à-dire ça a pas été l'effet d'une volonté, ni l'effet de connaissance, ni ... c'est vraiment par moi-même que je me suis mis à tout ça. »

Bien qu'il réfute l'idée de volonté, P5 souligne bien qu'il ne sait pas vraiment pourquoi il a recours aux TC mais qu'en un sens, son désir l'y aurait poussé.

Ces verbatims rendent compte de quelque chose qui reste insaisissable à l'issue de ce travail dans les représentations, les parcours de vie, et ainsi peut-être dans le choix d'avoir recours à une thérapeutique plutôt qu'une autre.

V. Conclusion

Notre travail visait à investiguer si, dans une population de patient souffrant de troubles psychiques et ayant recours aux TC et/ou aux psychotropes, certains éléments pouvaient être particulièrement déterminants dans le choix du recours thérapeutique vers l'une ou l'autre de ces approches.

Nous avons présupposé que des représentations distinctes de la santé mentale, des TC et des psychotropes pouvaient guider ce choix, et avons donc interrogé des participants avec pour ambition de tester ces hypothèses en restant ouvert à toute information non attendue permettant de compléter notre compréhension du sujet.

Les thèmes ayant émergé dans le traitement des données nous ont permis d'éclairer certains mécanismes en jeu dans le choix thérapeutique.

Bien que les avis des différents participants divergeaient dans leur contenu, les verbatims ont permis de rendre compte d'une organisation systématique de la construction du choix, se fondant sur des éléments similaires quelques soient les groupes et caractéristiques des individus.

Nous avons ainsi identifié les troubles psychiques, les représentations des TC et des psychotropes, des représentations particulières de la vie, et le souhait d'une prise en charge holistique comme mécanismes influençant potentiellement le choix du recours thérapeutique.

Les troubles psychiques influencent le choix du recours thérapeutique en fonction de leur nature, leur intensité, et des répercussions qu'ils ont, ou pourraient avoir sur la vie des individus.

En effet, la majeure partie des participants affirment qu'ils se tourneraient vers les psychotropes dans les conditions où le trouble déséquilibrerait les fonctions instinctuelles ou entraînerait des pensées suicidaires, et mettrait ainsi la vie en péril. Un participant traité par psychotropes, au contraire, a évoqué le fait de n'envisager les TC qu'en dernier recours, si le trouble devenait trop

envahissant.

Les représentations des TC et des psychotropes tiennent un rôle majeur dans le choix du recours thérapeutique. Ces représentations semblent se construire à travers les réflexions personnelles et les croyances des individus, les informations qu'ils reçoivent de l'extérieur, leurs expériences personnelles et le hasard. Ces différents déterminants influenceraient donc de manière indirecte le choix thérapeutique.

Les représentations particulières de la vie semblent aussi avoir un impact sur le choix du recours thérapeutique. En effet, nous avons pu relever que certains participants, majoritairement traités par TC, évoquent en entretien des notions d'énergies, de symboles, qui semblent construire en partie les représentations qu'ils ont de la vie. Les participants traités par psychotropes ayant également évoqué ces éléments ont déjà eu recours aux TC.

Enfin, le souhait d'une prise en charge holistique semble aussi jouer un rôle dans le choix du recours thérapeutique. En effet, nous remarquons qu'il est évoqué essentiellement par des participants traités exclusivement ou en partie par TC.

La relation thérapeutique revêt elle, pour les participants, une importance particulière dans leurs soins. Elle ne semble toutefois pas discriminante vis-à-vis de l'une ou l'autre thérapeutique. On la retrouve en effet citée par la plupart des participants sans que cela ne semble déterminer leur choix de recourir aux TC ou aux psychotropes. En effet, de nombreux participants insistent sur l'importance de la relation thérapeutique et l'alliance thérapeutique, certains expliquant qu'ils ont mis fin à des suivis thérapeutiques en raison d'une relation thérapeutique décevante, certains émettant même l'hypothèse que la relation et l'alliance thérapeutique auraient joué un rôle dans l'efficacité du traitement.

La posture du patient, tout comme la relation thérapeutique, semble influencer la façon dont les participants envisagent les soins, et ainsi la façon dont ils construisent leur parcours de soins.

Cela ne semble toutefois pas discriminatoire dans le choix d'avoir recours aux TC ou aux psychotropes.

Nous n'avons finalement pas retenu d'intérêt à maintenir une distinction entre les deux groupes de participants selon qu'ils soient traités par TC ou psychotropes, leurs représentations se recoupant souvent et les thèmes émergents se confondant entre les groupes. Ceci nous a permis de balayer un présupposé, selon lequel les patients traités par psychotropes se ressembleraient plus (dans leurs façons de penser, d'agir, d'interagir) entre eux comparativement aux patients traités par TC et inversement.

Nous avons mis en évidence plusieurs éléments permettant de guider un patient souffrant de troubles psychiques dans le choix de la thérapeutique à laquelle il a recours, choix qui semble donc se construire par l'intrication de nombreux mécanismes s'influençant probablement eux-mêmes entre eux.

Toutefois, plusieurs questions persistent concernant la construction du choix thérapeutique.

Il nous semble justement important de clarifier davantage si certains mécanismes s'influencent mutuellement, ou si une hiérarchie existe, certains mécanismes en déterminant d'autres ? Nous nous sommes par exemple demandé si le hasard ou les expériences personnelles n'étaient pas guidés initialement par des éléments relatifs à l'environnement des personnes ou par les informations reçues de l'extérieur.

D'autre part, nous pouvons nous interroger sur l'existence éventuelle de l'arbitraire, c'est-à-dire d'une volonté propre, qui constituerait un mécanisme en soi. S'il existe, s'intriquerait-il avec d'autres mécanismes ? Serait-il évaluable, analysable ?

Henri Laborit, médecin et neurobiologiste, déclare dans son livre « Eloge de la fuite », que « la motivation fondamentale des êtres vivants semble donc bien être le maintien de leur structure

organique. Mais elle dépendra soit de pulsion, en réponse à des besoins fondamentaux, soit de besoins acquis par apprentissages », ce qui nous laisse entrevoir que la motivation des individus se structure par l'inné et par l'acquis (67).

Nous ne pouvons prétendre avoir appréhendé tous les déterminants du choix d'avoir recours aux TC ou aux psychotropes dans le cadre de troubles psychiques. De nouvelles études complémentaires dépassant certaines limites méthodologiques de notre travail mériteraient d'être conduites pour approfondir cette question. Cela dit notre travail apporte une contribution scientifique non négligeable en rendant compte de la complexité du recours aux thérapies complémentaires et en apportant un éclairage à un débat souvent réduit à des positions dogmatiques voire caricaturales.

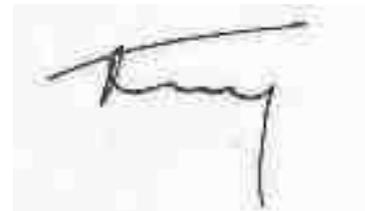
VU

Strasbourg, le

30/4/23

Le président du Jury de Thèse

Professeur Gilles BERTSCHY



VU et approuvé

Strasbourg, le

22 MAI 2023

Le Doyen de la Faculté de Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé de Strasbourg

Professeur Jean SILLIA



VI. Annexes

1. Lettre d'information

LETRE D'INFORMATION AU PATIENT

Madame, Monsieur,

Nous vous sollicitons dans le cadre du projet de recherche intitulé : « Etude qualitative des représentations de la santé mentale, des médecines intégratives et complémentaires et des psychotropes chez des personnes consultant un médecin généraliste ou un psychiatre ».

Quel est le but de cette étude ? ||

Pour soigner des troubles de la santé mentale, les patients ont recours à différentes méthodes thérapeutiques parmi lesquelles figurent les psychotropes et/ou les médecines intégratives et complémentaires. Nous souhaitons mener une étude qualitative dont l'objectif est de recueillir les représentations de la santé mentale d'une part et celles des psychotropes et des médecines intégratives et complémentaires de l'autre chez des patients qui utilisent l'une de ces deux méthodes, ou les deux pour améliorer leur santé mentale. Parmi médecines intégratives, deux seront ici considérées : l'acupuncture et l'homéopathie. Les patients seront recrutés par le biais de leur médecin généraliste ou de leur psychiatre.

Quelles sont les conditions pour pouvoir participer à cette étude ?

1. Vous êtes traité ou avez déjà été traité par un traitement psychotrope.

Et/ou

2. Vous vous rendez ou vous êtes déjà rendu chez un professionnel pratiquant l'acupuncture ou l'homéopathie.

Un groupe de personnes sera composé de patients ayant recours à l'homéopathie et/ou à l'acupuncture, un autre groupe de personnes prenant un traitement par psychotropes (médicaments ayant une action sur le système nerveux central), enfin les patients ayant recours aux deux types de pratiques pourront être inclus dans un dernier groupe.

Comment se déroulera ma participation à l'étude en pratique ?

Après avoir pris connaissance de ce document et si vous êtes d'accord pour participer à cette recherche, nous vous proposerons un rendez-vous pour réaliser l'entretien prévu par cette étude. Votre consentement est libre et pourra être retiré à tout moment, quelle qu'en soit la raison. L'entretien que nous réaliserons sera un entretien individuel semi-dirigé, c'est-à-dire que le chercheur vous interrogera en suivant une liste de questions préétablies, mais non définitive. Les questions seront ouvertes, pour vous permettre de partager votre expérience personnelle et vos opinions. Il n'y a donc pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Les

entretiens dureront entre 20 et 30 minutes, et se dérouleront dans le lieu de votre convenance (cabinet médical, visioconférence).

L'entretien sera enregistré par un matériel audio de façon à garantir une retranscription fidèle de vos propos et pour permettre son analyse.

Comment participer à cette étude ?

Si vous souhaitez participer à cette étude, merci de nous contacter à l'adresse électronique suivante : fabrice.berna@chu-clivastourg.fr

Lors de votre rendez-vous, nous vous demanderons de compléter et de signer le formulaire de consentement ci-dessous.

Vous pourrez poser toutes les questions que vous souhaitez concernant cette étude lors de ce rendez-vous. N'hésitez pas à nous écrire à cette même adresse électronique si vous avez besoin de plus de précisions. Nous vous remercions d'avance pour l'attention que vous porterez à notre demande.

Comment seront traitées mes données personnelles ?

Vos données recueillies seront archivées pendant une période de 10 ans. Elles ne seront accessibles qu'aux chercheurs impliqués dans ce projet et seront pseudo-anonymisées. Autrement dit, les dispositions nécessaires seront prises pour que vous ne puissiez pas être identifiés même de manière indirecte à travers certains éléments apportés durant l'entretien comme votre profession. Un code

alphanumérique composé d'un numéro et de la première lettre de votre nom et de votre prénom sera attribué à vos données personnelles collectées pour les besoins de l'étude. Les données qui figureront dans le compte rendu d'étude comprendront votre code alpha-numérique, votre âge et votre sexe. Ces données ne pourront être modifiées une fois incluses dans le compte rendu d'étude. La publication de la thèse pourra en effet être rendue publique.

Quelles sont les bases légales de l'étude ?

Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès à vos données à caractère personnel ainsi que d'un droit de rectification de celles-ci. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. Enfin, vous disposez d'un droit à la limitation du traitement de vos données. Vos droits s'exercent auprès de l'investigateur qui vous suit dans le cadre de la recherche.

Vos données à caractère personnel seront conservées conformément à la réglementation en vigueur pour une durée de 10 années.

Si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés ou que le dispositif de contrôle d'accès n'est pas conforme aux règles de protection des données, vous pouvez adresser une réclamation à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés depuis le site internet de la CNIL <https://www.cnil.fr/plaintes>.

A propos de vos droits

Vos droits s'exercent auprès de l'investigateur qui vous suit dans le cadre de la recherche, qui connaît votre identité et dont les coordonnées sont précisées ci-dessous :

Pr Fabrice Berna Service de Psychiatrie 1 / Pôle de Psychiatrie, Santé Mentale et Addictologie Hôpitaux Universitaires de Strasbourg 1 place de l'Hôpital, Clinique Psychiatrique 67091 Strasbourg Cedex N° de téléphone : 03 88 11 46 48

Vous pouvez à tout moment demander des informations à l'investigateur au cours ou à l'issue de la recherche.

En cas de retrait de consentement, les données recueillies dans le cadre de votre participation seront utilisées. Si vous souhaitez que les données recueillies ne soient pas utilisées, il faudra en faire la demande par courrier à l'investigateur qui vous suit afin que vos données soient détruites. En fin de recherche, vous serez informé(e) de ses résultats globaux sur simple demande auprès de l'investigateur.

Votre participation à cette recherche est libre. Vous avez le droit de refuser d'y participer ou de vous en retirer en tout temps. Votre décision de cesser votre participation ne vous causera aucun préjudice. Lorsque vous aurez lu ce document d'information et obtenu les réponses aux questions que vous vous posez en interrogeant l'investigateur, il vous sera proposé, si vous en êtes d'accord, de donner votre consentement écrit en signant le formulaire préparé à cet effet.

Aspects légaux

Cette recherche a reçu l'avis favorable du CER-Unistra en date du 11/07/2022.

2. Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Mr/Mme (rayez ce qui n'est pas utile)

Nom de naissance :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Tel. :

Il m'a été proposé de participer à une étude intitulée : « Etude qualitative des représentations de la santé mentale, des médecines intégratives et complémentaires et des psychotropes chez des personnes consultant en médecine générale »

L'investigateur, Mme Devrainne m'a précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser.

Afin d'éclairer ma décision, j'ai reçu et compris les informations suivantes :

- 1) Je pourrai à tout moment interrompre ma participation si je le désire, sans avoir à me justifier.
- 2) Je pourrai prendre connaissance des résultats de l'étude dans sa globalité lorsqu'elle sera achevée.
- 3) Les données recueillies demeureront strictement confidentielles.

Compte-tenu des informations qui m'ont été transmises :

J'accepte librement et volontairement de participer à la recherche : « Etude qualitative des représentations de la santé mentale, des médecines intégratives et complémentaires et des psychotropes chez des personnes consultant en médecine générale »

Entourer la mention adéquate : Oui Non

Je serai inclus dans le groupe de patients ayant recours (entourer la mention exacte) :

Exclusivement aux médecines intégratives (acupuncture ou homéopathie) : Oui Non

OU

Exclusivement aux psychotropes : Oui Non

OU

Aux médecines intégratives et aux psychotropes : Oui Non

Nom du participant :

Nom de l'investigateur :

Date :

Date :

Signature du participant :

Signature de l'investigateur :

(Signature en double exemplaire)

3. Guide semi-structuré

Guide semi-structuré :

-Pour vous, que représente le fait d'être en bonne santé mentale ? Quelles peuvent être selon vous les causes d'une bonne ou au contraire d'une mauvaise santé mentale ?

-Avez-vous déjà fait personnellement l'expérience d'un trouble de votre santé mentale ? Avez-vous déjà eu recours aux thérapies complémentaires ? Si oui lesquelles ? Avez-vous déjà eu recours aux psychotropes ? Si oui, lesquels ?

-Selon vous, quelle est la place des psychotropes pour soulager certains troubles psychiques ?

-Selon vous, quelle est la place des thérapies complémentaires pour soulager certains troubles psychiques ?

Bibliographie

1. Observatoire des parcours de soins des Français - Thème : Les Français et les `médecines douces [Internet]. France. [cité 18 avr 2023]. Disponible sur: https://harris-interactive.fr/opinion_polls/observatoire-des-parcours-de-soins-des-francais-theme-3-les-francais-et-les-medecines-douces/
2. Lionet B. Chapitre 9. L'analyse phénoménologique interprétative. In: Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie [Internet]. Paris: Dunod; 2021. p. 145-57. (Univers Psy). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-methodes-qualitatives-en-psychologie-clinique--9782100819355-p-145.htm>
3. Dumez H. Méthodologie de la recherche qualitative. 2013. 193 p.
4. Dumez H. Qu'est-ce que la recherche qualitative ? Problèmes épistémologiques, méthodologiques et de théorisation. Ann Mines - Gérer Compr. 2013;112(2):29-42.
5. L'OMS souligne qu'il est urgent de transformer la santé mentale et les soins qui lui sont consacrés [Internet]. [cité 6 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>
6. Santomauro DF, Herrera AMM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. The Lancet. 6 nov 2021;398(10312):1700-12.
7. Costentin J. Les Médicaments du cerveau. Odile Jacob; 1993. 316 p.
8. Le Moigne P. Anxiolytiques, hypnotiques : les données sociales du recours aux médicaments psychotropes. Revue suisse de sociologie. 2000;(26 (1)):pp.71-109.
9. Bizouarn P. Evidence-Based Medicine et expertise clinique. Multitudes.

2019;75(2):103-13.

10. Kannas S, Lepoutre R. Un demi-siècle de prescription de psychotropes : quel bilan pour les utilisateurs, la psychiatrie et la société ? *Clin Méditerranéennes*. 2008;77(1):93-110.
11. Améliorer la prescription des psychotropes chez la personne âgée [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 19 avr 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_601523/fr/ameliorer-la-prescription-des-psychotropes-chez-la-personne-agee
12. Gupta S, Cahill JD, Miller R. Deprescribing antipsychotics: a guide for clinicians. *BJPsych Adv*. sept 2018;24(5):295-302.
13. Plateforme CEPS : classification inm [Internet]. [cité 8 mars 2023]. Disponible sur: <https://plateformeceps.www.univ-montp3.fr/fr/nos-services/classificationinm>
14. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 6 mars 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1059795/fr/developpement-de-la-prescription-de-therapeutiques-non-medicamenteuses-validees
15. Nizard PJ, Paille PF, Kopferschmitt PJ, Ninot PG. Non Médicamenteuses (INM).
16. Bontoux D, Couturier D, Menkès CJ, Allilaire MMJF, Duboousset J, Bontoux D, et al. Thérapies complémentaires — acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi — leur place parmi les ressources de soins. *Bull Académie Natl Médecine*. mars 2013;197(3):717-57.
17. Ng JY, Boon HS, Thompson AK, Whitehead CR. Making sense of « alternative », « complementary », « unconventional » and « integrative » medicine: exploring the terms and meanings through a textual analysis. *BMC Complement Altern Med*. 20 mai 2016;16:134.
18. Ng JY, Dhawan T, Dogadova E, Taghi-Zada Z, Vacca A, Wieland LS, et al. Operational definition of complementary, alternative, and integrative medicine derived from a systematic search. *BMC Complement Med Ther*. 12 avr 2022;22(1):104.

19. Évaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'acupuncture – 2014 · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cité 20 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/rapport/evaluation-de-lefficacite-et-de-la-securite-de-lacupuncture-2014/>
20. Bagot JL, Renoux H, Pascale L, Billot JP, Sarembaud A, Poitevin B. La semblable souffrance. *Hegel*. 2022;2(2):87-90.
21. Médicaments homéopathiques : une efficacité insuffisante pour être proposés au remboursement [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 8 mars 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3066934/fr/medicaments-homeopathiques-une-efficacite-insuffisante-pour-etre-proposes-au-remboursement
22. L'homéopathie fait de plus en plus d'adeptes [Internet]. Ipsos. 2012 [cité 20 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/lhomeopathie-fait-de-plus-en-plus-dadeptes>
23. Bagot JL. De l'homéopathie vers une médecine intégrative au service des malades en fin de vie. *Jusqu'à Mort Accompagner Vie*. 2016;125(2):53-60.
24. Berna F, Göritz AS, Llorca PM, Vidailhet P, Fond G, Moritz S. Would I take antipsychotics, if I had psychotic symptoms? Examining determinants of the decision to take antipsychotics. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 3 juill 2017;77:155-63.
25. Colombo A, Bendelow G, Fulford B, Williams S. Evaluating the influence of implicit models of mental disorder on processes of shared decision making within community-based multi-disciplinary teams. *Soc Sci Med* 1982. avr 2003;56(7):1557-70.
26. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19.
27. Weinberger O. *Alternative Action Theory: Simultaneously a Critique of Georg Henrik von Wright's Practical Philosophy* [Internet]. Dordrecht: Springer Netherlands; 1998 [cité 28

avr 2023]. Disponible sur: <https://link.springer.com/10.1007/978-94-011-5062-0>

28. Freud S. Conseils au médecin dans le traitement psychanalytique. In: La technique psychanalytique [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2013 [cité 28 avr 2023]. p. 71-80. (Quadrige). Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-technique-psychanalytique--9782130619543-p-71.htm>
29. Herpin N, Barney G, Glaser, Anselm Strauss, La découverte de la théorie ancrée. Stratégies pour la recherche qualitative. Lectures [Internet]. 26 oct 2010 [cité 28 avr 2023]; Disponible sur: <https://journals.openedition.org/lectures/1357>
30. Bamford G. Popper's Explications of Ad Hocness: Circularity, Empirical Content, and Scientific Practice. *Br J Philos Sci.* juin 1993;44(2):335-55.
31. Ayache M, Dumez H. Le codage dans la recherche qualitative une nouvelle perspective?
32. Ayache M, Dumez H. Réflexions en forme de réponses: à propos du codage dans la recherche qualitative.
33. Ragin CC, Becker HS, éditeurs. What is a case? exploring the foundations of social inquiry. Cambridge ; New York: Cambridge University Press; 1992. 242 p.
34. Bertalanffy L von. Théorie générale des systèmes. Paris: Dunod; 1973.
35. Ladrière J. Karl Popper, Misère de l'historicisme. Traduit de l'anglais par Hervé Rousseau. *Rev Philos Louvain.* 1960;58(60):632-6.
36. Sutton RI, Staw BM. What Theory is Not. *Adm Sci Q.* 1995;40(3):371-84.
37. Cazes B, Philip E, Tetlock et Aaron Belkin (dir.). Counterfactual Thought Experiments in World Politics Logical, Methodological and Psychological Perspectives. *Polit Étrangère.* 1997;62(4):674-5.
38. Berna F, Göritz AS, Mengin A, Evrard R, Kopferschmitt J, Moritz S. Alternative or

complementary attitudes toward alternative and complementary medicines. *BMC*

Complement Altern Med. 8 avr 2019;19(1):83.

39. Powney J, Watts M. *Interviewing in Educational Research*. London: Routledge; 2018. 216 p.

40. Boutin G. *L'entretien de recherche qualitatif: théorie et pratique*. Québec, Québec: Presses de l'Université du Québec; 2018. 196 p.

41. Beck AT. *Depression: causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1967. xiv, 370 p.

42. Santé mentale [Internet]. [cité 20 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale>

43. Bation R, Leane É. Doutes et devenirs de l'interne en psychiatrie. *Inf Psychiatr.* 2013;89(6):473-80.

44. Piel E, Roelandt JL. De la psychiatrie vers la santé mentale. Extraits du rapport des Dr Eric PIEL et Jean-Luc ROELANDT. *VST - Vie Soc Trait.* 2001;72(4):14.

45. Illich I. *Némésis médicale: l'expropriation de la santé*. Seuil; 1981. 221 p.

46. Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 - Légifrance [Internet]. [cité 20 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/contenu/menu/droit-national-en-vigueur/constitution/declaration-des-droits-de-l-homme-et-du-citoyen-de-1789>

47. Corine Sombrun, de la transe chamanique à la science. *Le Monde.fr* [Internet]. 9 mai 2021 [cité 20 avr 2023]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/le-monde-des-religions/article/2021/05/09/corine-sombrun-de-la-transe-chamanique-a-la-science_6079626_6038514.html

48. Pjrek E, Friedrich ME, Cambioli L, Dold M, Jäger F, Komorowski A, et al. The Efficacy of Light Therapy in the Treatment of Seasonal Affective Disorder: A Meta-Analysis

of Randomized Controlled Trials. *Psychother Psychosom.* 2020;89(1):17-24.

49. Rosenbaum S, Tiedemann A, Sherrington C, Curtis J, Ward PB. Physical activity interventions for people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry.* sept 2014;75(9):964-74.

50. Ko K, Kopra EI, Cleare AJ, Rucker JJ. Psychedelic therapy for depressive symptoms: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 1 févr 2023;322:194-204.

51. Cyrulnik B. La résilience : un processus multicausal. *Rev Fr Aff Soc.* 2013;(1-2):15-9.

52. Seznec JC. Chapitre 1. Présentation générale de l'ACT. In: ACT : applications thérapeutiques [Internet]. Paris: Dunod; 2015 [cité 11 mars 2023]. p. 2-35. (Les Ateliers du praticien). Disponible sur: <https://www.cairn.info/act-applications-therapeutiques--9782100715602-p-2.htm>

53. Bruchon-Schweitzer M, Boujut É. La personnalité comme facteur de vulnérabilité. In: *Psychologie de la santé* [Internet]. Paris: Dunod; 2014 [cité 11 mars 2023]. p. 195-276. (Psycho Sup). Disponible sur: <https://www.cairn.info/psychologie-de-la-sante--9782100557103-p-195.htm>

54. Honneth A. La théorie de la reconnaissance: une esquisse. *Rev MAUSS.* 2004;23(1):133-6.

55. Freud S. Malaise dans la civilisation. Vol. 18. 1929. 263 p.

56. Lemogne C. *Psychiatrie de liaison.* Lavoisier; 2018. 703 p.

57. Furtos J. Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale. :10.

58. Ressources [Internet]. CUMIC. [cité 6 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.cumic.fr/ressources>

59. Article R4127-35 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 20 avr 2023]. Disponible sur:

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912897/2022-05-31/

60. Adler UC, Cesar AT, Padula AE, Adler MS, Garozzo EN, Galhardi WMP, et al. The Harmful Cure Observed by Hering and Kent in Contrast to Hahnemann's Concept of Gentle Restoration of Health. *Homœopathic Links*. sept 2006;19(03):121-7.
61. Favereau É. Prozac : quand un médicament devient un symptôme. *Trib Santé*. 2015;47(2):59-64.
62. Lecomte C, Savard R, Drouin MS, Guillon V. QUI SONT LES PSYCHOTHÉRAPEUTES EFFICACES? IMPLICATIONS POUR LA FORMATION EN PSYCHOLOGIE.
63. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Prat Psychol*. 1 mars 2004;10(1):79-86.
64. Yin RK. *Applications of Case Study Research*. SAGE; 2012. 265 p.
65. Schulz P, Hede V. Alternative and complementary approaches in psychiatry: beliefs versus evidence. *Dialogues Clin Neurosci*. sept 2018;20(3):207-14.
66. Article L1111-4 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 22 avr 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721056
67. Laborit H. *Éloge de la fuite*. Robert Laffont. Paris; 1976. 187 p.

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Faculté de médecine

maïeutique et sciences de la santé

Université de Strasbourg

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : DEVRAINNE Prénom : Alicia

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existant(e)s, à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale : 

À STRASBOURG le 16/05/2023

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RESUME :

Les troubles psychiques sont à ce jour, et a fortiori depuis la pandémie de la Covid19, un enjeu majeur de santé publique. De nombreuses interventions thérapeutiques sont disponibles afin de soulager ces troubles psychiques, notamment les thérapies complémentaires et les psychotropes. Il est légitime de se demander comment les patients construisent leur décision quant au fait d'avoir recours à l'une ou l'autre thérapeutique.

Ce travail visait donc à étudier les déterminants guidant le choix des individus souffrant de troubles psychiques d'avoir recours aux thérapies complémentaires ou aux psychotropes. Le choix méthodologique s'est porté sur une étude qualitative, afin de mener une démarche compréhensive.

A travers des entretiens semi-structurés, ont été interrogés des patients souffrant de troubles psychiques et ayant recours à des thérapies complémentaires et/ou des psychotropes.

A l'issue de ces entretiens, l'analyse a permis de rendre compte de mécanismes participant à la construction de la décision thérapeutique.

Plusieurs déterminants ont été identifiés comme pouvant déterminer le choix d'avoir recours aux thérapies complémentaires ou aux psychotropes : la nature et l'intensité des troubles psychiques, les représentations des thérapies complémentaires et des psychotropes, les représentations de la vie et enfin une vision holistique des soins. Les représentations des thérapies complémentaires et des psychotropes sont eux-mêmes déterminés par les réflexions personnelles des individus, les informations extérieures qu'ils reçoivent, leurs expériences personnelles et le hasard.

Une posture engagée dans les soins et la relation thérapeutique revêtent une place importante dans le parcours de soins mais ne semblent pas avoir d'influences directes sur le choix d'avoir recours aux TC ou aux psychotropes.

Notre travail rappelle qu'il est nécessaire d'informer le patient au mieux, afin de garantir l'obligation d'information qui incombe à tout médecin.

Rubrique de classement : Psychiatrie

Mots-clés : Représentations - Santé mentale - Psychotropes - Thérapies complémentaires - Homéopathie - Acupuncture - Pluralisme médical

Président : Monsieur Gilles Bertschy, Professeur

Assesseur : Monsieur Fabrice Berna, Professeur

Monsieur Guillaume Belouriez, Docteur

Madame Laurence Verneuil, Professeur

Adresse de l'auteur : 4 rue Kirschleger 67000 Strasbourg FRANCE