



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

ANNÉE 2016 / N°252

**RECOURS AUX MEDECINES NON
CONVENTIONNELLES DANS LA DEPRESSION**
Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de douze
patients dépressifs.

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le **27 octobre 2016**

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

QUEDILLAC Léna
Née le 28/10/1986 à Rennes

ANNÉE 2016 /N°252

**RECOURS AUX MEDECINES NON
CONVENTIONNELLES DANS LA DEPRESSION**
Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de douze
patients dépressifs.

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le **27 octobre 2016**

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

QUEDILLAC Léna
Née le 28/10/1986 à Rennes

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

| | |
|---|------------------------------------|
| Président | Frédéric FLEURY |
| Président du Comité de | Pierre COCHAT |
| Coordination des Etudes Médicales | |
| Directrice Générale des Services | Dominique MARCHAND |
| <u>Secteur Santé</u> | |
| UFR de Médecine Lyon Est | Doyen : Gilles RODE |
| UFR de Médecine Lyon Sud- Charles Mérieux | Doyen : Carole BURILLON |
| Institut des Sciences Pharmaceutiques Et Biologiques (ISPB) | Directrice : Christine VINCIGUERRA |
| UFR d'Odontologie | Directeur : Denis BOURGEOIS |
| Institut des Sciences et Techniques De Réadaptation (ISTR) | Directeur : Xavier PERROT |
| Département de Biologie Humaine | Directrice : Anne-Marie SCHOTT |
| <u>Secteur Sciences et Technologie</u> | |
| UFR de Sciences et Technologies | Directeur : Fabien de MARCHI |
| UFR de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS) | Directeur : Yannick VANPOULLE |
| Polytech Lyon | Directeur : Emmanuel PERRIN |
| I.U.T. | Directeur : Christophe VITON |
| Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA) | Directeur : Nicolas LEBOISNE |
| Observatoire de Lyon | Directrice : Isabelle DANIEL |
| Ecole Supérieure du Professorat Et de l'Education (ESPE) | Directeur : Alain MOUGNIOTTE |

Faculté de Médecine Lyon Est Liste des enseignants 2015/2016

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

| | | |
|-----------|---------------|---|
| Cochat | Pierre | Pédiatrie |
| Cordier | Jean-François | Pneumologie ; addictologie |
| Etienne | Jérôme | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Gouillat | Christian | Chirurgie digestive |
| Guérin | Jean-François | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |
| Mauguière | François | Neurologie |
| Ninet | Jacques | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie |
| Philip | Thierry | Cancérologie ; radiothérapie |
| Rivoire | Michel | Cancérologie ; radiothérapie |
| Rudigoz | René-Charles | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

| | | |
|----------------|---------------|---|
| Blay | Jean-Yves | Cancérologie ; radiothérapie |
| Borson-Chazot | Françoise | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale |
| Claris | Olivier | Pédiatrie |
| Denis | Philippe | Ophthalmologie |
| Disant | François | Oto-rhino-laryngologie |
| Douek | Philippe | Radiologie et imagerie médicale |
| Finet | Gérard | Cardiologie |
| Gaucherand | Pascal | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| Guérin | Claude | Réanimation ; médecine d'urgence |
| Lehot | Jean-Jacques | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| Lermusiaux | Patrick | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| Martin | Xavier | Urologie |
| Mellier | Georges | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| Michallet | Mauricette | Hématologie ; transfusion |
| Miossec | Pierre | Immunologie |
| Morel | Yves | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mornex | Jean-François | Pneumologie ; addictologie |
| Moulin | Philippe | Nutrition |
| Neyret | Philippe | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| Nighoghossian | Norbert | Neurologie |
| Ninet | Jean | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| Obadia | Jean-François | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| Ovize | Michel | Physiologie |
| Ponchon | Thierry | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| Pugeat | Michel | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale |
| Revel | Didier | Radiologie et imagerie médicale |
| Rode | Gilles | Médecine physique et de réadaptation |
| Terra | Jean-Louis | Psychiatrie d'adultes ; addictologie |
| Thivolet-Bejui | Françoise | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Vandenesch | François | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |

Zoulim

Fabien

Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Première classe

| | | |
|---------------|-----------------|---|
| André-Fouet | Xavier | Cardiologie |
| Barth | Xavier | Chirurgie générale |
| Berthezene | Yves | Radiologie et imagerie médicale |
| Bertrand | Yves | Pédiatrie |
| Beziat | Jean-Luc | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| Boillot | Olivier | Chirurgie digestive |
| Braye | Fabienne | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie |
| Breton | Pierre | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| Chassard | Dominique | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| Chevalier | Philippe | Cardiologie |
| Colin | Cyrille | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| Colombel | Marc | Urologie |
| Cottin | Vincent | Pneumologie ; addictologie |
| D'Amato | Thierry | Psychiatrie d'adultes ; addictologie |
| Delahaye | François | Cardiologie |
| Devouassoux | Mojgan | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Di Fillipo | Sylvie | Cardiologie |
| Ducerf | Christian | Chirurgie digestive |
| Dumontet | Charles | Hématologie ; transfusion |
| Durieu | Isabelle | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie |
| Ederly | Charles Patrick | Génétique |
| Fauvel | Jean-Pierre | Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie |
| Guenot | Marc | Neurochirurgie |
| Gueyffier | François | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| Guibaud | Laurent | Radiologie et imagerie médicale |
| Herzberg | Guillaume | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| Honorat | Jérôme | Neurologie |
| Kodjikian | Laurent | Ophtalmologie |
| Krolak Salmon | Pierre | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie |
| Lachaux | Alain | Pédiatrie |
| Lina | Bruno | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Mabrut | Jean-Yves | Chirurgie générale |
| Mertens | Patrick | Anatomie |
| Mion | François | Physiologie |
| Morelon | Emmanuel | Néphrologie |
| Mure | Pierre-Yves | Chirurgie infantile |
| Négrier | Claude | Hématologie ; transfusion |
| Négrier | Marie-Sylvie | Cancérologie ; radiothérapie |
| Nicolino | Marc | Pédiatrie |
| Picot | Stéphane | Parasitologie et mycologie |
| Roy | Pascal | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| Ruffion | Alain | Urologie |
| Ryvlin | Philippe | Neurologie |

| | | |
|-----------------|------------|---|
| Schaeffer | Laurent | Biologie cellulaire |
| Scheiber | Christian | Biophysique et médecine nucléaire |
| Schott-Pethelaz | Anne-Marie | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| Tilikete | Caroline | Physiologie |
| Truy | Eric | Oto-rhino-laryngologie |
| Turjman | Francis | Radiologie et imagerie médicale |
| Vallée | Bernard | Anatomie |
| Vanhems | Philippe | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| Vukusic | Sandra | Neurologie |

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Seconde Classe

| | | |
|------------------|----------------|--|
| Allaouchiche | Bernard | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| Argaud | Laurent | Réanimation ; médecine d'urgence |
| Aubrun | Frédéric | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| Badet | Lionel | Urologie |
| Bessereau | Jean-Louis | Biologie cellulaire |
| Boussel | Loïc | Radiologie et imagerie médicale |
| Calender | Alain | Génétique |
| Chapurlat | Roland | Rhumatologie |
| Charbotel | Barbara | Médecine et santé au travail |
| Chêne | Gautier | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| Cotton | François | Radiologie et imagerie médicale |
| Dargaud | Yesim | Hématologie ; transfusion |
| Dubernard | Gil | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| Ducray | François | Neurologie |
| Dumortier | Jérôme | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| Fanton | Laurent | Médecine légale |
| Faure | Michel | Dermato-vénéréologie |
| Fellahi | Jean-Luc | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| Ferry | Tristan | Maladie infectieuses ; maladies tropicales |
| Fourneret | Pierre | Pédopsychiatrie ; addictologie |
| Gillet | Yves | Pédiatrie |
| Girard | Nicolas | Pneumologie |
| Gleizal | Arnaud | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| Guyen | Olivier | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| Henaine | Roland | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| Hot | Arnaud | Médecine interne |
| Huissoud | Cyril | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| Jacquín-Courtois | Sophie | Médecine physique et de réadaptation |
| Janier | Marc | Biophysique et médecine nucléaire |
| Javouhey | Etienne | Pédiatrie |
| Juillard | Laurent | Néphrologie |
| Jullien | Denis | Dermato-vénéréologie |
| Lejeune | Hervé | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |
| Merle | Philippe | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| Michel | Philippe | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| Monneuse | Olivier | Chirurgie générale |
| Nataf | Serge | Cytologie et histologie |
| Peretti | Noël | Nutrition |
| Pignat | Jean-Christian | Oto-rhino-laryngologie |
| Poncet | Gilles | Chirurgie générale |
| Raverot | Gérald | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale |

| | | |
|-------------|-----------------|--|
| Ray-Coquard | Isabelle | Cancérologie ; radiothérapie |
| Richard | Jean-Christophe | Réanimation ; médecine d'urgence |
| Rossetti | Yves | Physiologie |
| Rouvière | Olivier | Radiologie et imagerie médicale |
| Saoud | Mohamed | Psychiatrie d'adultes |
| Souquet | Jean-Christophe | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| Thaunat | Olivier | Néphrologie |
| Thibault | Hélène | Physiologie |
| Wattel | Eric | Hématologie ; transfusion |

Professeur des Universités - Médecine Générale

| | |
|-------------|---------|
| Letrilliart | Laurent |
| Moreau | Alain |

Professeurs associés de Médecine Générale

| | |
|--------|--------|
| Flori | Marie |
| Lainé | Xavier |
| Zerbib | Yves |

Professeurs émérites

| | | |
|------------|-------------|--|
| Baverel | Gabriel | Physiologie |
| Bozio | André | Cardiologie |
| Chayvialle | Jean-Alain | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| Daligand | Liliane | Médecine légale et droit de la santé |
| Descotes | Jacques | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie |
| Droz | Jean-Pierre | Cancérologie ; radiothérapie |
| Floret | Daniel | Pédiatrie |
| Gharib | Claude | Physiologie |
| Neidhardt | Jean-Pierre | Anatomie |
| Petit | Paul | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| Sindou | Marc | Neurochirurgie |
| Touraine | Jean-Louis | Néphrologie |
| Trepo | Christian | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| Trouillas | Jacqueline | Cytologie et histologie |
| Viale | Jean-Paul | Réanimation ; médecine d'urgence |

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Hors classe

| | | |
|-----------|-------------|--|
| Benchaib | Mehdi | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |
| Bringuier | Pierre-Paul | Cytologie et histologie |
| Dubourg | Laurence | Physiologie |
| Germain | Michèle | Physiologie |
| Jarraud | Sophie | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Jouvet | Anne | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Le Bars | Didier | Biophysique et médecine nucléaire |

| | | |
|-----------------|-------------|--|
| Normand | Jean-Claude | Médecine et santé au travail |
| Persat | Florence | Parasitologie et mycologie |
| Pharaboz-Joly | Marie-Odile | Biochimie et biologie moléculaire |
| Piaton | Eric | Cytologie et histologie |
| Rigal | Dominique | Hématologie ; transfusion |
| Sappey-Marinier | Dominique | Biophysique et médecine nucléaire |
| Streichenberger | Nathalie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Timour-Chah | Quadiri | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| Voiglio | Eric | Anatomie |

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Première classe

| | | |
|--------------------|----------------|---|
| Ader | Florence | Maladies infectieuses ; maladies tropicales |
| Barnoud | Raphaëlle | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Bontemps | Laurence | Biophysique et médecine nucléaire |
| Chalabreysse | Lara | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Charrière | Sybil | Nutrition |
| Collardeau Frachon | Sophie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Cozon | Grégoire | Immunologie |
| Escuret | Vanessa | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Hervieu | Valérie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Kolopp-Sarda | Marie Nathalie | Immunologie |
| Lesca | Gaëtan | Génétique |
| Lukaszewicz | Anne-Claire | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| Maucort Boulch | Delphine | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| Meyronet | David | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Pina-Jomir | Géraldine | Biophysique et médecine nucléaire |
| Plotton | Ingrid | Biochimie et biologie moléculaire |
| Rabilloud | Muriel | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| Ritter | Jacques | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| Roman | Sabine | Physiologie |
| Tardy Guidollet | Véronique | Biochimie et biologie moléculaire |
| Tristan | Anne | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Vlaeminck-Guillem | Virginie | Biochimie et biologie moléculaire |

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers Seconde classe

| | | |
|----------------|----------------|---|
| Casalegno | Jean-Sébastien | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Confavreux | Cyrille | Rhumatologie |
| Curie | Aurore | Pédiatrie |
| Duclos | Antoine | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| Phan | Alice | Dermato-vénéréologie |
| Rheims | Sylvain | Neurologie |
| Rimmele | Thomas | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| Schluth-Bolard | Caroline | Génétique |
| Simonet | Thomas | Biologie cellulaire |

Vasiljevic
Venet

Alexandre
Fabienne

Anatomie et cytologie pathologiques
Immunologie

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Farge
Figon

Thierry
Sophie

Composition du Jury

Président du jury :

Monsieur le Professeur Alain MOREAU

Professeur associé de médecine générale

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Mohamed SAOUD

Professeur des Universités – Praticien hospitalier – Psychiatrie Adulte –
Faculté Lyon Est

Madame le Professeur Liliane DALIGAND

Professeur émérite des universités – Médecine légale et droit de la santé –
Faculté Lyon Est

Directrice de thèse, Madame le Docteur Corinne PERDRIX

Maitre de conférence associé de médecine générale

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont 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.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

Remerciements

Aux membres du jury

Au président du jury, Monsieur le Professeur Alain MOREAU

Je vous remercie d'avoir accepté de présider le jury de ma thèse alors que ce travail n'était encore qu'une ébauche, puis de m'avoir consacré du temps, accompagnée et conseillée pour la réalisation de celui-ci. L'intérêt et les remarques que vous avez apportés à ma thèse ont enrichi celle-ci.

A Monsieur le Professeur Mohamed SAOUD

Je vous remercie pour l'honneur que vous me faites en acceptant d'être membre de ce jury. Votre présence en tant que psychiatre nous est précieuse.

A Madame le Professeur Liliane DALIGAND

C'est un honneur de vous avoir comme membre de mon jury de thèse. Je vous en remercie sincèrement.

A la directrice de thèse, Madame le Docteur Corinne PERDRIX,

Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté à mon sujet de thèse, puis pour l'accompagnement et les nombreux conseils tant sur le fond que sur la forme tout au long de ce travail. Vous avez su me redonner l'énergie suffisante quand celle-ci était au plus bas. Merci pour la confiance que vous avez eu pour mon travail. Nos conversations autour de ce vaste sujet qu'est la dépression et les médecines non conventionnelles ont bonifié ma réflexion.

A tous les patients qui ont accepté de consacrer du temps et de se confier dans l'intérêt de ce travail de thèse.

A toutes les personnes qui m'ont aidée à recruter des patients.

A ma famille,

A ma mère, je te remercie pour ta présence infaillible depuis le début de mes études, ta confiance à mon égard, l'intérêt que tu as tout de suite porté à mon sujet de thèse et le temps que tu m'as consacré malgré ton emploi du temps déjà bien chargé. Merci pour ces heures à traquer ensemble les mauvaises tournures de phrases et les fautes d'orthographe.

A mon père, merci de t'être accroché et d'avoir été patient avec moi. Tu as toujours été présent. Ton calme et ta réflexion me sont très précieuses. Merci pour ta contribution à ma thèse, les fautes d'orthographe n'ont plus qu'à trembler...

A mes frangins, Tanguy et Coco, merci pour cette belle fraternité. Je vous souhaite réussite et bonheur dans ce que vous entreprenez ou entreprendrez. A Pauline qui a rejoint la famille.

A mes grands-parents, mamie Jeanine, papi Roger, mamie Yvette, papi Claude, papi Jean-François et Colette, pour votre amour, votre jeunesse intarissable et votre joyeuse présence.

A tous mes oncles et tantes, cousins, cousines pour nos moments encore trop rares mais si agréables.

A ma belle famille. A Jeannie pour ta chaleureuse présence et à tous mes belles-sœurs et beaux frères, nièces et neveux merci de m'avoir accepté si rapidement dans votre famille. Que de beaux et heureux moments passés ensemble.

A mes Amis,

A mes rennaises et rennais

A Marie T, cela fait un bout de temps que l'on se connaît, puisses-tu rester à mes côtés encore longtemps.

A Dindou, nous avons grandi mais gardé les mêmes rires, merci pour ce lien d'amitié solide et ton soutien. A Vincent pour ton accueil toujours au top.

A Léa, pour notre tenace amitié, même à des centaines de kilomètres et à Flo.

A Mathilde, ma poule, te voir te balader en chausson pour gravir des monts kirghizes fut l'aboutissement de dix merveilleuses années d'amitié. Merci d'être toujours présente, merci pour ton aide, ta gentillesse et ta bonne humeur.

A Kévin, quelle joie d'avoir croisé ta route alors que nous n'étions que des bébés docteurs. Ta perpétuelle bonne humeur m'adoucit ;). Ravie que nous ayons choisi la même ville d'adoption pour mieux pouvoir connaître Eva et voir grandir Elliot.

A François, reste comme tu es, ne change rien, nos moments à refaire notre vie et tes siestes groupales sont toujours un plaisir.

A Marie V, pour nos heures de papotage, de discutaille, et de sensibilité.

A Guillaume, merci de nous avoir fait découvrir tant de belles musiques sur lesquelles danser... Sans toi, la P1 n'aurait pas été traversé avec autant de rires.

A Manu, pour nos soirée lasagne vin rouge !

A Mathilde R, pour ton éclatant dynamisme.

A Gislain, Antoine, Héloïse, Renaud, Emma, Orélien, Gabriel, pour votre amitié.

A mes lyonnaises et lyonnais d'adoption

A Marion, pour nos moments d'excentricité potentialisée si précieux, à Ingrid, pour ta tendresse, à Clem, pour ton humour sarcastique, qu'est-ce que tu es drôle, à Lucile, pour ta philosophie de vie yogique que je rejoins et ton point de vue offert en début de travail, à Diane pour ta bonne humeur et ta simplicité, à Elise, pour ton optimisme. A vous toutes, un grand merci pour votre soutien tout au long de ce travail et tout spécialement à Marion, Clem et Ingrid pour votre aide informatique ! A leur compagnon, Charles, Dom, Nico, Mathieu, Adrien et Vincent, qui pour certains et ils se reconnaîtront m'ont sauvé la mise !

A Héloïse, Martin, Ahlam et Chloé, nous avons su affronter ensemble les pleurs des enfants, ravie de pouvoir prolonger ces moments de complicité. A Louka, pour nos pauses papotages bien méritées. A Pauline et Wahid pour nos moments de détente et de soutien.

A Mes diois et dioises

A Thierry, Thérèse, Dorothée, Annick et Dominique, pour votre accueil en terre tout d'abord inconnue puis maintenant tellement familière et agréable.

A Gabriel, Jacqueline, Myriam, Elisabeth, Annie, Lucile B, merci pour votre aide.

A Johan, mon compagnon de route, mon amour. Merci de m'éloigner chaque jour des sentiers battus, d'attirer mon regard vers ailleurs, au-delà de la médecine. Merci pour ton infinie générosité, ta patience et ta présence réconfortante.

Liste des abréviations

ANAES : agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

CIM-10 : 10e Classification internationale des maladies

DREES : Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques

DSM-IV : Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders

EBM : Evidence based medicine (médecine fondée sur les preuves)

EDM : Episode dépressif majeur

HAS : Haute autorité de santé

HAM-D : Hamilton Rating Scale for Depression (score d'évaluation de la dépression)

IFOP : Institut français d'opinion publique

OMS : Organisation mondiale de la santé

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

MAC : Médecine alternative et complémentaire (CAM : Complementary and alternative medicine)

MBCT : Mindfulness Based Cognitive Therapy (thérapie cognitive basée sur la pleine conscience)

MC : Médecine conventionnelle

MG : Médecine générale

MNC : Médecine non conventionnelle

MTC : Médecine traditionnelle chinoise

NCCIH : National Center for Complementary and Integrative Health

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

TIP : Thérapie interpersonnelle

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUCTION | 20 |
| 1.1. GENERALITES | 20 |
| 1.2. LES THERAPIES NON CONVENTIONNELLES | 24 |
| 1.2.1. <i>Définition, terminologie, classification</i> | 24 |
| 1.2.2. <i>MNC utilisées dans la prise en charge de la dépression</i> | 26 |
| 1.3. FORMULATION DE LA QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIF | 27 |
| 2. MATERIEL ET METHODE | 28 |
| 2.1. MATERIEL | 28 |
| 2.2. LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE..... | 28 |
| 2.3. LA POPULATION D'ETUDE | 28 |
| 2.4. METHODE..... | 29 |
| 2.4.1. <i>La méthode qualitative</i> | 29 |
| 2.4.2. <i>Le guide d'entretien</i> | 29 |
| 2.4.3. <i>Le recrutement</i> | 31 |
| 2.4.4. <i>Réalisation et déroulement des entretiens</i> | 31 |
| 2.4.5. <i>Le journal de bord</i> | 32 |
| 2.4.6. <i>L'analyse des entretiens</i> | 32 |
| 3. RESULTATS | 34 |
| 3.1. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON | 34 |
| 3.2. ANALYSE LONGITUDINALE, ENTRETIEN PAR ENTRETIEN..... | 36 |
| 3.3. ANALYSE TRANSVERSALE..... | 46 |
| 3.3.1. <i>Représentation et positionnement du patient dans sa dépression</i> | 46 |
| 3.3.1.1. Origines multiples de la dépression | 46 |
| 3.3.1.2. Identification des symptômes de la dépression par les patients | 47 |
| 3.3.1.3. Identification et compréhension des processus de la dépression..... | 48 |
| 3.3.1.4. Un diagnostic parfois tardif..... | 50 |
| 3.3.1.5. Evolution de la dépression appréhendée par les patients..... | 51 |
| 3.3.1.6. Une vision mitigée de la guérison | 51 |
| 3.3.1.7. Un patient engagé dans sa prise en charge..... | 52 |
| 3.3.2. <i>Représentation de la médecine conventionnelle</i> | 56 |
| 3.3.2.1. Perceptions et expériences en médecine conventionnelle..... | 56 |
| 3.3.2.1.1. Difficulté d'accès à la médecine conventionnelle | 56 |
| 3.3.2.1.2. La médecine conventionnelle, nécessaire et bénéfique..... | 56 |
| 3.3.2.1.3. Ressentis négatifs à l'égard de la médecine conventionnelle..... | 57 |
| 3.3.2.1.4. Une perception positive du traitement psychotrope..... | 58 |
| 3.3.2.1.5. Représentation et vécu négatif du traitement psychotrope | 59 |
| 3.3.2.2. Relation médecin-patient dans la dépression | 62 |
| 3.3.2.2.1. Le rôle du médecin : les attentes du patient..... | 62 |
| 3.3.2.2.2. Place du médecin généraliste et du psychiatre | 64 |
| 3.3.2.2.3. Rôle du médecin dans le recours des patients aux MNC..... | 64 |
| 3.3.2.2.4. Importance d'une relation humaine de qualité..... | 65 |
| 3.3.2.2.5. Une écoute et un accompagnement privilégiés par les patients..... | 66 |
| 3.3.2.2.6. Un patient autonome | 68 |
| 3.3.3. <i>Thérapies non conventionnelles</i> | 70 |
| 3.3.3.1. Représentation des MNC | 70 |
| 3.3.3.1.1. Représentations multiples des mécanismes d'action des MNC..... | 70 |
| 3.3.3.1.2. Aspect philosophique | 72 |
| 3.3.3.1.3. Le thérapeute | 73 |
| 3.3.3.2. Mode d'entrée dans les MNC..... | 75 |
| 3.3.3.2.1. Profil socio-culturel | 75 |
| 3.3.3.2.2. Élément intermédiaire | 76 |
| 3.3.3.2.3. Démarche initiale du patient ayant recours aux MNC..... | 78 |
| 3.3.3.2.4. Mise en pratique des MNC..... | 80 |
| 3.3.3.3. Apport des MNC : entre attentes et bénéfices | 82 |
| 3.3.3.3.1. Aide à la connaissance de soi et à la compréhension de la dépression..... | 82 |
| 3.3.3.3.2. Gestion des émotions..... | 83 |
| 3.3.3.3.3. Le lien corps-esprit | 84 |

| | | |
|------------|---|------------|
| 3.3.3.3.4. | La quête du bien-être..... | 85 |
| 3.3.3.3.5. | Modification des comportements et des pensées..... | 87 |
| 3.3.3.3.6. | Effets sur l'évolution de la dépression et la prise médicamenteuse | 89 |
| 3.3.3.4. | Place des MNC dans le parcours de soins du patient dépressif..... | 91 |
| 3.3.3.4.1. | Un recours alternatif aux MNC..... | 91 |
| 3.3.3.4.2. | Un recours complémentaire aux MNC..... | 92 |
| 3.3.3.4.3. | Un recours adapté et individualisé | 94 |
| 3.3.3.5. | Difficultés rencontrées dans le recours aux MNC..... | 96 |
| 3.3.3.5.1. | Représentations négatives des MNC et conséquences..... | 96 |
| 3.3.3.5.2. | Difficultés liées à la pratique | 97 |
| 3.3.3.5.3. | Difficultés liées au thérapeute et à l'accompagnement des MNC | 98 |
| 3.3.3.5.4. | L'aspect financier..... | 99 |
| 3.3.4. | <i>Les lectures</i> | 101 |
| 3.3.4.1. | Une aide pour la dépression..... | 101 |
| 3.3.4.2. | Acquisition de connaissances sur les MNC, leur mise en pratique et leurs effets sur la dépression | 102 |
| 4. | DISCUSSION | 104 |
| 4.1. | RESULTATS PRINCIPAUX..... | 104 |
| 4.1.1. | <i>Représentation de la dépression par le patient</i> | 104 |
| 4.1.2. | <i>Un patient acteur et engagé dans la prise en charge de sa dépression</i> | 106 |
| 4.1.3. | <i>La relation médecin -patient</i> | 107 |
| 4.1.4. | <i>Efficacité des MNC dans la dépression</i> | 109 |
| 4.1.4.1. | Du point de vue des patients..... | 109 |
| 4.1.4.2. | Médecine basée sur les preuves | 112 |
| 4.2. | VALIDITE INTERNE | 115 |
| 4.2.1. | <i>Force du travail</i> | 115 |
| 4.2.2. | <i>Limites du travail</i> | 115 |
| 4.3. | AUTRES RESULTATS | 116 |
| 4.3.1. | <i>La bibliothérapie</i> | 116 |
| 4.3.2. | <i>Un recours complémentaire dans la dépression</i> | 117 |
| 4.4. | SIGNIFICATION DU TRAVAIL..... | 118 |
| 4.5. | PERSPECTIVES | 119 |
| 5. | CONCLUSION | 121 |
| | BIBLIOGRAPHIE | 126 |
| | ANNEXES | 132 |
| | ANNEXE 1 : DESCRIPTION DE MEDECINES NON CONVENTIONNELLES UTILISEES DANS LA PRISE EN CHARGE | |
| | DE LA DEPRESSION | 132 |
| | <i>L'acupuncture</i> | 132 |
| | <i>Le yoga</i> | 133 |
| | <i>La phytothérapie</i> | 134 |
| | <i>L'exercice physique</i> | 135 |
| | <i>La « pleine conscience » (traduction de Mindfulness)</i> | 136 |
| | <i>Les fleurs de Bach</i> | 137 |
| | <i>L'homéopathie</i> | 137 |
| | <i>La Psycho bio acupressure</i> | 138 |
| | <i>Le Qi gong</i> | 138 |
| | ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN..... | 140 |
| | ANNEXE 3 : FEUILLE DE PRESENTATION AUX PROFESSIONNELS..... | 141 |
| | ANNEXE 4 : FEUILLE DE RECRUTEMENT PATIENT..... | 143 |
| | ANNEXE 5 : EXEMPLE TABLEAU ANALYSE TRANSVERSALE | 144 |

« *On ne peut guérir la partie sans soigner le tout.* »
PLATON

1. INTRODUCTION

1.1. Généralités

Si le phénomène dépressif est connu depuis l'antiquité, décrit par Sénèque en l'an 50 après JC, sous la forme d'une « taedium vitae » (tristesse), la dépression se confond avec la mélancolie jusqu'au XVII^e siècle. C'est au début du XIX^e siècle que la notion de dépression verra officiellement le jour grâce au classement de Kraepelin et qu'elle se différenciera de la mélancolie, actuellement considérée comme un critère de gravité de l'état dépressif majeur (EDM). Différentes formes de dépression apparaissent alors, « dépression endogène », « dépression exogène » etc., pour parvenir aux classifications actuelles que sont le Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorder IV (DSM-IV) et la 10^e classification internationale des maladies (CIM-10)(1). Initialement conçus pour la recherche, puis finalement appliqués à la pratique clinique, la CIM-10 proposée par l'organisation mondiale de la santé (OMS) et le DSM-IV développé par l'association psychiatrique américaine, sont les deux classifications proposées à l'échelle internationale. Sans les décrire, elles définissent trois degrés d'EDM; léger, modéré et sévère en fonction du nombre, de l'intensité des symptômes et dont la durée doit être supérieure à quinze jours.(2) Pedinielli J-L et Bernoussi A, définissent la dépression comme un trouble de l'humeur qui associe quatre grandes composantes, l'humeur négative, un ralentissement, des idées suicidaires et des signes objectifs tels que l'asthénie, l'insomnie, etc.(1) De plus, elle s'accompagne régulièrement de troubles anxieux.(3)

La gravité de cette maladie est caractérisée par un fort taux de récurrence¹ à haut risque de chronicisation.(6)(7) Dans une enquête de 1999, sur un panel de 380 personnes suivies pendant 15 ans, le taux de récurrence était de 58% à 5 ans et de 85% à 15 ans.(8) Cette maladie engendre une souffrance psychique et une altération de la qualité de vie personnelle et professionnelle. Et les répercussions économiques et sociales sont importantes. D'après l'OMS, en Europe, les problèmes de santé mentale seraient à

¹ Rémission (définition proposée par Crismon et al. et basée sur l'appréciation de la sévérité des symptômes mesurés par le score d'Hamilton)(4) : il y a rémission lorsque l'amélioration globale est supérieure ou égale à 75%, on parle de réponse entre 50% et 74%, de réponse partielle entre 25 et 49%, et de non réponse à moins de 25%. L'HAS parle de rémission complète lorsqu'il y a une disparition de la symptomatologie pendant au moins deux mois consécutifs. Le trouble dépressif récidivant correspond à une réactivation symptomatique dans une période supérieure à 6 mois après la rémission d'un épisode dépressif isolé et la rechute dépressive lorsque la réactivation symptomatique est à moins de 6 mois de la rémission.(5)

l'origine de 35 à 45% de l'absentéisme au travail et représenteraient la troisième charge de morbidité.(3)

La dépression est le premier trouble mental dans le monde. Selon le baromètre santé de l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) 2010, la prévalence en France d'un EDM, dans les douze derniers mois, s'élève à 7,5% de la population parmi les 15-85 ans soit environ trois millions de personnes. Une personne sur cinq de 15 à 75 ans aurait souffert d'un épisode dépressif majeur au cours de sa vie. Cette prévalence est deux fois plus importante chez les femmes que chez les hommes.(9) On retrouve une forte association entre la survenue d'un EDM et certains facteurs socio-économiques comme le célibat et le statut professionnel précaire.(3)

La prise en charge de l'EDM relève de recommandations de bonnes pratiques comprenant principalement l'instauration d'un traitement par antidépresseur et/ou d'une prise en charge psychothérapeutique de type cognitif, comportemental, interpersonnel², etc. en fonction de sa sévérité. Ces thérapies ont fait la preuve de leur efficacité.(2) Bien que l'efficacité de l'association traitement antidépresseur/psychothérapie soit admise de façon consensuelle par les recommandations de pratique clinique dans la prise en charge de la prévention du risque de récurrence, la Haute Autorité de Santé (HAS) ne se positionne ni sur la durée du maintien de l'antidépresseur ni sur le type de psychothérapie choisie.(5)(11)

La forte prévalence de la dépression dans la population générale française place le médecin généraliste au centre du dépistage et de la prise en charge des patients dépressifs en ambulatoire. Celui-ci est le premier professionnel de santé consulté en cas de problème de santé mentale, puisqu'il est présent dans 67% des parcours de soins, loin devant les psychiatres et les psychologues.(12)

D'après l'analyse des résultats de l'enquête réalisée par l'INPES en 2005, seulement 21%, soit quasiment un quart des EDM de 15 à 75 ans serait traité de façon adéquate. Ce

² Thérapie interpersonnelle (TIP) : thérapie brève et structurée développée par Klerman G dans le cadre de la recherche pour le traitement de la dépression de l'adulte dans les années 1970. Elle se fonde sur l'hypothèse que les patients dépressifs ont des relations interpersonnelles perturbées qui déclenchent ou suivent le trouble, les analyser ou les corriger, base de la TIP, permettrait donc une amélioration des symptômes de la dépression. La démarche thérapeutique va s'appuyer sur l'exploration d'un voir deux des quatre domaines fortement corrélés à la dépression selon Klerman G : le deuil, les conflits intra-personnels, les transitions de rôle et les déficits interpersonnels.(10)

faible niveau de prise en charge est justifié dans cette étude par l'absence de recours aux soins du patient, les problèmes d'observance, le refus du traitement proposé et la prescription d'un traitement inadéquat de la part du médecin. Aussi seul 10,8% des EDM sont traités par une psychothérapie.(13) Ces postulats sont également rencontrés dans l'étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) qui rapporte une disparité de prise en charge médicamenteuse et psychothérapeutique des patients dépressifs en fonction des caractéristiques individuelles, des perceptions du médecin et de l'accessibilité aux spécialistes et psychologues sur le territoire français.(12)

Ces disparités dans la prise en charge de la dépression en France, ne sauraient expliquer à elles seules l'importance du recours des patients dépressifs aux médecines non conventionnelles (MNC). Dans le travail de thèse de Roudier A., 86% des patients était satisfait de la médecine conventionnelle en médecine générale.(14)

Communément nommées médecines alternatives et complémentaires (MAC), ces thérapies connaissent depuis plusieurs années un engouement considérable dans notre société ainsi que dans les autres pays développés. Le sondage de l'institut français d'opinion publique (IFOP) de 2007 montre que quatre français sur dix ont recours à une MAC. Les principales raisons résident dans la volonté de diminuer les traitements d'allopathie, dans l'existence de médecines complémentaires jugées efficaces et enfin dans une confiance et une meilleure écoute trouvée auprès du praticien de médecine complémentaire.(15) La revue de littérature réalisée par Roudier A. dans le cadre de sa thèse, montre une prévalence du recours aux MAC, toute pathologie confondue, allant de 8% à 76% dans la population générale.(14) En France, la prévalence de ce recours dans les douze mois précédant l'étude a été évaluée dans trois thèses ; en 2010 par Mayer-Lévy dans des cabinets de médecine générale (MG) de Paris, en 2012 par Ait M'Hammed dans des cabinets de MG de l'Oise et par Thiriart dans les cabinets de MG de la région Lorraine, respectivement à hauteur de 18,4%, 13,5% et 25,3%.(16)(17)(18) Pour les deux premières études, les trois types de MAC les plus fréquentes sont l'ostéopathie, l'homéopathie et l'acupuncture. Pour le dernier, il s'agit de l'homéopathie, l'ostéopathie et le recours à un magnétiseur juste avant l'acupuncture. Les deux facteurs statistiquement significatifs du recours aux MAC sont le sexe féminin et le niveau d'étude élevé.(14)

En médecine générale, les troubles anxieux et la dépression sont le deuxième motif de recours aux MAC. Ils représentent environ un quart de celui-ci, le principal motif étant les douleurs ostéo-articulaires, musculaires et neuropathiques. Une proportion encore importante mais variable de la population fait ce recours à son médecin traitant.(16)(17) Une large étude téléphonique fin 1997, début 1998 aux Etats-Unis fait part d'un large recours au MAC par les patients dépressifs. Environ la moitié s'est tournée vers une MAC dans les douze derniers mois.(19)

En France, les soins en psychiatrie impliquent plusieurs catégories de professionnels de santé qui pourraient être ainsi regroupées : une première catégorie est constituée par les médecins généralistes, les psychiatres et les psychologues, soumis à une réglementation et à une formation universitaire. Une seconde comprend les psychothérapeutes et psychanalystes, également compétents en terme de soins psychothérapeutiques et répondant à une école. Et une dernière catégorie est composée par les autres professionnels non spécialistes apportant des soins et une écoute, tels que les spécialistes des médecines non conventionnelles, les infirmières, les soignants, les intervenants religieux etc.(13)

Le patient dispose donc d'un large choix d'interlocuteurs lorsqu'il s'agit de sa dépression.

1.2. Les thérapies non conventionnelles

1.2.1. Définition, terminologie, classification

Le terme Médecine complémentaire et alternative (MAC), traduit de l'acronyme anglo-saxon «complementary and alternative medicine » (CAM), est largement répandu.

Définitions

La médecine conventionnelle (MC) aussi appelée médecine occidentale ou allopathique est la médecine telle qu'elle est pratiquée par les détenteurs du titre de docteur en médecine et par les professionnels de santé paramédicaux.(20) C'est une médecine fondée sur la preuve, désignée par le terme anglophone « evidence based medicine »(EBM)³.(21)

L'OMS, dans son plan de stratégie pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023, définit les **Médecines complémentaires** comme faisant référence « à un vaste ensemble de pratiques de santé qui ne font pas partie de la tradition ni de la médecine conventionnelle du pays et ne sont pas pleinement intégrées à son système de santé prédominant ».(22)

Le terme **complémentaire** décrit l'utilisation d'approches complémentaires à la médecine conventionnelle, celui d'**alternative** en substitution aux médecines conventionnelles.(20)

Le terme **médecine traditionnelle** est lui utilisé par l'OMS pour décrire la médecine ancienne d'une population, correspondant à « la somme de toutes les connaissances, compétences et pratiques reposant sur les théories, croyances et expériences propres à différentes cultures, qu'elles soient explicables ou non, et qui sont utilisées dans la préservation de la santé, ainsi que dans la prévention, le diagnostic, l'amélioration ou le traitement de maladies physiques ou mentales. ». Ce terme est interchangeable avec le terme MAC dans certaines sociétés et peut de ce fait porter à confusion.(22)

³ L'**EBM** est « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données actuelles pour prendre des décisions concernant la prise en charge des patients, de façon individuelle. La pratique signifie intégrer l'expertise clinique individuelle avec les meilleures preuves cliniques externes disponibles issues de la recherche systématisée. »

Bien que le terme MAC soit couramment utilisé, il n'a pas l'exclusivité pour désigner toutes ces pratiques dans le grand public et les différentes sociétés savantes. D'autres qualificatifs sont utilisés dans le grand public, soulignant l'aspect divergent de ces thérapies par rapport à la médecine conventionnelle. Le terme **médecine naturelle** renvoie à notre biomédecine et à son aspect chimique. Le terme **médecine douce**, appuie le caractère non agressif, non dangereux a contrario des traitements allopathiques à risque d'effets indésirables. Selon Schmitz O., le terme **médecine parallèle**, décrit « *l'incommensurabilité entre ces diverses pratiques de soins et leur coexistence plus ou moins pacifique* »(23) et enfin le terme **médecine holistique** souligne la prise en charge globale du patient. Ces appellations sont trop réductrices et parfois erronées pour pouvoir être utilisées.

Quant aux organisations scientifiques, quelles qualifications utilisent-elles ? Le National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH) désigne ces pratiques par « **approches de santé complémentaires** »(24). Le conseil de l'Ordre des médecins a choisi de les nommer par « **médecine alternative et complémentaire** »(25), le parlement européen utilise le terme « **médecine non conventionnelle** »(26) et enfin l'académie nationale de médecine a recours au terme « **Thérapies complémentaires** »(27)...

Le concept de la **médecine intégrative** apparu récemment, vise « *l'utilisation de toutes les approches thérapeutiques appropriées en vue de la santé et de soins optimaux* ».(23)

Le mot médecine définit dans le Larousse⁴ et le terme non conventionnel sont pertinents pour désigner l'ensemble de ces pratiques sans préjuger de leur caractère complémentaire et/ou alternatif. Ainsi, à l'instar du parlement européen, nous adopterons le terme « médecine non conventionnelle » (MNC) dans notre étude.

Le nombre de ces MNC est difficile à recenser de façon exhaustive mais l'OMS en dénombre plus de 400, ce chiffre étant en augmentation.(25)

⁴ Médecine (Définition Larousse): Ensemble des connaissances scientifiques et des moyens de tous ordres mis en œuvre pour la prévention, la guérison ou le soulagement des maladies, blessures ou infirmités.

Le conseil de l'Ordre des médecins propose une classification recoupant celle du NCCIH(20)(25)(28):

- les **produits naturels** comprenant compléments alimentaires, phytothérapie, aromathérapie, etc.
- les **Thérapies manuelles** axées sur la manipulation telle que l'ostéopathie, la chiropractie, etc.
- les **approches corps-esprit** (hypnose, relaxation, méditation, Yoga, etc.)
- les **systèmes complets reposant sur des fondements théoriques et pratiques propres** (acupuncture, homéopathie, la naturopathie, etc.)

Ces différentes MNC proviennent pour certaines de systèmes de médecines traditionnelles qui ont évolué indépendamment ou avec la médecine allopathique et qui sont pratiquées par des cultures individuelles à travers le monde. Il s'agit notamment de la médecine traditionnelle chinoise, la médecine ayurvédique, de guérisseurs autochtones.(28)

En France, seules quatre MNC font l'objet d'une autorisation de mention sur les ordonnances et plaques par le conseil de l'Ordre. Il s'agit de l'homéopathie, de l'acupuncture, de la mésothérapie et de l'ostéopathie, des formations universitaires (DIU et DU) étant dispensées pour les trois dernières.(25)

1.2.2. MNC utilisées dans la prise en charge de la dépression

Un certain nombre de MNC a été évalué et répertorié dans la littérature. Sont concernés le yoga, la luminothérapie, la Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) ou méditation pleine conscience, la privation de sommeil, l'exercice physique, l'acupuncture, la phytothérapie avec le millepertuis notamment, l'aromathérapie, le S-Adénosylméthionine. (Certaines sont présentées en **annexe 1**)(29)(30)(31)(32)(33)(34)(35)(36)(37)(38)(39)

Les patients dépressifs ont également recours à d'autres moyens thérapeutiques, tels que les fleurs de Bach, la psychobioacupression, le Qi Kong, l'auriculothérapie, la sophrologie, l'art-thérapie, l'homéopathie, la kinésiologie, la méthode Vittoz, les

constellations familiales, etc. (annexe 1).

1.3. Formulation de la question de recherche et objectif

La dépression est une maladie fréquente à haut risque de récurrence et de chronicisation, imposant un traitement médicamenteux long avec de nombreux effets secondaires. Pour ces motifs, les patients dépressifs peuvent être attirés par les MNC. Le médecin généraliste est le premier professionnel de santé confronté à la dépression et ainsi à la problématique de la coexistence de ces deux médecines conventionnelles et non conventionnelles. Les MNC ne sont pas obligatoirement dispensées ni accompagnées par un thérapeute. Toutes ces observations devraient conduire le médecin suivant le patient à être conscient et mieux informé du fréquent recours à ces pratiques. L'objectif étant de permettre un meilleur échange avec tous les patients dépressifs potentiellement attirés et ceux ayant recours aux MNC.

Pour y parvenir, il est nécessaire de comprendre les enjeux de ce recours. Quels sont les représentations et le positionnement du patient dans sa dépression ? Quelle relation entretient-il avec la médecine conventionnelle ? Quels sont les attentes et bénéfices qui encouragent les patients dépressifs à avoir recours aux MNC ?

Du positionnement du patient dans sa dépression aux apports des MNC dans son parcours de soins, notre objectif est d'identifier les motivations du patient dépressif au recours aux MNC.

Nous postulons qu'une meilleure compréhension de ce recours permet au médecin d'offrir au patient dépressif une prise en charge individualisée et adaptée à ses attentes, améliorant ainsi l'observance et l'adhésion du patient aux soins.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1. Matériel

Les entretiens ont été enregistrés via le dictaphone d'un Smartphone, permettant la retranscription mot à mot.

Le traitement des données s'est fait par le logiciel Microsoft Word version 2011.

Internet a été utilisé pour la recherche bibliographique.

Le logiciel Zotero a permis et facilité la récupération des données bibliographiques via Mozilla Firefox.

2.2. La recherche bibliographique

La revue de la littérature s'est effectuée de novembre 2014 à septembre 2016.

La recherche documentaire a été réalisée via le portail documentaire de l'université Lyon 1.

Les moteurs de recherche utilisés ont été : Francis et Pascal (supprimé en janvier 2016), Sudoc, Google Scholar, Pubmed, EM Premium.

Les mots-clés utilisés en français sont : dépression, médecines alternatives et complémentaires, thérapies alternatives et complémentaires, yoga, méditation, phytothérapie, acupuncture, exercice physique, anthropologie + maladie. La traduction en termes MeSH à partir de ces mots-clés sur CiSMef a donné : depressive disorder*, depression*, alternative and complementary therapy*, alternative and complementary medicine*.

2.3. La population d'étude

Le recrutement des patients a été réalisé selon un échantillonnage raisonné, ne se revendiquant pas représentatif de la population générale mais le plus diversifié possible en fonction de l'âge, du sexe, du lieu d'habitation, de la classe socio-professionnelle selon la nomenclature de l'Institut national de la statistique et des études économiques.

Les critères de sélection suivant ont été retenus :

- un âge compris **entre 18 à 75 ans**, afin d'éviter les spécificités de la dépression de la personne âgée et de l'enfant.
- être diagnostiqué et/ou suivi pour dépression par un médecin généraliste ou un psychiatre. En pratique, étant donné la difficulté de confirmation du diagnostic de dépression via une échelle d'auto ou d'hétéro-évaluation, celui-ci était renforcé par la condition suivante : **prise d'antidépresseur et/ou suivi en psychothérapie dans les douze mois** précédant l'entretien.
- **pratiquer ou avoir pratiqué pendant un minimum de 8 semaines une ou plusieurs MNC** parmi celles retrouvées dans la littérature : Yoga, exercice physique, méditation, phytothérapie, aromathérapie, acupuncture.

Les patients présentant un trouble bipolaire et/ou un trouble de la personnalité n'étaient pas acceptés dans l'étude.

2.4.Méthode

2.4.1. La méthode qualitative

La méthode qualitative par théorisation ancrée nous est apparue la plus pertinente afin d'approcher au mieux les motivations des patients ayant recours aux MNC à travers le vécu de leur dépression. Cette méthode conjugue la restitution fidèle du vécu des patients ou matériau empirique et la création de nouvelles théories à partir de celui-ci.(40) Pour notre étude, nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-dirigés et approfondis.

2.4.2. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien a été réalisé à partir de questions répondant à la problématique de notre étude en accord avec la revue de la littérature.

Quelques questions fermées étaient nécessaires au cours de l'entretien pour faire préciser des éléments factuels intéressant la description de l'échantillon. En accord avec

la méthode qualitative, la grande majorité des questions étaient ouvertes, avec des relances pour faire préciser certains développements incomplets.

Un premier guide a été testé au cours des trois premiers entretiens puis amélioré et enrichi.

Le guide comportait trois parties : (version finale présentée en Annexe 2)

1/ Présentation socio-économique du patient.

2/ Présentation de l'histoire de la dépression du patient et sa prise en charge conventionnelle. Quelques éléments de chronologie apparaissent dans les réponses et les questions des premiers entretiens, servant la place des MNC dans le parcours de soins du patient. Cependant, nous avons tenté de ne pas réduire le vécu du patient à l'enchaînement factuel de sa maladie mais de privilégier la valeur subjective du récit de chaque patient ; matériau sur lequel se fonde une analyse qualitative.(40)

3/Le recours aux MNC :

- le type et la description des MNC
- le mode d'entrée dans les MNC et ses motifs
- la nature des effets et l'apport de ces MNC dans la dépression
- la mise en perspective de la relation médecin-malade dans le recours aux MNC
- les difficultés rencontrées à la pratique des MNC

Tous ces items apportant une réponse aux motivations des patients qui ont recours aux MNC.

Après les trois premiers entretiens, nous avons effectué quelques modifications dans le guide. Au cours du troisième entretien, la patiente ayant librement fait état de ses lectures, nous avons décidé d'approfondir cette pratique en cas d'évocation spontanée au cours d'un nouvel entretien. Les questions portant sur les relations avec le médecin généraliste ont été étendues au psychiatre intervenant dans le suivi de la dépression. Une question supplémentaire a été ajoutée sur les attentes des patients envers leur médecin, relative aux MNC.

L'enchaînement des entretiens a permis à l'investigatrice d'acquérir une plus grande fluidité à la réalisation de ceux-ci.

2.4.3. Le recrutement

Le recrutement des patients a été difficile du fait des critères de sélection exigeants et spécifiques. Il a été réalisé de deux façons différentes, soit par le biais des MNC soit par le biais des professionnels de santé.

Une première démarche a consisté à contacter des centres de soins naturels, des associations sportives, des écoles de yoga, par courriel et/ou téléphone sans grand succès en dehors de deux écoles de yoga qui ont accepté de transmettre un courriel de présentation à leurs élèves. La deuxième démarche a permis de recruter un plus grand nombre de patients, issus de la patientèle de médecins généralistes, d'un psychiatre et d'une pharmacie, contactés par courriel, téléphone ou en personne (feuille de présentation en **Annexe 3** + feuille patiente **Annexe 4**). Le bouche-à-oreille a également fonctionné pour un entretien.

La prise de contact s'est faite soit par le patient directement qui avait nos coordonnées soit par l'investigatrice elle-même après accord du patient donné au médecin recruteur qui nous transmettait ses coordonnées. Ce premier contact permettait à l'investigatrice de se présenter, de décrire brièvement le contexte de l'étude et de fixer les conditions de l'entretien, à savoir la date et le lieu.

Le recrutement s'est achevé lorsque les entretiens n'apportaient plus de nouvelles données.

2.4.4. Réalisation et déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés à la convenance du patient du 20/07/2015 au 4/03/2016. Six se sont déroulés au cabinet médical de leur médecin traitant, deux dans un bar, deux au domicile de l'investigatrice, un par Skype et enfin un au domicile du patient. Les entretiens ont duré en moyenne 41 minutes, avec des extrêmes de 24 à 90 minutes.

L'entretien commençait par une présentation de l'investigatrice, du thème de l'étude et ensuite du déroulement de l'entretien avec une précision quant à la possibilité d'interrompre l'entretien si celui-ci devenait trop difficile pour le participant. La feuille de recrutement (**annexe 4**) était remplie avec le participant, si non fait lors du recrutement, avec à nouveau une explication donnée quant à la préservation du secret médical et de l'anonymisation de toutes les données qu'ils auront bien voulu nous transmettre. Leur consentement oral a été recueilli pour l'enregistrement complet et la retranscription fidèle de l'entretien.

Les questions ouvertes étaient posées dans l'ordre imposé par le récit de chaque participant, pour laisser la place au naturel. Une écoute active de la part de l'investigatrice avec une prise de notes a permis d'approfondir les idées de chaque participant et de constituer un matériau riche. Suite à une erreur de mise en route du dictaphone, le début de l'entretien N°4 est retranscrit à partir des notes jusqu'à rectification quelques minutes après.

2.4.5. Le journal de bord

Un journal de bord manuscrit a suivi l'investigatrice, pendant la durée de l'enquête, permettant d'y inscrire instantanément les recherches bibliographiques, les nouvelles remarques et idées émergentes, les ressentis et le déroulement de chaque entretien.

2.4.6. L'analyse des entretiens

Une retranscription fidèle des entretiens a été effectuée rapidement après leur réalisation.

Une première analyse longitudinale de chaque entretien a été réalisée afin de décrire l'ambiance générale de l'entretien et d'identifier les caractéristiques propres à chaque patient sur la problématique étudiée.

Les thèmes ont été élaborés par la lecture à plusieurs reprises de quelques entretiens. Puis la lecture verticale de chaque entretien a permis l'identification et l'étiquetage des verbatims présents dans le matériau analytique. Pour éviter l'indexation et être au plus près du vécu des patients, l'étiquetage suivait la logique suivante : « que me dit-il à ce

sujet ? ». (40) Les étiquettes des différents entretiens ont ensuite été articulées entre elles pour produire les sous-thèmes classés eux-mêmes dans les thèmes. Cette démarche correspond à l'analyse transversale, dont une partie d'un tableau est présentée en **annexe 5**. Une lecture croisée des entretiens et des résultats a été réalisée par un second lecteur.

3. RESULTATS

3.1.Description de l'échantillon

Tableau 1 : Récapitulatif des données sociodémographiques, de la prise en charge conventionnelle et du recours aux MNC des patients de l'étude.

| | Sexe | Âge | Statut familial | Mode de vie | Statut Professionnel | Traitement psychotrope (En cours ou sevré)/ Médecin suivant la dépression/ Au courant des MNC | Type de MNC | Lectures |
|----|------|--------|--------------------------------|-------------|---|---|---|---|
| P1 | F | 41 ans | Célibataire Un enfant | Rural | Photographe indépendante | Paroxétine (En cours)/ Médecin généraliste/ Non | - Yoga, - Fleurs de Bach, - Phytothérapie | - |
| P2 | M | 64 ans | Marié 2 enfants | Urbain | Retraité (Profession intermédiaire) | Escitalopram (En cours)/ Psychiatre/ Oui | - Yoga | - |
| P3 | F | 47 ans | Mariée 2enfants | Urbain | Cadre | Miansérine (En cours)/ Psychiatre/ Oui | - Yoga, - Qi kong, - Acupuncture, - Auriculothérapie, - Phytothérapie | Internet Magazines Livres (sur le burn out et sur les thérapies complémentaires) |
| P4 | F | 32 ans | En couple Pas d'enfant | Urbain | Profession intermédiaire (de la santé et du travail social) | Sertraline (En cours)/ Psychiatre/ Oui | - Sport (course à pied, fitness) | - |
| P5 | F | 75 ans | Célibataire 1 enfant décédé | Urbain | Retraité Profession intermédiaire | Escitalopram (En cours)/ Psychiatre/ Oui | - Acupuncture, - Homéopathie, - Compléments alimentaires (Yoga, marche, arrêts) | - |
| P6 | F | 44 ans | En couple 2enfants | Urbain | Profession intermédiaire | Antidépresseur (Sevrée)/ Psychiatre/ Oui | - Yoga, - Psycho bio acupressure (PBA), - Sophrologie, - Dessin | - Livres, magazines sur le yoga - PBA : « 5 points un point c'est tout ! » du Dr Pierre-Noël Delatte - « Le pouvoir du moment présent » d'Eckhart Tolle |

| | Sexe | Âge | Statut familial | Mode de vie | Statut Professionnel | Traitement psychotrope (En cours ou sevré)/ Médecin suivant la dépression/ Au courant des MNC | Type de MNC | Lectures |
|-----|------|--------|-----------------------------|-------------|---|---|--|--|
| P7 | F | 39 ans | Célibataire 1 enfant | Urbain | Cadre | Paroxétine (en cours de sevrage)/ Médecin généraliste/ Oui | - Sport (course à pied), - Yoga | Livre de running pour les débutants |
| P8 | F | 58 ans | Célibataire Pas d'enfant | Urbain | Profession intermédiaire (de la santé et du travail social) | Escitalopram (En cours)/ Médecin généraliste/ Oui | - Sport (marche rapide, aquabike) | - « La magie du rangement » de Marie Kondo, - « Le chevalier à l'armure rouillée » de Robert Fisher |
| P9 | F | 42 ans | Mariée Un enfant | Rural | Cadre | Paroxétine (En cours)/ Médecin généraliste/ Oui | - Acupuncture, - Fleurs de Bach, - Homéopathie, - Phytothérapie | - |
| P10 | F | 42 ans | En couple 2enfants | Rural | Sans activité professionnelle | Escitalopram (En cours)/ Psychiatre et médecin généraliste / Plus ou moins | - Aromathérapie - Méditation pleine conscience - Yoga - Magnétisme - Fleurs de Bach - Constellations familiales - Méthode Vitose - Kinésiologie | Guide complet sur les huiles essentielles |
| P11 | F | 50 ans | Mariée 2enfants | Semi-rural | Profession intermédiaire | Escitalopram (En cours)/ Médecin généraliste / oui | - Acupuncture - Sport (course à pied, musculation, vélo) | |
| P12 | F | 43 ans | Mariée Un enfant | Rural | Cadre | Miansérine (En cours)/ Psychiatre / Oui (par le biais de l'étude) | - Phytothérapie (xiao yao san-modifié selon son profil) - Acupuncture - Homéopathie - Méditation - Yoga - Fleurs de Bach | - Livres de Guy Corneau - « Méditer, jour après jour » de Christophe André |

3.2. Analyse longitudinale, entretien par entretien

Entretien N°1

Il s'agit d'une patiente de 41 ans, photographe indépendante. Elle est séparée et vit seule avec un enfant. Elle habite en milieu rural.

L'entretien s'est déroulé le 20/07/2015 au cabinet médical de son médecin généraliste, médecin recruteur, et a duré 34 minutes 18 secondes. L'ambiance était détendue. Bien qu'elle n'avait pas fait réellement le lien entre sa dépression et la pratique du Yoga, l'entretien a « fait naître » plusieurs idées fortes.

Les symptômes de la dépression ont été longtemps ignorés de la patiente. Asthénie, irritabilité, douleurs faisaient parties des symptômes qu'elle a identifiés a posteriori comme anormaux. Elle a été suivie par plusieurs psychiatres depuis le diagnostic. Elle était sous antidépresseur depuis sept ans, traitement qu'elle considérait comme absolument nécessaire mais dont elle aurait aimé se sevrer. Suite à son déménagement, il y a un an et demi, elle a été suivie pour sa dépression par son médecin généraliste, qu'elle n'avait pas informé des thérapies non conventionnelles auxquelles elle avait recours. Elle avait testé plusieurs sports, non poursuivis car non adaptés à ses attentes avant de se faire recommander le yoga par un ami. Elle avait dans un premier temps douté de la pertinence de cette pratique du fait de son aspect mystique, insuffisamment tonique etc. Le yoga lui avait permis entre autre de reprendre conscience de son corps, de se valoriser et de « sortir ». Elle insistait sur le fait que le yoga était adapté aux capacités de chacun, qu'il permettait une progression valorisante et individualisée. Elle avait récemment eu recours aux fleurs de Bach, afin d'éviter la rechute dépressive, symptômes qu'elle avait ressentis et identifiés au décès de sa mère. Elle avait ainsi pu surseoir à une potentielle augmentation médicamenteuse. Elle avait bénéficié d'un temps d'écoute chez la conseillère en fleurs de Bach, temps qu'elle considérait ne pas pouvoir avoir chez le médecin généraliste. Elle avait l'esprit ouvert et cherchait de nouveaux moyens pour se sentir mieux. Ces thérapies non conventionnelles, comme le yoga, les fleurs de Bach était pour elle une « béquille », qui pourrait potentiellement l'aider au sevrage médicamenteux qu'elle souhaitait. Elle évoque spontanément la guérison, qu'elle remettait en question car elle était encore sous antidépresseur. Ses difficultés financières étaient un frein pour la pratique du yoga mais non pour le recours aux fleurs de Bach.

Entretien N°2

Il s'agit d'un homme de 64 ans, marié, deux enfants, habitant en milieu urbain. Il est retraité, ancien dessinateur industriel dans un bureau d'étude.

L'entretien s'est déroulé le 2/10/2015 au domicile de l'investigatrice et a duré une heure et trente minutes. La durée de l'entretien s'est expliquée en partie par la précision des souvenirs de son histoire qu'il a bien voulu nous raconter. Le patient a parlé librement et sans tabou. Cet entretien a été pour lui l'occasion de faire le point sur sa dépression et le chemin qu'il a parcouru.

Il situait le début d'un mal-être à l'âge de dix ans suite au décès de son frère. Il a relaté trois épisodes dépressifs dans sa vie dont deux hospitalisations. Depuis son dernier épisode dépressif, il était sous antidépresseur et était suivi de façon régulière par une psychiatre et une psychologue. Pour lui, la place du médecin généraliste dans son syndrome anxio-dépressif devait être l'orientation vers un psychiatre. Il se sentait actuellement bien.

Sa toute première motivation du recours au yoga était de réduire le stress au travail. Un ami avait conseillé cette pratique pour son épouse. Pour lui, plus qu'un bien-être, une reconnexion avec le corps, le yoga s'inscrivait dans un mode de vie, de pensée qui se concrétisait après plusieurs années de pratique. Il incitait à vivre à l'instant présent et donnait un point de repère en cas d'évènements de vie difficiles comme il l'a exprimé à la fin de l'entretien.

Il exprimait quelques conséquences à la pratique du yoga comme le risque de faire remonter des souvenirs négatifs lors de la méditation, un problème d'accompagnement dans les suites d'un stage avec un retour à la réalité difficile. Le coût n'était pas pour lui un frein à la pratique du yoga.

Entretien N°3

Il s'agit d'une patiente de 47 ans, mariée avec deux enfants. Elle travaillait comme assistante de direction dans un centre de recherche et vit en milieu urbain.

L'entretien s'est déroulé le 9/10/2015, au domicile de l'investigatrice et a duré 37 minutes 44 secondes. Recrutée par le biais d'une école de Yoga, la patiente s'est exprimée avec une certaine retenue, largement compensée par de nombreuses représentations et perceptions sur sa maladie et les soins auxquels elle a recours, tant traditionnels que conventionnels. Par exemple, elle expliquait bien l'origine endogène de sa dépression ; biologique, génétique etc. Elle a relaté deux épisodes dépressifs dans sa vie, le premier, il y a une vingtaine d'années suite à un épuisement professionnel et le second en 2008 dans un contexte de difficultés

personnelles et de surmenage professionnel. Ce dernier épisode dépressif a été pris en charge par un psychiatre qui l'avait placée sous antidépresseur. Il y a eu un certain retard diagnostic de par l'aspect somatoforme qu'avait pris en tout premier lieu la dépression. Elle attendait du psychiatre qu'il soit vigilant quant à une éventuelle récurrence dépressive. La pratique du Yoga a été dans un premier temps motivée par un désir de grossesse avant l'épisode dépressif. Ses lectures sur le burn out et sur les thérapies non conventionnelles l'avaient conduite à la méditation, au millepertuis, au Qi gong et à la reprise du yoga. L'accès à ces pratiques se faisait en partie sur son lieu de travail.

Elle se positionnait d'emblée comme active et responsable de sa maladie. Elle multipliait le recours à ces pratiques comme pour potentialiser leurs effets afin de se sevrer de l'antidépresseur et d'éviter une récurrence. La dépression de sa mère était également un moteur pour ne pas reproduire le schéma familial. Bien qu'elle se considérait comme guérie elle était consciente d'une certaine fragilité psychologique qui pourrait être responsable d'une récurrence. Elle insistait sur le fait que toutes ces pratiques notamment sources de relaxation, de réduction de l'anxiété... étaient complémentaires de la prise en charge conventionnelle. Bien que ces thérapies eussent un coût, elle les considérait comme une activité et un équilibre nécessaires à sa santé. Une certaine dépendance s'était installée pour le yoga et le qi gong, puisque les symptômes dépressifs réapparaissaient à leur arrêt.

Entretien N°4

Il s'agit d'une femme de 31 ans, infirmière. Elle vit en couple sans enfant en milieu urbain. Cet entretien est le résultat du bouche à oreille. Il s'est déroulé le 8/01/2016 par Skype pour des raisons géographiques, l'investigatrice et la patiente n'habitant pas dans la même ville. Du fait de l'âge, la patiente et l'investigatrice se sont de suite tutoyées permettant un climat amical et propice à la confiance.

Sa dépression avait débuté à l'adolescence, à l'âge de 17 ans, sans facteur déclenchant franc retrouvé à l'interrogatoire. Les symptômes ont été au début ignorés par la patiente, qu'elle justifiait par un manque de médiatisation de la dépression à l'époque. Pour elle, les difficultés relationnelles avec son entourage semblaient être au premier plan. Sa mère l'avait emmenée voir son médecin généraliste qui avait fait le diagnostic et l'avait orientée vers un psychiatre. Cette dernière l'avait suivie pendant de nombreuses années et avait initié un traitement antidépresseur au bout de deux ans de psychothérapie. Les antidépresseurs avaient été sevrés. Puis suite à un déménagement, la dépression avait récidivé a minima, selon elle. Du fait de la faible intensité de la récurrence dépressive, elle aurait souhaité pallier la reprise de

l'antidépresseur par un soutien psychologique et par la pratique du sport, éléments que la psychiatre n'avait pas entendus.

La pratique du sport avait débuté par le biais de sa mère, seul moyen que celle-ci aurait trouvé pour initier le dialogue avec sa fille ; une « médiation » en quelque sorte. Au début physiquement difficile, du fait de l'asthénie provoquée par la dépression, elle avait maintenu cette pratique pendant des années. Les bénéfices qu'elle en retirait étaient notamment un bien-être et un meilleur rythme de vie. Cette pratique avait néanmoins été interrompue et il était difficile pour elle de la reprendre sans aide médicamenteuse ou psychologique au préalable, le sport lui demandant une certaine énergie. Elle mettait l'accent sur la nécessité de plaisir pour exercer tel ou tel sport et sur le risque d'une pratique excessive qui pourrait presque devenir addictive et qui dès lors deviendrait plus délétère que bénéfique pour la dépression. Enfin elle évoquait le frein financier d'un recours à l'acupuncture pour ses angoisses.

Entretien N°5

Il s'agit d'une patiente de 75 ans, retraitée, célibataire, sans enfant, habitant en milieu urbain. Elle a été recrutée par le biais de sa pharmacienne. L'entretien s'est déroulé au domicile de la patiente le 15/01/2016. La patiente a parlé librement. Il a été néanmoins nécessaire de recentrer à plusieurs reprises ses réponses sur le sujet de notre étude, le décès de sa fille étant un élément important de son histoire.

Sa dépression était marquée par plusieurs évènements, à commencer par un divorce puis le décès de sa fille à l'âge de 23 ans et des décès consécutifs dans son entourage proche. L'origine du décès de sa fille était une démyélinisation attribuée à l'époque au vaccin de l'hépatite B. Première expérience en médecine conventionnelle qui paradoxalement ne l'empêchait pas, bien au contraire, de se médicaliser de façon importante en ayant recours à de nombreux traitements afin de se rassurer.

Sa démarche initiale dans le recours aux thérapies non conventionnelles avait pour but le sevrage des benzodiazépines qu'elle prenait depuis plusieurs dizaines d'années. Le recours à ces thérapies a été évoqué par le psychiatre, qui soutenait ses pratiques.

Le recours aux thérapies complémentaires telles que l'homéopathie, l'acupuncture et les compléments alimentaires lui donnait le sentiment d'être un moyen supplémentaire de se prendre en charge médicalement. L'anxiété et les troubles du sommeil semblaient être les principaux symptômes au centre de la prise en charge par l'acupuncteur-homéopathe, médecin avec qui elle avait construit une relation de confiance et de complicité. Elle n'avait aucune réticence face au recours à ces pratiques.

Entretien N°6

Il s'agit d'une patiente de 44 ans, professeure des écoles, en couple, avec deux enfants.

Le recrutement de cette patiente s'est fait via un médecin généraliste de la région. L'entretien s'est déroulé dans un café le 8/02/2016 et a duré 47 minutes et 50 secondes. Le lieu était calme et bien qu'exposée, elle a parlé sans gêne. L'entretien a été marqué par quelques difficultés de mémorisation sur son histoire, ne limitant pas néanmoins ses réponses à la majorité des questions posées.

Elle a relaté trois épisodes dépressifs majeurs, dont le premier s'est soldé par une hospitalisation. Ces trois épisodes avaient conduit à la prescription d'antidépresseurs, anxiolytiques et somnifères. Les antidépresseurs étaient sevrés depuis octobre 2014, mais elle avait recours de façon occasionnelle aux anxiolytiques et somnifères. Elle avait été suivie plusieurs années en psychothérapie par une psychiatre décédée récemment, qui l'avait beaucoup aidée. Elle s'était dirigée d'elle-même vers le yoga dans un premier temps, avec l'objectif d'avoir une activité physique. C'était seulement dans un second temps qu'elle avait pris conscience de l'effet positif de la pratique du yoga sur sa dépression. Elle s'était tournée un temps vers la sophrologie, interrompue depuis suite à une erreur d'accompagnement de la part de la sophrologue. Les bénéfices ressentis par la patiente à la pratique du Yoga et de la sophrologie étaient entre autre la prise de conscience de son corps, la reprise de confiance en soi et la relaxation avec comme conséquence la possibilité de diminuer sa prise de somnifère. Elle avait également eu recours au dessin, lui permettant d'échapper à sa propre réalité. Récemment, orientée par une personne rencontrée, elle avait eu recours à la Psycho bio acupressure, technique issue de l'acupuncture, dispensée par une psychologue. Cette thérapie supplémentaire lui avait permis un lâcher prise et l'accès à une plus grande écoute. Ces pratiques étaient pour elle une alternative à la consommation ponctuelle de somnifères, médicaments qu'elle considérait comme des « poisons ». Le recours à ces thérapies était en partie motivé par la volonté de ne pas refaire de récurrence dépressive.

Elle attendait du médecin qui la suit une écoute active ainsi que des conseils sur toutes ces thérapies complémentaires disponibles. Thérapies dont le recours n'était pas partagé par son conjoint. Le coût financier du Yoga était de plus un frein à sa pratique en cours.

Entretien N°7

Il s'agit d'une patiente de 39 ans, juriste de formation, divorcée, un enfant à sa charge. Elle vit en milieu urbain.

Cet entretien s'est déroulé au cabinet médical de son médecin traitant, le 11/02/2016. Il a duré 25 minutes et 9 secondes. L'entretien s'est déroulé sereinement et avec beaucoup d'émotions à la fin de celui-ci.

Suite à sa dépression et sa prise en charge médicale, elle avait réalisé un travail sur elle-même qui lui avait permis d'identifier une agression dans l'enfance longtemps enfouie, avec récemment un épuisement professionnel et des difficultés personnelles. Elle n'avait pas d'antécédent familial de dépression, et aucun traitement antidépresseur n'avait été dispensé avant sa dépression en 2012. En arrêt de travail depuis 2013, elle se portait mieux et tentait de se sevrer très progressivement de son antidépresseur.

Elle s'était dans un premier temps tournée vers son médecin généraliste. Celui-ci lui avait prescrit des psychotropes et du sport, connaissant ses aptitudes à la pratique sportive avant l'épisode dépressif. La patiente s'était renseignée par le biais de lectures conseillées sur internet pour mettre en place un programme de reprise sportive en douceur afin de ne pas s'épuiser physiquement et en tirer les bénéfices tant sur le plan moral que sur le plan physique. La régularité était l'objectif principal, afin d'assouvir son besoin quotidien de sortir, de s'occuper de son corps, de renouer avec l'extérieur et de vivre l'instant présent. Ces bienfaits lui avaient permis assez rapidement de se sevrer en somnifères et anxiolytiques. Incitée par la médecine du travail qui le proposait de façon systématique, elle s'était initiée à la pratique du yoga auparavant. En connaissant les bienfaits, elle avait repris cette pratique, un an après le début des antidépresseurs, à raison d'une séance par semaine afin de diminuer son anxiété. Elle la pratiquait également au jour le jour dès que le besoin s'en faisait sentir.

Elle attendait de son médecin généraliste une écoute et une approche globale de sa dépression avec des médicaments et des thérapies complémentaires comme le sport etc. Elle n'avait pas rencontré jusqu'ici de difficultés particulières, financière ou liées à la pratique du sport et du yoga.

Entretien N°8

Il s'agit d'une patiente de 58 ans, cadre kinésithérapeute dans un centre de rééducation. Elle est célibataire et sans enfant. Elle habite en milieu urbain mais travaille en milieu rural.

L'entretien s'est déroulé le 17/02/2016 dans le cabinet médical de son médecin généraliste - médecin recruteur - et a duré 28 minutes et 10 secondes. De par sa profession, l'entretien était relativement ciblé sur l'importance de la pratique de l'activité physique en général.

L'épisode dépressif caractérisé actuel était marqué entre autre par un épuisement professionnel associé à un conflit familial et à un sentiment de solitude. Elle s'était orientée, il

y avait un peu moins de deux mois, vers son médecin traitant et avait débuté un traitement antidépresseur. Cet épisode dépressif avait été précédé par plusieurs autres, dont l'un il y avait une vingtaine d'années, l'ayant conduit à la prescription d'antidépresseur. Les épisodes suivants n'avaient pas nécessité de traitement psychotrope.

Elle avait dans le même temps débuté une activité physique, l'Aquabike, motivée par la volonté de perdre du poids et par la pratique d'une activité physique lui permettant de s'extraire de ses pensées négatives. Le choix de l'Aquabike était dû à un concours de circonstances telles qu'une connaissance antérieure de l'activité et une publicité récemment vue. Elle pratiquait également la marche rapide. Elle soulignait l'importance de plusieurs paramètres : le temps, la proximité et la régularité que la pratique impose dans la vie de tous les jours. Le plaisir était un élément également essentiel dans sa pratique. Elle nous a présenté deux lectures, découvertes lors d'ateliers de développement personnel, qui l'avaient aidée à réfléchir et à travailler sur elle-même. Elle insistait sur les bienfaits psychiques que lui apportait le fait de ranger sa maison. Enfin, elle ne rapportait pas de difficultés particulières, financières ou liées à la pratique.

Entretien N°9

Il s'agit d'une femme de 42 ans, comptable, mariée avec un enfant. Elle vit en milieu rural.

L'entretien s'est déroulé le 02/03/2016, au cabinet médical de son médecin généraliste qui l'a recruté. Il a duré 36 minutes et 38 secondes. Elle m'a signalé quelques appréhensions en début d'entretien quant aux questions potentielles qui pourraient la déstabiliser. Toutefois, la patiente a rapidement été rassurée par les questions et elle s'est exprimée librement tout au long de l'entretien.

Sa dépression avait été diagnostiquée et traitée par antidépresseur pour la première fois en 2008. Cependant, elle présentait des symptômes avant cet épisode. Elle rapportait plusieurs événements de vie négatifs, dans son enfance puis sur son lieu de travail. A plusieurs reprises, elle avait été déçue par la médecine conventionnelle pour sa grossesse qu'on lui avait fortement déconseillée, ou pour les allergies de sa fille, qui n'avaient pas été soignées par l'allergologue mais par une magnétiseuse. En conséquence, elle s'était orientée vers la médecine non conventionnelle. Sa dépression, à forte composante somatoforme, s'exprimait cliniquement par des douleurs sur tout son côté droit. Elle se positionnait nettement comme responsable des progrès à réaliser pour se guérir de sa dépression, bien qu'elle n'employait pas le terme de guérir.

Elle avait eu recours à de nombreuses thérapies complémentaires dans la perspective de guérir plus rapidement : l'homéopathie, l'acupuncture pendant environ deux ans, la phytothérapie, les fleurs de Bach, le magnétisme et l'ostéopathie. Au cours de l'entretien, il avait été difficile d'appréhender si la patiente a ressenti des bénéfices suite au recours à l'acupuncture et à l'homéopathie. Elle insistait sur le risque d'accumuler plusieurs thérapies complémentaires, qui se potentialisant entre elles, pouvaient « faire sortir » trop d'émotions et se répercuter sur le corps de façon trop intense. Pour elle, les deux méthodes efficaces étaient le magnétisme, pratiqué par une psychologue et l'ostéopathie. Elle se sentait bien accompagnée et écoutée que ce soit par son médecin généraliste ou par les autres thérapeutes non conventionnels. Toutefois elle aurait souhaité une meilleure coordination des soins et une meilleure reconnaissance des thérapies non conventionnelles par les médecins conventionnels. Elle était consciente de la nécessité des traitements psychotropes mais aurait souhaité s'en sevrer.

Entretien N°10

Il s'agit d'une femme de 42 ans, en couple, divorcée d'un premier mariage, avec deux enfants. Elle est en fin de formation médiatrice familiale et vit en milieu rural.

L'entretien s'est déroulé le 03/03/2016, dans le cabinet médical de son médecin traitant et a duré 54 minutes 14 secondes. Elle a été recrutée par son psychiatre et son médecin généraliste. La durée de l'entretien peut s'expliquer en partie par un recours relativement important et multiple aux médecines non conventionnelles. De même cette durée peut s'expliquer par la richesse des représentations et de la perception qu'elle avait de sa maladie et des soins auxquels elle avait recours, conventionnels ou non. Elle s'est de plus exprimée librement.

Bien que le terme dépression n'ait pas été posé par ses médecins, celui-ci était clairement présent dans son histoire. Elle nous a relaté un événement de vie traumatisant à ses 18 ans, âge à partir duquel elle avait commencé à présenter des symptômes dépressifs. Puis à partir de l'âge de 25 ans, elle avait eu de nombreux épisodes dépressifs non pris en charge médicalement. Elle avait pris à deux reprises des antidépresseurs, une fois il y a quelques années pendant un an et demi et depuis deux mois. La compréhension et la tentative d'acceptation de sa dépression lui avaient permis la prise de ces antidépresseurs. Elle percevait les antidépresseurs comme une « camisole psychique », qui masquait les symptômes empêchant le vrai travail sur la dépression et sur ses causes.

Elle avait eu recours à différentes thérapies non conventionnelles simultanément et indépendamment du traitement médicamenteux. Bien qu'elle ne connaissait pas concrètement

les bénéfices de ces thérapies sur sa dépression, elle en multipliait les pratiques comme pour augmenter les chances de guérison. Le recours à toutes ces médecines lui permettait également d'enrichir ses connaissances et ainsi de valoriser son projet professionnel de médiatrice familiale. Ainsi, elle avait eu recours aux constellations familiales, qui lui avaient permis de réaliser un travail sur sa mémoire familiale et une prise de conscience. Suite à l'échec de méthodes rationnelles, elle s'était rendue à plusieurs reprises chez une magnétiseuse, même si elle en admettait le caractère irrationnel. La pratique de la méditation pleine conscience lors d'un stage, s'inscrivait dans une démarche désespérée de guérison par un effet magique. Elle nous avait fait part néanmoins du risque de rechuter de façon intense au retour à la réalité après le stage. Elle pratiquait de façon un peu plus régulière la méditation qui était importante pour elle. Par ailleurs, le yoga était pour elle une activité de longue date initiée par sa mère, à laquelle elle avait eu recours sans régularité, à certains épisodes de sa vie avec des effets bénéfiques. Elle prenait également des fleurs de Bach, données par la magnétiseuse, sans effets notables, de l'homéopathie et des huiles essentielles pour l'angoisse. Toutes ces méthodes étaient coûteuses pour elle. De plus, elle recevait le soutien de sa mère et de son compagnon dans ses pratiques. Elle attendait du médecin généraliste une écoute et éventuellement des informations concernant ces thérapies non conventionnelles. Cependant elle n'avait pas cette attente envers le psychiatre dont le rôle attribué était plus psychothérapeutique.

Entretien N°11

Il s'agit d'une patiente de 50 ans, mariée avec deux enfants. Elle est assistante de direction et vit en milieu semi-rural. Elle est engagée dans le milieu sportif puisqu'elle est présidente d'un club de gymnastique et qu'elle pratique elle-même plusieurs activités depuis longtemps.

L'entretien s'est déroulé le 4/02/2016 dans le cabinet médical de son médecin généraliste - médecin recruteur - et a duré 33 minutes 6 secondes. L'émotion a été présente tout au long de l'entretien, n'entravant pas la richesse des réponses. Elle a également évoqué le bénéfice de l'entretien qui avait été l'occasion pour elle de faire le point sur sa dépression.

Son histoire était marquée par deux épisodes dépressifs, l'un en 1995 et l'autre pris en charge deux mois avant l'entretien. Elle décrivait deux facteurs déclenchant, le décès de sa sœur huit ans auparavant et celui de sa mère récemment. Son dernier épisode dépressif avait été suivi d'une part par son médecin généraliste qui lui avait donné un traitement antidépresseur et d'autre part par une psychologue.

Par ailleurs, elle avait recours à l'acupuncture, soin vers lequel elle s'était orientée dans un premier temps, avant la prise en charge médicamenteuse. Plusieurs paramètres pouvaient expliquer cette pratique. Premièrement, elle a décrit une expérience négative de la médecine conventionnelle suite au décès de sa sœur très engagée dans le système de soins conventionnel tant sur le plan personnel que professionnel. Deuxièmement, elle avait souffert des effets secondaires des psychotropes au cours de sa première dépression en 1995. Et enfin, l'idée que le corps possède en lui des outils pour aider à la (auto)-guérison, comme elle a pu nous l'expliquer à travers les maladies infantiles de ses enfants qu'elle n'emmenait pas immédiatement en consultation chez le médecin. L'expérience de ce premier épisode dépressif avait joué un rôle dans l'appréhension du deuxième, notamment dans sa prise en charge plus active.

Elle avait eu recours à l'acupuncture pour des troubles du sommeil qui avaient été résolus. Puis elle avait maintenu un contact régulier biannuel avec l'acupuncteur, suite à des résultats concluants sur ses douleurs articulaires. Son objectif principal était de surseoir au traitement médicamenteux que ce soit pour les douleurs ou la dépression. Les bénéfices qu'elle en retirait étaient un mieux-être, avec une diminution des manifestations somatiques de sa dépression. Lors de ses épisodes dépressifs, la pratique du sport lui avait redonné une volonté qu'elle pouvait ensuite mettre en exergue dans sa vie de tous les jours. Elle permettait de recréer un lien corps-esprit avec des bénéfices physiques et mentaux.

Au-delà du rôle de prescripteur, elle attendait de son médecin généraliste qu'il l'accompagne dans la prise en charge globale de la dépression, en prenant en compte les thérapies non conventionnelles.

Entretien N°12

Il s'agit d'une patiente de 43 ans, mariée avec une fille. Elle est ingénieure territoriale et habite en milieu rural.

L'entretien s'est déroulé dans un bar du choix de la patiente et a duré 42 minutes 13 secondes. Elle a été recrutée par son psychiatre. Elle a montré un réel intérêt pour le sujet de l'étude qui s'est ressenti tout au long de l'entretien.

Alors qu'elle avait été relativement active et dynamique dans sa vie, elle avait présenté un épisode dépressif, il y a trois ans. Dans un premier temps, elle s'était orientée vers les thérapies non conventionnelles avant d'avoir recours à un psychiatre, dont la prise en charge a rapidement eu des effets bénéfiques.

Cette chronologie peut s'expliquer par plusieurs éléments :

- une attirance préexistante pour l'agriculture biologique et le mode de vie qui en découle,
- une expérience avec sa fille qui présentait de nombreuses infections ORL non résolues par la médecine conventionnelle mais par elle-même en arrêtant le lait,
- une insuffisance de prise en charge de sa souffrance psychologique par son médecin traitant et enfin,
- un recours aux MNC qu'elle estimait déjà bénéfique avant l'épisode dépressif.

Elle avait eu recours à de nombreuses et diverses pratiques, telles que les plantes chinoises, l'acupuncture, l'homéopathie, les fleurs de Bach, le yoga, la méditation, pratiques qui lui permettaient de « poser le mental », terme qu'elle avait employé à plusieurs reprises, décrivant un état de calme et de sérénité. Ces pratiques avaient été interrompues à l'exception de la méditation, suite à la prise en charge par le psychiatre. En effet, elle n'en éprouvait plus le besoin. Elle pensait que toutes ces pratiques avaient pu avoir un impact sur l'évolution favorable de sa dépression. Elle avait également beaucoup lu, lectures conseillées en partie par une collègue, qui lui avaient permis de faire un premier travail sur elle-même. Elle évoquait à la fin de l'entretien, l'absence d'effet positif du sport sur la dépression, étant déjà sportive. Le regard négatif de son entourage sur ses pratiques non conventionnelles avait pour conséquence qu'elle taisait ce recours notamment à ses médecins par peur de leur jugement.

3.3. Analyse transversale

3.3.1. Représentation et positionnement du patient dans sa dépression

3.3.1.1. Origines multiples de la dépression

Les patients nous ont livré différentes représentations sur l'origine et les mécanismes de leur dépression.

L'origine endogène était évoquée dans deux entretiens. Pour P3, il pouvait s'agir d'une **origine génétique** : « *Ma mère avait fait une dépression (...) je pense qu'il y a des gènes aussi* » (L61-L62)(P3), avec une possible influence sur le fonctionnement endocrinien : « *Peut-être par rapport à mon Burn Out, j'ai développé des problèmes de thyroïde peut-être que c'est suite à ça je ne sais pas* » (L95-L96)(P3). Cette empreinte générationnelle était également abordée par P6 : « *Je suis anxieuse, euh en fait ça, ça vient de ma maman* »

(L62)(P6). P10 mentionnait le **dérèglement endocrinien** : « *Y a un moment donné une sorte de carence en sérotonine* » (L88-L89)(P10). Elle comparait l'état dépressif à **un arrêt du fonctionnement**, presque mécanique de l'organisme : « *Un appui qui permette de relancer la machine* » (L90-L91)(P10).

L'origine exogène était partagée par certains patients pour qui **des évènements de vie**, le plus souvent vécus dans l'enfance, étaient associés à la dépression :

- « *Je suis anéantie par tout mon passé* » (L64-L65)(P9),

- « *Y a des choses qui m'ont blessé dans mon enfance et que je traîne encore aujourd'hui* » (L135-L136)(P12).

Comme P10 l'expliquait, un élément extérieur était à l'origine de la dépression : « *J'ai subi une agression par mon compagnon de l'époque (...) le départ de la dépression vient de là en fait* » (L26-L28)(P10). Pour P12, l'association d'évènements avait conduit à sa dépression, sans comprendre le mécanisme déclencheur : « *Tout ce cumul de choses, je sais pas pourquoi à quarante ans, boum ça m'a pété à la figure, mais d'une façon, extrêmement violente et je l'ai pas senti venir* »(L136-L138)(P12).

S'inscrivant dans une histoire de vie parfois complexe, un ou plusieurs **facteurs déclenchant** étaient identifiés par les patients.

- « *L'élément déclencheur c'était un accident de voiture* » (L16)(P6),

- « *Ça a démarré suite à plusieurs problèmes, tant personnel que professionnel en fait* » (L13)(P7).

3.3.1.2. Identification des symptômes de la dépression par les patients

Au cours de leur dépression, les patients apprenaient à **identifier les symptômes**. Pour P11, la connaissance des symptômes lui avait permis d'appréhender le nouvel épisode dépressif : « *D'abord je sais ce que c'est alors qu'en 95, c'était la première fois de ma vie que je faisais une dépression nerveuse Et voilà, je savais pas comment l'appréhender. Donc euh, là cette fois j'ai pris conscience que je glissais*» (L337-L339)(P11).

La connaissance de leur maladie pouvait être acquise par un travail sur soi : « *À l'issue de cette première (...) psychanalyse, j'ai identifié les symptômes* » (L52-L53)(P4).

La notion de normalité et d'**anormalité** était évoquée par certains patients :

- « *Des signes qui étaient déjà pas normaux* » (L26-L27)(P1),
- « *Je me disais ben voilà c'est normal, je suis comme ça* » (L25)(P4), reflétant une première prise de conscience d'un dysfonctionnement.

P11 percevait la dépression comme un état en opposition avec sa nature : « *C'est pas un état naturel donc il faut en sortir* » (L244)(P11).

Pour certains patients, il y avait une forte **composante somatique** dans l'expression de leur dépression. Leur douleur physique en devient un symptôme :

- « *J'avais très mal* » (L109)(P1),
- « *C'est une vraie vraie douleur* » (L110)(P1),
- « *J'ai un point régulier lié au stress au niveau de la poitrine* » (L157)(P11),
- « *Des douleurs surtout qui sont apparues à tout mon côté droit* » (L57-L58)(P9).

P9 avait conscience de cette somatisation : « *Ma maladie elle est malheureusement dans ma tête* » (L130-L131)(P9).

Ces manifestations propres à chacun, étaient décrites parallèlement aux symptômes habituels de la dépression, comme l'**asthénie** : « *J'étais très fatiguée* » (L18-L19)(P6), les **ruminations** : « *J'étais beaucoup dans l'intellect, à beaucoup réfléchir* » (L123)(P6), l'**anhédonie** : « *J'ai plus pu me lever, donc de mon lit* » (L32)(P3), l'**anorexie** : « *Je mangeais plus* » (L25)(P4), l'**insomnie** : « *Je dormais peu* » (L45)(P7), l'**anxiété** : « *Beaucoup d'anxiété* » (L59)(P7) et les **idées suicidaires** : « *L'idée c'était de disparaître donc soit pour mourir* » (L77-L78)(P1).

La souffrance psychique était exprimée différemment d'un patient à l'autre, sous forme d'un mal être : « *Y a eu différents mal-être* » (L36)(P1), ou en terme d'intensité : « *J'étais vraiment en grande souffrance* » (L31-L32)(P12).

3.3.1.3. Identification et compréhension des processus de la dépression

La compréhension des processus de la dépression était une phase importante pour les patients :

- « *J'en ai compris les mécanismes* » (L80)(P10),
- « *Je sais où j'en suis, je sais ce que j'ai vécu* » (L85-L86)(P10),

- « *Je suis vraiment dans une phase où j'ai compris mon histoire personnelle* » (L300-L301)(P7).

Les patients identifiaient et analysaient **des modifications de comportement ou de pensées** sur lesquelles il était nécessaire d'agir dans la prise en charge de leur dépression.

On retrouve chez P2, une difficulté à s'assumer : « *Se retrouver seul face à soi-même, ça peut donner le vertige* » (L590-L591)(P2).

Les patients nous rapportaient une **perte de contrôle** :

- « *Tout est sorti, je pouvais même plus maîtriser et tout ça.* » (L28-L29)(P11),

- « *J'arrivais plus à avancer* » (L39-L40)(P11),

- « *Tout avait explosé et que j'arrivais pas à ordonner les choses à nouveau* » (L147-L148)(P12).

On retrouvait la notion de **dissociation corps-esprit**, se manifestant parfois par un comportement mécanique :

- « *Je me coupais en deux quelque part.* » (L124)(P6),

- « *J'ai vécu tout ça, je le sais mais mon corps physiquement le refuse encore* » (L111-L112)(P9),

- « *Je pense que les choses devenaient très mécaniques* » (L88)(P1),

- « *J'étais en mode robot automatique* » (L34)(P7).

Il en résultait une altération d'une fonction de base, exprimée par P11 : « *On s'aperçoit qu'on respire pas correctement* » (L237-L238)(P11).

P6 nous parlait d'une certaine **difficulté à prendre du recul**, qu'elle exprimait sous le terme de « lâcher-prise » : « *C'est vrai que j'avais du mal à lâcher prise* » (L249)(P6).

La dépression pouvait entraîner un **isolement et une rupture sociale** :

- « *Je me suis renfermée* » (L31)(P4),

- « *J'ai vécu comme un zombie pendant au moins cinq ans* » (L43-L44)(P5).

P9 parlait de blocage psychologique : « *C'est parce que j'ai un truc qui est bloqué intérieurement* » (L145)(P9).

Il y avait également chez P10 une « *Perte de confiance complète* » (L35)(P10).

L'expérience acquise au cours d'un premier épisode dépressif avait permis à P11 de reconnaître les symptômes et ainsi d'appréhender la récurrence différemment : « *Je savais pas comment l'appréhender. Donc euh, là cette fois j'ai pris conscience que je glissais* » (L338-L339)(P11).

3.3.1.4. Un diagnostic parfois tardif

Plusieurs patients rapportaient **un retard dans la prise de conscience et dans le diagnostic de leur dépression**. Au début enfouies et refoulées, les émotions de P9 se répercutaient sur sa fille : « *J'étais pas consciente du tout à ce moment là et qui font que ça se traduisait sur A.* » (L36)(P9).

Les symptômes évoluaient depuis longtemps sans prise en charge :

- « *C'est quelque chose qui était latent, que je trainais depuis très longtemps* » (L17-L18)(P1),
- « *La vie elle faisait que j'avancais quand même mais j'étais pas, pas vraiment vraiment bien* » (L33-L34)(P2),
- « *J'avais lors de mon premier boulot développé un phénomène dépressif à la base, il y a vingt vingt-cinq ans* » (L59-L60)(P3),
- « *Y avait quelque chose avant* » (L18)(P6).

A contrario, le déclenchement de la dépression pouvait être plus brutal et entraîner une rupture immédiate avec l'état antérieur : « *Là du jour au lendemain, là j'ai plus pu me lever* » (L31-L32)(P3).

P1 nous a confié la difficulté à mettre un mot sur sa souffrance : « *Je voyais que ça n'allait pas et j'aurai vraiment pas dit que c'était une dépression* » (L 32-33)(P1).

P10 a rapporté un besoin de comprendre les mécanismes de la dépression pour accepter le diagnostic : « *Y a eu cette proposition en m'expliquant vraiment bien euh, ce qu'était la dépression, je me suis reconnue* » (L77->L79)(P10), bien qu'elle ne l'assumait pas complètement : « *La dépression et c'est quelque chose que j'assume pas encore* » (L79-L80)(P10).

3.3.1.5. Evolution de la dépression appréhendée par les patients

Avec le temps, les patients apprenaient à **connaître l'évolution de leur dépression et son risque de récurrence**. Dans certains cas, ils la redoutaient :

- « *J'avais super peur de, que la dépression redémarre* » (L285-L286)(P1),
- « *Je veux pas refaire une dépression* » (L300-L301)(P6) et étaient à l'écoute des symptômes qui pourraient être les prémices d'une récurrence dépressive (P3) :
- « *Débordements, je me dis ouh là. Attention là, tu risques peut-être de retomber dans une phase dépressive* » (L341-L342).

Ils prenaient conscience de **leur propre fonctionnement dans la maladie** : « *Je sais que je suis, ce qui est bien c'est que je connais mes limites* » (L380-L381)(P1).

La reconnaissance des symptômes leur permettait de prévenir la récurrence en ayant recours à un professionnel de santé : « *Je sais prévenir quand ça va pas, je sais quand c'est pas normal en gros, je vais voir quelqu'un* » (L54-L55)(P4).

Consciente du risque important de récurrence, P8 nous a confié la fragilité de son état de santé, « *Il faut que je sois d'une extrême vigilance, parce que j'ai le sentiment que ce serait très facile d'arrêter tout ça* » (L318->L320)(P8).

3.3.1.6. Une vision mitigée de la guérison

Le **sentiment de guérison reste partiel** chez P3, qui se sentait fragile, avec un risque de récurrence important :

- « *Parce que on ressort de là assez, euh assez fragilisé* » (L102-L103)(P3),
- « *Là je me suis dit ouais je suis peut-être guérie mais y a quand même des troubles chez moi que j'avais pas que ouais qui sont quand même bordeline* » (L413->L415)(P3).

-> Le terme guérison est employé ici pour parler de la guérison de la maladie dépressive chronique.

Pour P9, la guérison de la dépression passait par plusieurs **phases de travail sur soi**, avec une difficulté pour la dernière : « *Je suis toujours dans la phase qui paraît finale, qui est lourde psychologiquement à gérer* » (L149-L150)(P9).

La notion de guérison était paradoxale chez certains patients qui avaient l'impression d'être guérie bien qu'ils soient toujours sous traitement : « *Ouais je me sens guérie mais en même temps non puisque je suis toujours sous Deroxat mais j'ai plus l'impression maintenant que le problème c'est le médicament.* » (L395-L396)(P1).

L'arrêt du **traitement médicamenteux pouvait aussi être intimement lié à la guérison.**

Pour P3, il s'agissait d'un traitement en particulier auquel elle associait la dépression : « *Ben justement oui je me considère guérie dans la mesure où j'ai arrêté parce que pour moi le seuil c'est le Séroplex ou le prozac ou voilà. Oui je m'estime guérie* » (L426->L428)(P3).

La guérison pouvait également concerner un épisode dépressif et dans ce cas-là être associé à l'arrêt du traitement : « *J'étais guérie je pense. C'est elle qui les (antidépresseurs) a arrêtés car j'en n'avais plus besoin.* » (L57)(P4).

-> Le terme guérison est employé ici pour parler de la fin de l'épisode dépressif majeur.

3.3.1.7. Un patient engagé dans sa prise en charge

Certains patients avaient pris conscience qu'ils pouvaient facilement récidiver et que leur état restait fragile, les incitant à la **vigilance** : « *Mais j'ai quand même peur, je reste quand même assez lucide et assez fragile sur certains débordements à ne pas avoir* » (L336->L338)(P3).

Ils adoptaient ainsi **un comportement responsable** en refusant de récidiver et en participant à leur prise en charge :

- « *Mais je voulais pas non plus me laisser glisser* » (L339-L340)(P11).
- « *Je veux pas refaire une dépression, (...) mais faut aussi quand même que je mette du mien* » (L300->L302) (P6).
- « *J'espérais un miracle mais non le miracle il faut qu'il vienne de moi* » (L288-L289)(P9),
- « *Là j'ai repris ma vie en main* » (L307)(P11).

Ce comportement responsable s'exprimait à travers plusieurs attitudes.

P3 **ne souhaitait pas reproduire le schéma** de sa mère dépressive : « *Ma mère avait fait une dépression quand elle avait quarante ans, (...) et je voulais pas rentrer dans cette spirale là.* » (L61-L62).

De même, P10 ne souhaitait pas que ses enfants le reproduisent : « *J'ai l'impression que c'est mon rôle de traiter ma partie pour éviter de trop transmettre* » (L118-L119).

P3 s'imposait une hygiène de vie et une vigilance de tous les instants afin de ne pas récidiver. Elle semblait se sentir à la fois **responsable d'une récidive** si elle était insuffisamment vigilante et **se responsabilisait** en ayant recours aux MNC et en restant en alerte :

- « *Débordements, (...) si jamais tu ne fais pas ce qui faut, si jamais tu ne reprends pas le millepertuis, si jamais tu ne euh, fais pas attention à toi, si jamais tu prends trop sur ce qu'il y a à faire ou tu prends pas assez de recul par rapport à ce qu'il y a au boulot* » (L341->L344)(P3),

- « *Maintenant je me connais et je suis vigilante* » (L345)(P3).

Le patient devenait **expert de sa dépression** en reconnaissant les différents niveaux d'intensité : « *J'avais pas l'impression que c'était une vraie dépression, j'ai l'impression que c'est juste euh, un mal-être (...) ça n'avait rien à voir avec la première que j'ai faite* » (L190->L193) (P4).

Le patient se positionnait comme **acteur de sa santé**, la guérison dépend de lui non d'un tiers :

- « *Je comptais vraiment sur moi et je savais que je pouvais compter que sur moi-même pour m'en sortir* » (L146-L147)(P3),

- « *Je me sentais pas bien (...) il faut que je fasse quelque chose quoi* » (L157-L159)(P8),

- « *On résoudra rien dans mon problème de ce que j'ai vécu petite parce que c'est à moi d'avancer* » (L107-L108)(P9),

- « *Ça allait pas mieux. Et c'est comme ça qu'après, je me suis dit, il va falloir que tu fasses quelque chose* » (L45-L46)(P12).

Le patient décidait également d'agir au bon moment : « *Mais il était temps que j'intervienne avant que j'aie plus mal* » (L256-257)(P4).

Etre acteur, c'est en partie **prendre soin de soi** :

- « *C'est en s'occupant de soi qu'on va mieux.* » (L307)(P7),

- « *Il faut que je mette quelque chose en place pour prendre soin de moi* » (L207)(P8).

Cette dernière notion semble englober plusieurs aspects, **s'occuper physiquement de son corps** : « *De se dire je vais faire quelque chose pour mon corps tous les jours* » (L142)(P7), et « **faire un travail sur soi** », désignant ainsi une attitude qui cherche à prendre du recul à

l'égard de lui-même, se regarder, analyser son fonctionnement pour induire des modifications bénéfiques sur la dépression :

- « *Je pense qu'on peut soigner la dépression que si on prend sur soi et qu'on fait un travail sur soi* » (L128-L129)(P12),
- « *Si on voilà on se pose pas certaines questions et tout ça je pense qu'on peut pas y arriver* » (L131-L132)(P12),
- « *J'ai travaillé sur moi-même* » (L304)(P7),
- « *J'ai intégré les changements aussi dans ma vie de tous les jours* » (L301-L302)(P7).

Les patients en adoptant un comportement responsable, admettaient qu'ils avaient besoin d'aide, faisaient des choix thérapeutiques et prenaient l'initiative de recourir aux spécialistes :

- « *Par rapport à cette fois que j'ai senti qu'il y avait des alternatives qui s'offraient à moi* » (L310-L311)(P11),
- « *Il faut que je l'aborde autrement pour m'en sortir certainement plus rapidement et plus forte encore* » (L342-L343)(P11),
- « *J'ai pris l'initiative donc en fait d'appeler un psychiatre* » (L46-L47)(P12),
- « *Bon voilà faut te faire aider* » (L248)(P12).

Représentation et positionnement du patient dans sa dépression/ Synthèse :

- L'origine de la dépression était représentée de façon multiple chez les patients, endogène et exogène avec parfois un facteur déclenchant.
- Les patients au cours de leur dépression apprenaient à identifier et à reconnaître les symptômes dépressifs qui leur sont propres. C'était pour eux un atout en terme de prévention de la récurrence. Ils accédaient à une compréhension des processus et des conséquences de la dépression, comme une perte de contrôle, une dissociation corps-esprit, une difficulté à prendre du recul etc., leur permettant d'avancer.
- Le diagnostic était parfois tardif, avec des symptômes latents ou apparaissant soudainement.
- Au-delà des symptômes, ils avaient conscience de l'évolution chronique et récurrente de leur dépression, qui leur permettait de rester vigilants et de réagir rapidement en conséquence en cas de récurrence.
- La notion de guérison était paradoxale chez certains patients, faisant apparaître une différence entre se sentir guéri et l'être réellement. Leur conception de la guérison était intimement liée à la prise du traitement psychotrope. La guérison pouvait être considérée comme celle de la maladie chronique ou de l'épisode dépressif.
- Les patients adoptaient un comportement responsable de par leurs attitudes :
 - en restant vigilant sur la survenue de potentiels symptômes dépressifs.
 - en ayant conscience du risque important de récurrence.
 - en participant à leur prise en charge, ils devenaient acteurs de leur santé. Ils prenaient soin d'eux et réalisaient « un travail sur eux-mêmes ».
 - en acceptant l'aide extérieure et en réalisant des choix thérapeutiques.
- Toutes les connaissances acquises par les patients sur leur dépression les rendaient experts de leur maladie.

3.3.2. Représentation de la médecine conventionnelle

3.3.2.1. Perceptions et expériences en médecine conventionnelle

3.3.2.1.1. Difficulté d'accès à la médecine conventionnelle

L'aspect financier était un frein au recours aux psychothérapeutes :

- « *Essayer de reprendre une psychothérapie sur Lyon. Mais financièrement ça devenait difficile* » (L124-L125)(P2),
- « *Je voulais pas prendre l'antidépresseur (...) En gros c'était ça ou j'allais voir une analyste. Une psychanalyste (...) mais c'est pas remboursé sauf que moi j'ai pas d'argent,* » (L194->L197)(P4).

P11 a été confronté au **délai de consultation** d'un spécialiste compromettant l'accessibilité à la médecine conventionnelle : « *Délai moyen pour avoir un rendez-vous chez un psychiatre, c'était trois mois. Je pouvais pas attendre trois mois* » (L203->L205)(P11).

3.3.2.1.2. La médecine conventionnelle, nécessaire et bénéfique

Les patients reconnaissaient les **bienfaits de la psychothérapie** dans leur prise en charge conventionnelle et le **bénéfice de la parole** :

- « *Ça m'a fait du bien de parler* » (L307)(P2).

Quand ils avaient accès à la psychothérapie, celle-ci prenait une **place importante** dans le parcours de soins du patient dépressif :

- « *Et ma psychologue – c'est pour ça qu'elle est d'un soutien énorme* » (L481-L482)(P2),
- « *La psychothérapie ça je pense que c'est important aussi.* » (L49)(P3).

Elle était efficace dans la **compréhension de sa dépression** :

- « *J'ai eu un suivi psychologie du travail, (...) ça c'était bien, ça m'a permis de comprendre où j'avais manqué d'alerte* » (L96->L97)(P7),
- « *Les ateliers de développement personnel m'ont apporté un étayage assez important* » (L235-L236)(P8).

Le **psychiatre** tenait également une **place importante et parfois suffisante** pour le patient qui ne ressentait pas le besoin de compléter sa prise en charge en ayant recours à des MNC, comme c'est le cas de P12 :

- « *J'ai arrêté l'acupuncture. Parce que le Docteur X me fait du bien.* » (L181)(P12),
- « *Avec le Docteur X, je sens que les choses évoluent donc du coup j'ai moins besoin d'aide en fait* » (L183-L184)(P12).

3.3.2.1.3. Ressentis négatifs à l'égard de la médecine conventionnelle

La médecine conventionnelle pouvait être à l'origine d'expériences négatives.

Concernant la dépression, la psychothérapie pouvait être inefficace :

- « *J'ai commencé une psychothérapie, ça n'a pas marché* » (L20)(P6),
- « *Qu'avec la psychologue que je voyais avant je, elle, je stagnais, y avait pas d'évolution* » (L182-L183)(P12).

Il pouvait s'agir d'une prise de recul concernant les soins conventionnels délivrés lors d'un épisode dépressif antérieur, avec un sentiment de passivité et le souhait d'agir de façon différente pour le nouvel épisode :

- « *En 95, je me suis trop rapidement retrouvée passive par rapport à ma dépression* » (L335-L336)(P11),
- « *C'est tout de suite sous traitement, et du coup j'ai pas eu le temps de réagir* » (L309-L310)(P11). Cette même patiente souhaitait également éviter les effets secondaires importants des traitements psychotropes : « *95 m'a permis que euh de voir physiquement à quoi je ressemblais ce vers quoi, je voulais pas aller.* » (L344-L345)(P11).

La médecine conventionnelle était délaissée par les patients dans plusieurs situations. Cela pouvait faire suite à un **échec thérapeutique** :

- « *J'ai beau prendre toutes les drogues possibles, y a rien qui me calme ma douleur* » (L251-L252)(P9),
- « *Parce que dans la médecine j'avais pas trouvé de solution* » (L250-L251)(P9), à un **effet secondaire délétère** d'un vaccin :
- « *Ma fille a été malade en 94 suite au vaccin de l'hépatite B. Elle a fait une démyélinisation* » (L18-L19)(P5), due à une **erreur diagnostique** :

- « *La médecine en fait toute mon enfance et mon adolescence, me disait que j'aurai jamais d'enfant (...) et j'ai vu que c'est faux* » (L213-L214)(P9),
- « *L'allergologue : « Ah ben non votre fille elle ne fait pas d'allergie au lait, elle ne fait pas d'intolérance au lait ». Et du coup on s'est dit ça mange pas de pain d'arrêter un mois le lait et puis on verra bien. Et ben en fait c'était ça* » (L415->L417)(P12), à une **perte de foi** dans la médecine conventionnelle suite à un évènement traumatisant :
- « *Ma sœur qui a toujours été très portée sur la médecine traditionnelle (...) de la voir partir comme ça d'un cancer en trois semaines, ça m'a quand même assez porté à réflexion* » (L137->L141)(P11).

3.3.2.1.4. Une perception positive du traitement psychotrope

Les patients reconnaissent **la nécessité et l'efficacité du traitement psychotrope**, pour la guérison de la dépression :

- « *Je pense que ma dépression elle est. Je l'aurai pas vaincu sans le Deroxat* » (L258-L259)(P1),
- « *J'ai commencé à prendre des médicaments, (...)tout est rentré dans l'ordre,(...)le traitement avait suffi* » (L25->L30)(P3),
- « *J'en suis toujours consciente qu'il faut que je continue mes cachets* » (L148)(P9).

A contrario des MNC, les bénéfiques du traitement se faisaient ressentir **plus rapidement** :

- « *Effectivement le traitement chimique m'a apporté, alors plus rapidement (...) je sens que ça me fait du bien intérieurement* » (L174-L175)(P11),
- « *Mis sous Miansérine, (...) Mais du coup ça m'a bien aidé* » (L58-L59)(P12).

Il n'y avait par moment **pas d'alternative possible** : « *Les médicaments ont fait que j'ai pas trouvé assez de force, à l'époque suffisamment pour pouvoir m'en sortir autrement* » (L294-L295)(P11).

Le traitement était perçu comme bénéfique, comme **une aide** qui sert de levier pour donner au patient **la force de se soigner** :

- « *Disons que j'ai écouté plus mon corps, j'étais plus attentive à ce qui se passe quoi* » (L143)(P4),
- « *Les antidépresseurs m'ont quand même aidé à faire la démarche d'aller dehors quoi.* » (L259-L260)(P4),

- « *Le traitement c'est une aide, c'est une canne. Mais ça doit pas remplacer la volonté personnelle* » (L357-L358)(P11),
- « *Tout ça, ça m'a posé, Miansérine* » (L67-L68)(P12).

Il pouvait être considéré comme **une « béquille »** :

- « *J'ai besoin d'un support d'où le traitement mais à dosage modéré* » (L356)(P11) et soulage certains symptômes de la dépression :
- « *À m'énerver moins facilement, ouais et à perdre le contrôle des choses moins facilement.* » (L316-L317)(P9),
- « *Les médicaments ils vont juste aider à prendre du recul et à se poser* » (L130-L131)(P12).

Pour P5, **se médicaliser était rassurant** :

- « *Je suis quand même un petit peu, comment dire très attachée aux médicaments car j'en ai beaucoup* » (L112-L113)(P5),
- « *Je pense que je suis un peu hypochondriaque moi les médicaments ça ne me fait pas peur* » (L223)(P5).

Cet aspect de la médicalisation était abordé par P12, qui bien qu'elle doutait de l'action pharmacologique du traitement médicamenteux, en avait ressenti les effets bénéfiques : « *Alors peut-être que c'était un effet placebo, j'en sais rien mais en tout cas, ça m'a bien aidé de savoir que c'était quelque chose qui me.* » (L59-L61)(P12).

3.3.2.1.5. Représentation et vécu négatif du traitement psychotrope

Bien qu'ils n'étaient pas attirés par les traitements allopathiques, certains patients s'étaient sentis **contraints** de prendre des traitements psychotropes :

- « *Ces médicaments j'ai eu du mal à les prendre* » (L65)(P1),
- « *J'ai mis quelques semaines encore parce que l'idée de me médicaliser ça me plaisait vraiment vraiment pas* » (L67-L68)(P1),
- « *Je ne suis pas pour les médicaments. Malheureusement j'en prends encore* » (L188-L189)(P6).

Accepter le traitement était difficile et pouvait être une source de **culpabilité** comme nous l'a confié P9 : « *J'en suis pour moi coupable de prendre des médicaments si longtemps* » (L476-L477)(P9).

La prise médicamenteuse était freinée par de nombreux **effets indésirables**. Parmi ces derniers, les patients rapportaient une **somnolence**, « *Et j'étais fatigué, les médicaments avaient commencé à. Je voyais pas net, j'étais pas bien* » (L196-L197)(P2), **une prise de poids**, « *J'avais beaucoup grossi quand j'étais sous antidépresseur, sous Séroplex enfin pas grossi mais gonflé et ça, ça me gênait* » (L313-L314)(P3), « *J'ai énormément grossi* » (L296)(P11) et une **dépendance** importante, « *J'avais été mise sous anxiolytique sauf que je suis devenue un peu dépendante* » (L172)(P4), « *Une période de sevrage très difficile* » (L301-L302)(P11).

Les patients étaient conscients de cette dépendance et de la nécessité de poursuivre le traitement sur une longue durée avec un **risque de rechute** en cas d'arrêt :

- « *Et ça fait sept ans que je prends du Deroxat (sourire), avec un moment donné j'ai réussi à arrêter, puis ça a redémarré trop fort donc voilà.* » (L70)(P1),
- « *J'ai toujours la volonté d'arrêter je crois que ça c'est un. Mais clairement très compliqué à arrêter* » (L131-L132)(P1),
- « *Je vois bien que je peux pas les enlever comme ça tout de suite.* » (L477-L478)(P9).

Le traitement psychotrope pouvait être perçu comme **un bien pour un mal**, en soignant les troubles thymiques il peut dérégler d'autres organes et être ainsi **délétère** pour la santé :

- « *Alors le recul qu'il m'a été donné sur les produits chimiques, (...) je veux pas tomber dans cette spirale qui peut (...) déranger entre guillemets d'autres pathologies internes* » (L186-L189)(P3),
- « *On peut réguler la dépression grâce à des traitements chimiques mais on peut aussi à cause de ces traitements-là, dérégler (...) certains organes et puis peut-être déclencher dans la foulée des cancers ou des choses comme ça.* » (L189->L192)(P3).

Certains patients percevaient le traitement **comme une drogue, un poison, nuisible et dangereux pour la santé** :

- « *Sous Temesta. J'étais beaucoup sous drogue* » (L36)(P5),
- « *Je pense que ce sont des poisons* » (L169)(P6),
- « *Les médicaments c'est mauvais pour la santé* » (L474-L475)(P9),
- « *On se pourrit pas la vie avec des médicaments* » (L280-L281)(P11).

Plusieurs patients se représentaient le traitement comme une « **une camisole psychique** » (L104)(P10), qui les empêchait d'être en pleine possession de leurs moyens :

- « *Je suis en plein travail sur moi j'ai pas envie de mettre le couvercle dessus* » (L105-L106)(P10),
- « *Les médicaments annihilent (...) votre volonté elle est faussée* » (L349-L350)(P11).

Pour certains patients, le traitement soulageait les symptômes mais **ne soignait pas la cause de la dépression** :

- « *Malheureusement les médicaments ça vous masque le mal* » (L309)(P9),
- « *Les médicaments endorment un peu le truc et puis finalement on traite pas les problèmes* » (L110- L111)(P10).

Du fait des représentations et vécus négatifs du traitement psychotrope, certains patients le considéraient **en opposition avec une démarche naturelle** :

- « *Je ne suis pas spontanément portée sur la médecine, on va dire chimique* » (L135-L136)(P11),
- « *Si on peut trouver euh quelque chose de plus naturel et pour le corps de moins intrusif* »L136-L137)(P11).

Perceptions et Expériences en médecine conventionnelle/ Synthèse :

- Certains freins à l'accès à la psychothérapie et aux spécialistes psychiatres ont été identifiés par les patients : l'aspect financier et le délai de consultation.
- La psychothérapie était jugée efficace par certains patients.
- Les patients pouvaient être déçus par la médecine conventionnelle ; d'une part par rapport à un EDM antérieur pour lequel les patients souhaitaient une prise en charge différente et d'autre part du fait d'expériences négatives en médecine conventionnelle vécues par eux-mêmes ou à travers celles de proches : effets indésirables des médicaments, échecs thérapeutiques, erreurs diagnostiques, etc. Ces expériences amenaient les patients à réfléchir à une prise en charge complémentaire en dehors de la médecine conventionnelle.

- Le traitement psychotrope véhiculait une image négative chez beaucoup de patients. Ce traitement contraignant, long, était perçu comme nuisible et dangereux pour la santé, avec une dépendance et de nombreux effets indésirables tels que la prise de poids, la somnolence. La médication était considérée comme « une camisole psychique » empêchant le patient de réellement soigner sa dépression et en opposition avec une démarche naturelle.
- Tous ces effets négatifs étaient à mettre en balance avec les effets positifs ressentis par les patients. Le traitement pouvait servir de béquille, de levier, une sorte de coup de pouce pour leur donner la force de se soigner et devenir acteur de leur santé. Il présentait un aspect rassurant.

3.3.2.2. Relation médecin-patient dans la dépression

3.3.2.2.1. Le rôle du médecin : les attentes du patient

Le récit des patients dépressifs comprenait le déroulement, le diagnostic, le suivi, le traitement, etc. de leur maladie. Au cours de leur narration, il est apparu que le médecin généraliste et le psychiatre détenaient une place centrale dans leur dépression. Les patients exprimaient des attentes bien définies et se faisaient une idée bien précise du rôle que doit tenir le médecin généraliste et/ou le psychiatre dans sa dépression.

Le médecin **réalisait un diagnostic** de dépression :

- « *C'est vraiment le médecin qui a dû faire un diagnostic* » (L43)(P4),
- « *C'est par mon médecin effectivement et qui a fait que je me suis dit, ok (...) c'est vraiment de ça dont je souffre* » (L81->L83)(P10).

Il aidait les patients à **accepter** le diagnostic et la prise en charge en expliquant le mécanisme, « *Le fait que ça m'ai été présenté comme ça, m'a permis de, d'être en accord avec ce traitement* » (L91-L92)(P10).

Les patients pouvaient être déçus par le défaut de diagnostic et l'absence de prise en charge par le médecin : « *Mon médecin généraliste ne l'a pas pris très au sérieux* » (L78)(P12).

Pour les patients, le médecin généraliste était identifié avant tout comme quelqu'un qui **oriente** vers le spécialiste psychiatre. Certains avaient pu être déçus de ne pas avoir été bien orientés au bon moment :

- « *C'est-à-dire un mec qui au lieu de me diriger vers quelqu'un de plus compétent -moi c'est ce que j'attend d'un médecin généraliste* » (L139->L141)(P1),
- « *Je reproche entre guillemet c'est quand il (son médecin traitant) m'a vu, de me dire « je vous envoie vers un psychiatre* » (L426-L427)(P2).

Mais d'autres étaient satisfaits de leur orientation :

- « *Il a beaucoup de très bons référents* » (L128-L129)(P5),
- « *C'est vraiment le médecin qui a dû faire un diagnostic et m'a envoyé vers un psychiatre* » (L43-L44)(P4).

Parce qu'il est le seul à pouvoir le faire, le médecin suivant la dépression était le **prescripteur** des traitements psychotropes :

- « *J'ai déménagé (...) j'ai plus vu cette psychiatre, et c'est pour ça que je suis venue voir le Docteur X.(médecin traitant) pour qu'elle puisse continuer les prescriptions* » (L123-L124)(P1),
- « *Le psychiatre lui il était là normalement pour les médicaments* » (L468)(P2),
- « *Mon attente par rapport au médecin (...) plutôt par rapport au traitement médicamenteux* » (L218-L219)(P8),
- « *Elle (médecin traitant) me dit : « Ben là, faut que tu augmentes les doses ». C'est son job* » (L196- L197)(P11).

Les patients attendaient du médecin, de par son objectivité et ses compétences médicales, qu'il soit **vigilant sur une potentielle récurrence ou rechute**. Cet œil avisé **rassurait** les patients :

- « *Elle me dit, voilà j'ai besoin d'être rassuré de savoir si je refais pas un Burn Out* » (L101-L102)(P3),
- « *La voir régulièrement ça me permet justement, enfin c'est mon garde fou* » (L191->L192)(P11),
- « *Elle voit ce que moi je vois pas sur le fait que je me mette en danger* » (L195-L196)(P11).

Le médecin avait un rôle important dans le suivi de la dépression et intervenait de façon appropriée : « Et quand elle me voit pas évoluer c'est elle qui prend les rennes de dire, tu prends » (L199)(P11).

3.3.2.2.2. Place du médecin généraliste et du psychiatre

Le psychiatre et le médecin généraliste avaient pour certains patients **chacun leur place** dans la dépression, « C'est comme si dans ma tête et ben maintenant y avait les généralistes, les psychiatres et voilà » (L351-L352)(P1).

La prise en charge du psychiatre était présentée comme spécifique et efficace :

- « Que j'ai vu le psychiatre, ça a été mieux » (L442)(P2),
- « Y a une autre matière qui est travaillée (avec le psychiatre) » (L444-L445)(P10)

Pour P3, le **premier recours** dans un contexte de dépression devait être le psychiatre, « Mon premier conseil c'est qu'elle aille voir un psychiatre » (L235)(P3).

Pour P5, le médecin généraliste **soignait uniquement le corps physique** : « Il voulait absolument me recevoir pour parler, et j'ai jamais pu vraiment parler à un médecin traitant pour moi un médecin me soigne » (L125-L126)(P5).

3.3.2.2.3. Rôle du médecin dans le recours des patients aux MNC

Selon P11, de par ses compétences, le médecin était le plus apte à guider le patient dans son parcours de soin. Il savait quand **la maladie dépasse les compétences et les capacités de la médecine non conventionnelle** et doit être prise en charge par la médecine conventionnelle :

- « Le fait de dire que l'acupuncture c'était bien mais que ça suffisait pas et qu'il fallait aussi (...) une aide médicamenteuse, c'est vrai que y avait qu'elle qui pouvait, on va dire, avoir cette attitude » (L59->L62)(P11),
- « Elle est vigilante (...) quand l'acupuncture ne répond pas suffisamment rapidement à un état euh dépressif dangereux pour moi » (L189->L191)(P11).

Pour satisfaire à cette exigence, une **connaissance minimale sur les MNC** par le médecin serait ressentie comme plus sécurisante par le patient, comme nous l'explique P10 :

- « *Si y a des interactions négatives, enfin dangereuses, j'en sais rien moi qu'il y ait une petite connaissance là-dessus. Je trouverais ça plutôt intéressant, rassurant.* » (L438->L440)(P10),
- « *Pourquoi pas avoir de l'information en face (...) un minimum de connaissance sur ce que ça peut apporter, les huiles essentielles, à quel niveau ça joue* » (L435-L436)(P10).

Le patient souhaiterait que le médecin adopte **une approche globale et intègre les MNC** dans sa prise en charge, **en les proposant** ouvertement :

- « *Y a pas que le médicament qui est utile* » (L224-L225)(P7),
- « *Qu'elle avait une approche plutôt globale* » (L225)(P7),
- « *(Le sport), C'est quelque chose qu'on devrait proposer systématiquement* » (L339-L340)(P8),
- « *Le médecin le(les MNC) présente mais comme quelque chose qui pourrait vraiment l'aider.* » (L383-L384)(P12),
- « *Qu'il l(MNC)'exprime comme quelque chose de rationnel* » (L393)(P12).

3.3.2.2.4. Importance d'une relation humaine de qualité

Pour adhérer à la prise en charge, le patient avait besoin de se sentir en **confiance** avec le médecin et le thérapeute des MNC :

- « *C'est quelqu'un en qui je fais confiance et c'est vrai que pour moi c'est important*» (L262-L263)(P5),
- « *J'allais vers elle pour d'autres raisons, parce que j'ai tout à fait confiance en elle en terme de diagnostic* » (L426-L427)(P10),
- « *C'est une confiance et une complémentarité* » (L197)(P11),
- « *J'ai énormément confiance en ces deux dames (ostéopathe et magnétiseuse)*» (L260)(P9).

Aussi, le patient souhaitait **partager les décisions** du médecin : « *J'aime bien comment elle voit l'affaire* » (L144)(P1), et ses **convictions** : « *Je ne suis plus allée le voir parce que d'abord il était pro-vaccination alors que moi j'étais contre* » (L103-L104)(P5).

L'**aspect affectif** dans la relation avec le médecin était propice à la confiance :

- « *Je la sens bien, c'est quelqu'un que déjà j'aime beaucoup, c'est pour ça que je me suis sentie de lui en parler*» (L143-L144)(P1),

- « J'avais demandé à ma gynéco que j'aime beaucoup un nom » (L51)(P1).

Ainsi P1 avait besoin d'un lien affectif et d'approuver la professeur de Yoga pour adhérer à sa pratique, « Cette prof était vraiment vraiment géniale,(...) elle était vraiment chouette, j'adorais comment elle touchait, comment elle venait vous replacer » (L169->L171)(P1).

Pour P5, ce lien était ressenti comme de la **complicité** : « On a cette petite complicité »(L272)(P5).

3.3.2.2.5. Une écoute et un accompagnement privilégiés par les patients

Pour certains patients, le dialogue avec leur médecin leur a apporté à tous les deux une meilleure **connaissance et évaluation du positionnement du patient dans sa dépression** :

- « On n'en a pas parlé, avec le Docteur X. (médecin traitant) on en a parlé mais plus voilà de pourquoi c'était arrivé cette dépression » (L249-L250)(P1),

- « Qu'elle avait envie de me faire parler pour voir si je posais des mots sur les choses, si j'étais à peu près claire avec ce qui m'était arrivé ce qui continuait de m'arriver » (L251->L253)(P1),

- « Elle m'a beaucoup rassurée par rapport au traitement » (L82-L83)(P7),

- « M'aider à mettre des mots sur les choses » (L86)(P7).

Pour P12, l'accompagnement de son médecin lui a permis **de progresser dans le traitement de sa maladie** : « J'ai l'impression d'avancer avec lui » (L182)(P12).

Le patient attendait du médecin une écoute, « J'attends qu'il soit à l'écoute » (L320)(P6), et plus particulièrement **une écoute active**, « D'être écoutée ça fait du bien, et puis d'être entendue » (L350-L351)(P6).

Cette écoute impliquait que le médecin y consacre du **temps** :

- « Elle a été très à l'écoute » (L83)(P7),

- « C'était un suivi qui était très régulier et elle avait du temps à me consacrer » (L217)(P7).

Le rôle de cette écoute était **d'accompagner le patient dans sa dépression**, de le soutenir :

- « Elle est accompagnante dans son écoute » (L137-L138)(P9),

- « Un rôle de soutien » (L76)(P10),

- « Déjà une écoute, elle m'a bien accompagné » (L58)(P11),

- « Elle (médecin traitant) m'écoute, elle résoudra pas mon problème mais elle m'écoute » (L137)(P9).

Pour P1, le **temps d'écoute** que son médecin pouvait lui consacrer **n'était pas suffisant** : « Pour moi le Docteur X. (médecin traitant). était pas quelqu'un à qui je pouvais prendre du temps pour parler, même si c'est quelqu'un qui prend énormément de temps pour parler » (L349->L351)(P1).

Le médecin donnait des **conseils** pour accompagner le patient dans sa prise en charge :

- « Une écoute et puis des conseils » (L340)(P6),
- « Elle a été de très bon conseil par rapport à ma prise en charge » (L90)(P7).

Les attentes et ressentis des patients, concernant l'accompagnement et l'écoute des médecins vis à vis des médecines non conventionnelles, étaient multiples.

Le médecin pouvait être informé et approuver la prise en charge non conventionnelle mais **sans s'y investir** :

- « Euh je lui en avais parlé (millepertuis) une fois elle m'avait dit : « Oui très bien, essayez ». » (L208)(P3),
- « C'est pas un truc qui l'intéresse » (L414)(P10).

Les patients attendaient de leur médecin **qu'il entende leur recours et leur pratique aux MNC**, qu'il soit informé **sans porter de jugement** :

- « Un médecin qui vous écoute et qui vous prend pas pour un clown parce que vous avez recours à ce genre de médecine » (L343-L344)(P9),
- « Pour moi c'est bien d'avoir un médecin qui entende qu'on fait ça » (L435)(P9),
- « J'aurai aimé en tout cas qu'il y ait une écoute par rapport à ça » (L423)(P10),
- « Je préférerais être entendu par rapport à toutes ces démarches » (L429)(P10),
- « X (médecin traitant), même pas je lui en parle, elle va me renvoyer dans mes retranchements si je lui dis que les fleurs de Bach » (L404-L406)(P12).

P12 nous confiait la **peur du jugement** de son médecin, raison pour laquelle elle avait caché jusqu'ici son recours aux MNC : « Je lui (psychiatre) ai dit : « Mais je pensais pas, mais je pense que c'est pas trop dans votre univers tout ça ». » (L355-L356)(P12), « J'ai compris que c'était des choses qui l'intéressaient, même si en tant que psychiatre on ne peut pas prescrire des fleurs de Bach » (L358-L359)(P12).

L'attente des patients pouvait être plus exigeante et souhaiter du médecin qu'il **les oriente, les incite et les accompagne de façon active** dans leur pratique :

- « *Par contre avec cette nouvelle psychiatre puisqu'il y a eu quatre ans, que j'ai arrêté de faire du sport, là je lui en ai parlé* » (L151->L153)(P4),
- « *Prise en charge activité physique enfin peut-être que j'aurai attendu qu'elle me secoue plus* » (L219-L220)(P8).

P4 ne ressentait pas le besoin d'en parler à son médecin puisqu'elle pratiquait déjà le sport : « *Je lui en parlais pas parce que de toute façon j'avais jamais vraiment arrêté le sport* » (L150-L151)(P4).

Enfin, P9 souhaiterait que la médecine conventionnelle **reconnaisse** la médecine non conventionnelle et que celles-ci **coopèrent** :

- « *Simplement qu'ils s'écoutent entre eux* » (L336)(P9),
- « *Mon souhait (...) ce serait que les deux médecines puissent se rapprocher et puissent travailler ensemble, (...) juste pour accompagner le patient* » (L419-L421)(P9),
- « *Pouvoir croire que cette autre médecine puisse aussi exister et marcher* » (L422-L423)(P9).

3.3.2.2.6. Un patient autonome

Le patient agissait de façon autonome en **choisissant et en gérant ses soins sans systématiquement avoir recours à son médecin.**

Il pouvait s'agir de la **gestion de son traitement** : « *Elle trouvait que c'était bien, quoi que j'avais l'air vraiment de gérer l'affaire et que j'avais bien compris* » (L124-L125)(P1), « *C'est moi qui lui ai demandé à ce qu'il me mette un peu sous antidépresseur* » (L51-L52)(P12), « *Se soigner de façon autonome sans avoir recours au médecin forcément.* » (L592-L593)(P10), du **choix de recourir à un spécialiste** : « *Après si je sens que des fois je me dis que ce serait bien (...) d'aller voir un psychanalyste ou un psychiatre (...) et puis je crois que vraiment si j'avais un besoin absolu j'irai, je me démerderai* » (L144->L147)(P1), ou à **une psychothérapeute** : « *Je suis beaucoup allée chercher de l'aide au niveau psychothérapeutique* » (L61-L62)(P10).

La relation Médecin-patient dans la dépression et le recours aux MNC/ Synthèse

- Le médecin généraliste était avant tout celui qui pose le diagnostic, prescrit le traitement psychotrope et oriente vers les spécialistes. Pour certains patients, le psychiatre et le médecin généraliste avaient chacun un rôle bien défini et différent, l'un pour le corps, l'autre pour l'esprit.
- Le rôle du médecin était primordial dans le suivi des patients dépressifs, il les accompagnait tout au long de leur dépression et les rassurait en restant vigilant quant à une possible rechute ou récurrence.
- Le médecin, de par ses compétences, était le plus apte à guider le patient dépressif dans son parcours de soin. Celui-ci attendait du médecin qu'il l'alerte quand les MNC seules ne suffisent plus ou qu'il s'expose à des interactions avec le traitement psychotrope. Il apparaissait donc utile que le médecin possède des connaissances minimales sur les MNC. Les patients souhaiteraient que le médecin intègre et propose des MNC dans sa prise en charge et qu'elle devienne ainsi plus globale.
- Les patients avaient besoin de se sentir en confiance, d'être en accord avec les décisions et convictions personnelles du médecin, et parfois d'établir un lien affectif avec celui-ci afin d'adhérer à sa prise en charge.
- L'écoute du médecin était très importante pour les patients qui en étaient satisfaits. Celle-ci devait être active, afin qu'ils puissent être accompagnés et progresser dans l'approche de leur dépression. L'écoute était souvent liée au temps consacré par le médecin au patient.
- Les patients souhaitaient que le médecin entende et comprenne leur recours aux MNC sans porter de jugement négatif. Si certains ne ressentaient pas le besoin de parler de leur pratique, d'autres souhaitaient y être incités et accompagnés de façon active. Le patient aimerait une entente et une coopération entre ces deux médecines.
- Les patients en gérant seul leur traitement et en prenant l'initiative de recourir à un

psychiatre et/ou à un psychothérapeute, adoptaient un comportement autonome par rapport à son médecin.

3.3.3. Thérapies non conventionnelles

3.3.3.1. Représentation des MNC

3.3.3.1.1. Représentations multiples des mécanismes d'action des MNC

Quelle que soit la méthode utilisée, la notion d'**énergie** était souvent citée dans la description des MNC. Accessible par la pratique des MNC, cette énergie gardait un aspect **mystérieux** :

- « *On maîtrise moins au niveau rationnel pour essayer de voir au niveau de l'énergie* » (L194-L195)(P10).

Il peut s'agir de courants d'énergie **ressentis physiquement** :

- « *À force de pratiquer je sens des courants d'énergie qui circulent dans le corps.* » (L320-L321)(P2), ou de forces récupérées, comme une **batterie** qu'on rechargerait :

- « *Elle m'a remonté l'énergie* » (L263)(P9).

L'énergie pouvait également être un concept abstrait. Comme en médecine traditionnelle chinoise, la maladie correspondait à un **déséquilibre des énergies** dans le corps, accessible aux MNC :

- « *Les acupuncteurs ils nous disent,(...) une histoire d'énergie je crois qu'il faut baisser les énergies à l'automne et les réaugmenter au printemps* » (L282-L285)(P3),

- « *C'est ça l'acupuncture, ils appuient sur des points d'énergie, et en fait, ça sort comme ça* » (L188-L189)(P12),

- « *D'après ce que je lui dis et bien elle fait circuler elle touche* » (PBA)(L228-L229)(P6),

- « *L'énergie qui est bloquée* » (L200)(P7).

La **respiration** était souvent citée par les patients.

La respiration était un des éléments travaillés dans les exercices de yoga et permettait d'agir sur les organes internes :

- « *Le truc qui a été primordial je pense c'est la respiration, parce que c'est vraiment basé sur la respiration* » (yoga) (L165->L166)(P2),

- « *La façon de respirer parce que le Yoga en soi c'est pas que de la zénitude, c'est aussi masser les organes intérieurs à travers certaines postures, c'est aussi corriger des postures et des organes à travers ce qu'on nous fait faire à travers la respiration mais aussi la gestuelle, les mouvements* » (L124-L127)(P3).

Pour P11, le sport permettait par la récupération d'une **respiration consciente**, un bénéfice pour le corps, une relaxation :

- « *Faut vraiment que je sorte fatiguée et là j'ai lâché nerveusement, j'ai respiré, parce que on s'aperçoit qu'on respire pas correctement.* » (L236->L238)(P11),

- « *Quand on va dans l'effort, on est obligé de à un moment donné de respirer profondément et de lâcher et de là c'est bénéfique* » (L238->L240)(P11).

L'effet placebo des MNC était relevé par deux patientes :

- « *Alors après y a peut-être un effet placebo mais j'en sais rien peut-être le fait de me dire j'ai encore une béquille parce que les antidépresseurs ça agit effectivement* » (L311-L313)(P3),

- « *Peu importe moi je m'en fous même si c'est placebo, je m'en fous tant que ça marche* » (L385-L386)(P10).

De nombreux étirements, bénéfiques physiquement pour le patient, étaient réalisés par les exercices de Yoga :

- « *Le yoga permet de détendre les muscles mais aussi d'étirer les ligaments* » (L274-L275)(P3).

Pour les patients, les MNC agissaient **directement sur l'origine de la souffrance**, en travaillant sur le corps :

- « *L'auriculothérapie aussi. (...) il passe ses aimants sur le corps sur les oreilles, (...)il voit ce qui va et ce qui ne va pas et il régularise grâce à des pierres semi précieuses* » (L345-L349)(P3),

- « *Elle travaille sur ce qui va pas* »(PBA) (L232-L233)(P6), et **l'évacuer** :

- « *Il faut faire ressortir le mal pour s'en séparer* » (L308)(P9),

- « *En posant ses mains à des endroits (...) nous permet de faire ressortir des choses du passé* » (L189-L191)(P9),
- « *On a l'impression, d'être, d'avoir vidé notre corps des impuretés* » (L107-L108)(P4).

Selon P7, les MNC permettaient de **retrouver un équilibre** : « *C'était surtout ça qui m'a permis de me recentrer et puis les postures, de retrouver un centrage intérieur, de retrouver de l'équilibre* » (L177-L179)(P7).

P2 insistait sur la nécessité d'une pratique régulière, de toute une vie pour en tirer des bénéfices :

« *Le yoga si vous voulez euh comment dire c'est pas une séance, deux séances ce sont des années, qui se sont accumulées derrière, qui ont fait que voilà* » (L275->L277)(P2).

Le physique étant lié au mental, P11 soulignait le renforcement de la volonté par la réalisation d'un effort physique : « *Le sport c'est aller chercher l'effort physique, mais pour qu'il soit physique déjà il faut qu'il soit mental* » (L318-L319)(P11).

3.3.3.1.2. Aspect philosophique

L'**aspect religieux** des MNC était présent dans la représentation des MNC chez les patients : « *Elle s'est défaite de pleins de trucs au niveau religieux, du coup elle s'est ouverte à des dimensions comme ça spirituelles* » (L519-L521)(P10).

Cette influence religieuse sur la pratique pouvait de prime abord freiner le recours à ces MNC : « *Mais le yoga me semblait être un truc euh. Un peu trop mystique* » (L221)(P1).

Les patients ne recherchaient pas seulement les bénéfices physiques et mentaux, mais également **une façon de penser et de vivre**, proposée par certaines MNC :

- « *Parce que maintenant plus ça va, plus le yoga – avant c'était un bien-être, des postures, des machins - après maintenant j'ai envie de un peu la philosophie parce que ça me fait changer quelque part* » (L495-L497)(P2),
- « *Pour moi c'est vrai que le sport c'est la base d'une vie* » (L244-L245)(P11).

Les MNC renvoyaient au patient l'image d'une meilleure **hygiène de vie** : « *Toutes ces histoires d'homéopathie et tout (...) et puis aussi une hygiène de vie plus importante* » (L242-

L243)(P1) et d'un **équilibre** : « *C'est cher, ça fait quoi quand même dix euros le cours, mais je pense que c'est lié à un équilibre* » (L226-L227)(P3).

Elles apprenaient à vivre dans **l'instant présent** : « *Le yoga il m'avait dit il y a un instant présent c'est maintenant qu'on vit c'est pas. C'est un truc qui m'est vraiment resté on vit dans l'instant présent* » (L169-> L 171)(P2).

La pensée positive était prônée par certaines pratiques de méditation : « *C'est vraiment l'histoire de la pensée positive, on envoie que des choses bonnes, on visualise que des trucs très positifs* » (L207->L209)(P10)

Les MNC permettaient d'identifier les **dysfonctionnements psychiques afin de les restaurer** :

- « *L'idée de la fleur de Bach c'est ça qu'on arrive à mettre des noms sur toutes nos émotions et après on choisit les fleurs ensemble qui vont réparer ces émotions* » (L358-L360)(P1)

Les patients percevaient certaines MNC comme **mystérieuses** avec un mécanisme et une action qu'il ne s'explique pas : « *Je suis allée vers quelque chose d'un peu plus paranormal on va dire* » (L193-L194)(P10). Sous tendu par cet aspect mystérieux, elles apparaissaient **magiques** aux yeux de patients :

- « *J'ai préféré arrêté parce qu'il y avait pas non plus de solution miracle* » (L281-L282)(P9),

- « *Ce que j'en attendais de la magie* » (L189)(P10).

3.3.3.1.3. Le thérapeute

Le thérapeute non conventionnel était perçu comme un **devin** : « *Parce que des personnes (l'auriculothérapeute/rebouteux) comme ça on attend qu'ils devinent alors on aiguille mais on attend d'eux plus que leur pratique* » (L371-L372)(P3), une personne qui **perçoit la nature même du patient et l'origine du mal-être** :

- « *Ce que je sens, c'est qu'il cerne les problèmes. A travers ces outils là et ça ça me rassure* » (L355-L356)(P3),

- « *D'avoir un miroir comme ça qui vous parle en fait de ce qui vous montre ce que vous êtes au plus profond de vous sans que vous ayez quasiment rien dit de vous quoi* » (L169->L171)(P10).

Pour le patient, si le thérapeute pouvait découvrir de façon précise l'origine du mal-être, il était compétent pour le soigner : « *S'il sait d'où viennent les problèmes il sait forcément les résoudre.* » (L355-L357)(P3).

Le thérapeute **personnalisait son soin** : « *Des formules de base qu'il a en fonction des critères qu'il voit chez les gens, puis après, il les adapte en fonction de la personne, de son profil* » (L102-L104)(P12).

Représentations des MNC / Synthèse

- Les mécanismes d'actions des MNC étaient largement évoqués par les patients, ainsi que le travail sur les énergies en tant que fluides ou en tant que forces et sur la respiration. Selon les patients, les MNC permettaient d'évacuer de l'organisme « les problèmes » et d'améliorer leur état de santé. Certains avaient mentionné l'effet placebo.
- Certains patients avaient une vision religieuse et magique des MNC. Elles proposeraient au-delà du soin, un mode de vie et de pensée apportant au patient une prise en charge holistique : avoir une meilleure hygiène de vie, un équilibre, vivre à l'instant présent etc.
- Le thérapeute non conventionnel pouvait être perçu comme un devin. Le patient avait le sentiment de pouvoir être guéri par le thérapeute si celui-ci découvrait l'origine du « problème ». La prise en charge personnalisée et globale proposée par le thérapeute, séduisait les patients.

3.3.3.2. Mode d'entrée dans les MNC

3.3.3.2.1. Profil socio-culturel

Plusieurs profils se dessinaient chez les patients, influençant le recours aux MNC, « *Je suis assez réceptive aussi à toutes ces choses-là* » (L251)(P12).

P6 rejetait la société de consommation : « *Il me donne une littérature avec derrière laboratoire machin alors moi je me dis, laboratoire machin qui fait la pub ça me plaît moyen* » (L176->L178)(P6).

L'habitude familiale, y compris dans l'enfance, pouvait disposer le patient à avoir recours aux MNC, « *Effectivement y a peut-être une fidélité à ce que j'ai eu reçu par ma famille* » (L357)(P10).

Certains patients pratiquaient déjà une activité physique avant la dépression :

- « *J'ai vraiment été une très bonne sportive* » (L153)(P7),
- « *Je fais du sport. J'en ai toujours fait* » (L218)(P11) ou évoluaient dans un milieu sportif,
- « *Parce que je travaille avec des profs d'activité physique adaptée* » (L122-L123)(P8),
- « *Je passe ma vie, une partie de mon temps à conseiller à mes patients de faire une activité physique* » (L123-L124)(P8).

Certains patients valorisaient la **nature**, en lui **attribuant un pouvoir de guérison** :

- « *J'ai toujours été un peu comme ça. Quand mes enfants étaient malades, euh ils avaient trente-huit cinq, je courrais pas tout de suite chez le médecin. J'attendais parce que voilà, il faut laisser le corps s'exprimer* » (L147->L150)(P11),
- « *Le corps il a ce qu'il faut, mais il faut lui laisser la place* » (L352-L353)(P11), ou encore en ayant un mode de vie et un comportement **respectueux de l'environnement** :
- « *Je suis sensible à toutes ces. Oui oui, l'alimentation, bio, la diététique* » (L157-L158)(P12).

3.3.3.2.2. Élément intermédiaire

L'élément intermédiaire correspond à la personne ou l'objet qui a suggéré voire incité le patient à recourir aux MNC.

- Nécessité d'un élément intermédiaire

Pour P8, l'élément intermédiaire était nécessaire : « *J'ai besoin de quelqu'un qui me pousse un peu pour faire de l'activité physique* » (L154-L155)(P8).

- L'entourage

Il pouvait s'agir **d'amis ou de connaissances** qui incitaient et conseillaient une pratique :

- « *Alors l'acupuncture, j'avais euh. La prof de piano de mes enfants qui me voyait dans un sale état et qui m'a dit : « Essaie le docteur F. »* » (L151-L152)(P3),

- « *Par le biais d'amis* » (L174-L175)(P12),

- « *J'ai une copine dentiste en fait qui est à fond dans ces méthodes là(...) c'est elle qui m'a donné l'adresse de Madame X, qui travaille avec les fleurs de Bach.* » (L239->L243)(P12).

La proposition était renforcée par la **promesse d'une efficacité** :

- « *Ce copain arrêtait pas de me dire : « Viens, ça fait du bien, viens ça fait du bien »* » (L218)(P1),

- « *C'est une amie (...) et j'ai rencontré une personne(...) elle m'avait dit qu'elle en faisait (de la sophrologie) que ça l'aidait un petit peu* » (L265->L269)(P6).

Le **bouche à oreille** était également présent : « *Ça circule beaucoup tout ça, donc en en parlant avec des gens qui m'ont effectivement filé l'adresse* » (L219-L220)(P10).

- La famille

Les membres de la famille pouvaient favoriser le recours aux MNC, **le conjoint** :

- « *Elle (sa femme) a su me motiver pour faire du yoga* » (L348-L349)(P2), **la mère** :

- « *Quand j'étais jeune et que ça n'allait pas, ma mère, c'était le seul moyen (course à pied) qu'elle avait trouvé pour me faire parler (...) comme elle courait (...) une sorte de médiation.* » (L87->L90)(P4),

- « J'en ai fait quand j'étais même, ma mère m'emmenait dans des cours de yoga » (L271-L272)(P10), **la sœur** :

- « C'est ma petite sœur qui est kiné qui m'avait envoyé tout de suite dès qu'A. a eu des allergies » (L204-L205)(P9).

- Le travail

L'environnement professionnel pouvait être le lieu d'échanges **sur les MNC** :

- « Parce que je me souviens j'avais un collègue qui me conseillait pour ma femme d'aller faire du yoga parce qu'elle avait peur sur les skis » (L150-L151)(P2),

- « C'est aussi parce que j'étais motivée par une collègue pour qu'on commence l'activité ensemble » (L121-L122)(P8).

L'entreprise pouvait être à l'origine de la **proposition et du lieu de la pratique** de MNC :

- « Étaient donnés entre midi et deux, dans la société où je travaille, des cours de Yoga » (L116-L117)(P3),

- « J'ai vraiment découvert le yoga avec la médecine du travail de chez B.. Chez eux, ça faisait parti d'un équilibre qu'ils proposaient aux salariés » (L185-L186)(P7).

- La lecture

Des patients étaient amenés à découvrir des MNC par le biais de la lecture, dans les **livres** :

« Et puis j'ai bouquiné bouquiné sur le Burn out, je savais qu'il fallait marcher régulièrement donc je faisais une dizaine de pas chaque jour etc., à l'extérieur, mais ça ça m'épuisait» (L37-L38)(P3), « À travers mes bouquins. » (L177)(P3), via **internet** :

« Lors de ce Burn Out, à travers tous les bouquins que je lisais, les documents que je visualisais sur internet la pratique du Yoga était fortement recommandée donc j'ai repris » (L131->L133)(P3), ou par de la **publicité**, « Le centre nautique (...) a ouvert au mois d'Octobre donc du coup y avait de la pub, » (L179-L180)(P8).

- Un professionnel de santé

Le professionnel de santé pouvait être l'intermédiaire entre le patient et les MNC, que ce soit un **médecin** :

- « *J'ai pu commencer à reprendre le sport, qu'elle (la psychiatre) m'a fortement conseillé elle par contre de reprendre* » (L81-L82)(P4),
- « *Il (le psychiatre) m'a dit peut-être que vous pourriez vous faire aider par un, l'homéopathie, un acupuncteur* » (L178-L179)(P5),
- « *Elle (le médecin généraliste) m'a dit « faut absolument que vous vous remettiez au sport »* » (L90-L91)(P7),
- « *Le Docteur X. (ancien médecin généraliste) m'en (euphytose) avait prescrit pour dormir la nuit à l'époque* » (L481-L482)(P9), ou un **professionnel de santé** :
- « *Masseuse (...) c'est elle qui m'a conseillée (PBA)*» (L204)(P6).

- Un thérapeute non conventionnel

Les thérapeutes non conventionnels pouvaient conseiller d'autres approches non conventionnelles :

- « *Je prends beaucoup de fleurs de Bach. (...) ça c'est la magnétiseuse qui me le donne*» (L119-L120)(P9),
- « *C'est quelqu'un qui travaille avec les énergies en fin de séance et qui m'a aussi orienté vers la méditation.* » (L233-L234)(P12).

3.3.3.2.3. Démarche initiale du patient ayant recours aux MNC

- Pour la dépression

Les patients pouvaient **avoir recours à de multiples médecines** avant de trouver celle qui leur convenait, de façon aléatoire :

- « *J'ai vraiment tenté des trucs, c'était un peu n'importe quoi* » (L161)(P1),
- « *Y a beaucoup de choses que je suis allée chercher* » (L136)(P10), ou **pour accélérer le processus de guérison** : « *Je voulais essayer plein de choses pour m'en sortir plus vite* » (L170-L171)(P9).

Le recours aux MNC pouvait être un **moyen supplémentaire d'augmenter des chances de guérison** :

- « *L'homéopathe c'est pour m'apporter quelque chose de plus* » (L207)(P5),

- « *Pour essayer d'avancer* » (L227-L228)(P9).

Le lien entre la dépression et le recours initial aux MNC pouvait ne pas être établi par le patient : « *Mais voilà sur le moment j'ai pas eu l'impression de me dire je vais faire du Yoga parce que je suis en dépression* » (L214-L215)(P1).

Il arrivait parfois que les patients connaissent et aient déjà testé la pratique :

- « *Je connaissais déjà l'activité (Aquabike) pour l'avoir testée* » (L183)(P8).

Le **souvenir de son efficacité** pouvait favoriser la reprise de celle-ci, à un moment jugé opportun :

- « *Mais je suis plus la même personne donc je sais que j'aurai envie de refaire du Yoga parce que je sais ce que ça m'apporte* » (L182-L183)(P1),

- « *Je trouvais ça super (le yoga) et euh donc du coup je me suis dit faut absolument que je retourne vers ça* » (L187-L188)(P7),

- « *C'est efficace sur moi donc du coup, dès le début de ma dépression je suis allée le voir* » (L47-L48)(P11).

Le recours initial était parfois motivé par une raison précise, **éviter la prise de traitements psychotropes, s'en sevrer** :

- « *Il faut supprimer le Temesta* » (L174)(P5),

- « *On a essayé de mettre en place des soins d'acupuncture pour éviter de prendre des médicaments* » (L48->L50)(P11), ou de **diminuer l'anxiété** :

- « *Nerveusement je voulais essayer de trouver une stabilité, euh que je sois moins stressée. Donc voilà, c'était vraiment cette démarche là que je faisais vis à vis de ma dépression* » (L128->L130)(P11).

« *C'est le désespoir qui m'a amené là* » (L239-L240)(P10).

Le patient, en **s'identifiant** à une situation, pouvait être séduit par une MNC : « *en fait y a un témoignage, vous pourrez lire, et je me suis reconnue (PBA)* » (L198)(P6).

- Pour un autre motif que la dépression

La démarche initiale du recours aux MNC était souvent motivée par une toute autre raison que la dépression : « À l'époque y avait pas de lien »(yoga-dépression) (L149)(P6).

Les motifs exprimés par les patients étaient les suivants :

- **diminuer le stress** : « C'était pour le stress, par rapport au bureau » (L149)(P2).
- sortir, **faire une activité** : « J'avais envie de faire quelque chose, j'avais envie de faire une activité » (L132-L133)(P6).
- **traiter les allergies** de sa fille : « Elle (sa fille) est allergique au lait, aux œufs et à plein de choses et c'est comme ça que j'ai commencé un petit peu la médecine à part » (L26-L27)(P9).
- **être enceinte** : « « Pourquoi vous venez à mon cours qu'est-ce que vous attendez ? ». Je dis : Ben je sais pas un peu de zénitude, parce que j'essaie d'avoir des enfants et ça ne marche pas » (L118-L120)(P3).
- **perdre du poids** : « En lien avec mes apnées et du coup du poids que j'avais pris au moment de la ménopause (...) j'ai mis en place une activité physique » (L107->L112)(P8).
- enrichir sa **pratique professionnelle** : « Je suis allée chercher aussi par rapport au projet que j'avais au niveau professionnel » (L234-L235)(P10).
- soigner des **troubles du sommeil** : « J'avais entendu que l'acupuncture était vraiment, était très efficace en cas d'insomnie » (L97)(P11).
- devenir **autonome pour soigner les maux du quotidien** : « De manière générale, bien-être. Soigner différents bobos, éviter de passer pour traiter un rhume, juste avoir une petite pharmacie comme ça, pour le quotidien » (L400-L401)(P10).

3.3.3.2.4. Mise en pratique des MNC

L'état physique et mental des patients dépressifs conditionnait l'entrée dans la pratique non conventionnelle :

- « Je courrais pas beaucoup au début j'étais très très vite fatiguée » (L93)(P4), elle nécessite un début **progressif**, qu'il s'agisse d'activité sportive :
- « Vraiment tout tout doucement » (L124)(P7),

- « *Au début j'ai beaucoup marché, euh et après j'ai recommencé à reprendre le running mais vraiment cinq minutes de course (etc.)* » (L127-L128)(P7), ou de méditation :
- « *Puis j'ai commencé à faire de la méditation, méditation matin et soir, donc cinq minutes au début, puis dix, puis ainsi de suite.* » (L39-L41)(P3).

Les patients insistaient sur l'importance d'une **pratique régulière** :

- « *Ce qui comptait pour le Docteur X. c'était la régularité* » (L124-L125)(P7),
- « *Mais là c'est un abonnement une fois par semaine, c'est mis en place de façon plus régulière* » (L183-L184)(P8),
- « *Là maintenant j'ai beaucoup plus de temps, et j'ai augmenté mon temps de sport, je fais trois fois* » (L220-L221)(P11).

Inversement, cette pratique pouvait durer **le temps d'un stage** :

- « *De façon momentanée donc le temps d'un stage et du coup le temps de quelques mois derrière* » (L249-L250)(P10), ou être **de façon occasionnelle** :
- « *Je les (huiles essentielles) utilise quand j'y pense* » (L269-L370)(P10).

Afin de maintenir une pratique régulière, certains patients pouvaient ressentir le besoin d'être accompagnés de façon étroite et adaptée :

- « *Il fallait vraiment une méthode pour me cadrer* » (L155)(P7), d'utiliser des moyens simples et motivant :
- « *Maintenant que j'ai les chaussures il faut que je le fasse* » (L208-L209)(P8) et parfois même se culpabiliser :
- « *Si je rate une séance, je me dis c'est pas bien, je me sens un peu coupable* » (L333-L334)(P8).

La pratique d'une médecine facilitait le recours à une autre : « *Comme j'ai fait du yoga c'est d'autant plus facile pour moi de faire de la méditation* » (L292-L293)(P12).

Mode d'entrée dans les Médecines non conventionnelles / Synthèse :

- Le profil socio-culturel des patients influençait le recours aux MNC. Il était défini par des habitudes familiales et sportives, une attirance pour ce qui est naturel et un rejet de la société de consommation.

- Si l'entourage et la famille étaient les principaux éléments incitant au recours des MNC, le lieu du travail, les lectures et les professionnels de santé étaient autant d'intermédiaires motivant le patient.
- La démarche initiale pouvait être motivée par une autre raison que la dépression, souhait de perdre du poids, être enceinte, traiter les allergies etc. Dans ce cas, la dépression était prise en compte dans un second temps par les MNC. Dans le cas contraire, les motifs initiaux du recours aux MNC étaient d'augmenter les chances de guérison, d'accélérer la guérison, de diminuer la prise de psychotropes etc.
- Les patients ressentaient le besoin d'une mise en pratique des MNC régulière, accompagnée et adaptée à leur état physique et mental.

3.3.3.3. Apport des MNC : entre attentes et bénéfices

3.3.3.3.1. Aide à la connaissance de soi et à la compréhension de la dépression

La pratique du yoga, a permis à P11 de **comprendre les mécanismes de dévalorisation et de perte de confiance induits par la dépression** :

- « *Moi ça m'a valorisé en fait, du coup ça allait avec cette histoire de dépression* » (L197)(P1),
- « *J'avais tellement envie d'être fatiguée, physiquement quoi, donc ce Yoga ça me fatiguait mais en même temps ça me créait, j'avais vraiment l'impression de renaître* » (L207-L208)(P1).

La pratique d'une MNC ou l'expertise du thérapeute non conventionnel aidaient le patient à **prendre du recul** sur son état physique et psychologique, lui permettant de « **s'analyser** » :

- « *Aussi le yoga ça m'a permis de m'analyser, de me regarder voilà* » (L595)(P2),
- « *Il (acupuncteur) a eu approche psychologique qui est importante. On prend le temps de bien parler avant de mettre les aiguilles, pour analyser on va dire* » (L101->L103)(P11),

- « Je dis poser le mental, c'est euh prendre du recul sur les choses en fait, (...) et être plus calme physiquement » (L280-L281)(P12).

Cette « analyse » apportait au patient une **meilleure connaissance de soi** :

- « Un miroir qui est assez, que j'ai trouvé très juste et du coup ça m'a apporté une connaissance de moi, plus juste, plus approfondie, plus claire de mes ambivalences » (L171->L173)(P10) et ainsi une **compréhension de ses émotions** afin de pouvoir les contrôler :

- « Reprendre un petit peu la main là sur une espèce de confusion, de panique intérieure, de dispersion » (L310-L311)(P10).

L'identification et la compréhension de leurs pensées dépressives orientaient les patients sur **le travail personnel à réaliser** :

- « Ça (la pleine conscience) m'a simplement amené que c'était par là qu'il fallait que j'aille, que je travaille sur mes pensées » (L212-L213)(P10) et les aidaient à **recupérer de la volonté** pour se soigner :

- « Si dans le sport on arrive à ne pas lâcher, dans l'esprit et qu'on a une volonté (...) ben l'esprit va trouver la volonté pour se dire y faut que j'en sorte de cet état-là » (L241->L244)(P11).

3.3.3.2. Gestion des émotions

Les MNC avaient un **pouvoir libérateur de la parole**, un moyen de se livrer et de partager ses émotions :

- « C'était le seul moyen (course à pied) qu'elle avait trouvé pour me faire parler (...) comme elle courait (...) une sorte de médiation. » (L88->L90)(P4),

- « En même temps je lui (sophrologue) parlais ça me faisait du bien » (L119)(P6).

C'était un moment propice pour les patients, qui pouvaient se « **libérer** » de **leurs émotions négatives** :

- « Je pouvais lâcher mes émotions » (L231)(P4),

- « Au niveau émotionnel, il avait fait sortir des choses » (L188)(P12),

- « C'est des moments où potentiellement je décroche complètement » (L128-L129)(P8),

- « Ça me permet de me vider la tête » (L129-L130)(P8).

Le **temps de parole** consacré au patient favorisait ce dialogue :

- « *Un état des lieux qui dure facilement une demi-heure, donc le dialogue est important* » (L115-L116)(P11),

- « *Elle m'a reçu pendant une heure on a parlé* » (L229-L230)(P12).

3.3.3.3. Le lien corps-esprit

Les patients apprenaient par le biais des MNC à **prendre soin de leur corps** :

- « *Déjà je m'occupais de mon corps et déjà je pense que c'est important de s'occuper de son corps* » (L165-L166)(P1).

Ainsi ils pouvaient se **reconnecter à leur corps, en prendre conscience** et accéder à une **unité corps-esprit** :

- « *Il (le yoga) a vraiment accompagné cette histoire de reprise de conscience du corps* » (L209)(P1),

- « *Une prise de conscience de mon corps* » (L184-L185)(P2),

- « *Ça m'a appris à prendre conscience de mon corps* » (L121-L122)(P6),

- « *Et moi ça m'a aidé vraiment, vraiment vraiment, me considérer en entière* » (L270)(P6).

Simultanément, la **prise de conscience de la respiration** aidait le patient à lever les blocages physiques et à se recentrer sur lui-même :

- « *L'air passe plus et en réalité l'air passe par là (pointe sa gorge du doigt), on respire par le diaphragme donc si vous voulez c'est vrai que le yoga m'a peut-être mis en relation avec mon corps quelque part* » (L159->L161)(P2) ,

- « *La pratique du Yoga était fortement recommandée donc j'ai repris et je pense que ça m'a beaucoup aidée. La méditation m'a beaucoup aidée. Le fait de se recentrer sur soi, de respirer* » (L132-L134)(P3),

- « *L'important c'est la respiration et ça je le sens parce que je me bloque* » (L331-L332)(P5),

- « *(...) La sophrologie. Mais alors j'en ai fait entre la deuxième et la troisième dépression et c'est vrai que ça m'a aidé là, donc à bien apprendre à respirer* » (L117->L119)(P6).

Les patients prenaient conscience de la nécessité de prendre du temps pour soi : « *C'était déjà un moment pour moi* » (L194)(P1).

Le patient apprenait à vivre dans **l'instant présent** : « *D'être dans l'observance, dans le moment présent, ce qui est en lien avec le yoga* » (L168-L169)(P7).

3.3.3.4. La quête du bien-être

Le yoga, le sport, le rangement etc., procuraient à beaucoup de patients **un bien-être, un mieux-être, physique et mental** :

- « *Ça m'apporte du bien-être* » (L324)(P2),
- « *De voir à quel point ça me fait du bien, ça l'(sa femme) encourage* » (L363)(P2),
- « *Ben après une séance, on se sent mieux* » (L106)(P4),
- « *Je continuais à faire du yoga chez moi quand même parce que j'ai toujours trouvé que ça me faisait du bien* » (L112->L114)(P6),
- « *J'ai l'impression de ranger, de vider, de jeter ça me fait du bien aussi dans la tête.* » (L117-L118)(P8),
- « *Ça m'apporte du bien-être* » (L314)(P10),
- « *Du bien-être, je lâche* » (le sport)(L228)(P11).

Les patients mettaient en œuvre différents moyens afin d'accéder à ce bien-être, cette plénitude.

Ils cherchaient à **se dépenser physiquement**, en partie pour évacuer le stress :

- « *C'était un yoga tonique, qui était vraiment génial, et je pense que ça m'a vachement apporté* » (L164-L165)(P1),
- « *Faut vraiment que je sorte fatiguée et là j'ai lâché nerveusement* » (L236-L237)(P11).

Ils en ressortaient tonifiés : « *Je me sentais dynamisée quand je sortais des séances de yoga* » (L327-L327)(P10).

Les patients attendaient des MNC **une diminution de leurs angoisses** :

- « *Plus pour pouvoir gérer les angoisses.* » (L342)(P5),
- « *J'ai un souci une angoisse je prends du « ... » (fleurs de Bach)* » (L440-L441)(P9),
- « *Éviter d'appréhender la journée* » (Euphytose) (L466)(P9)),
- « *Je réagis bien à cette plante, que c'est un anti-stress* » (L376-L377)(P10),
- « *Mes crises de tétanie par exemple et ben c'est lui (l'acupuncteur) qui les a résolue* » (L162)(P11).

Un nombre important de patients ressentait une **relaxation**, une détente à la pratique des MNC :

- « Cette expression de lâcher prise »(L225)(P1),
- « La professeur de yoga : qu'est-ce que vous attendez ? ». Je dis : « Ben je sais pas un peu de zénitude » (L119)(P3),
- « Les problèmes de dépression le sont aussi grâce au yoga parce que là on respire, on se détend et parce que à la fin y a quand même de la relaxation, on lâche prise » (L277->L279)(P3),
- « J'ai du mal à m'endormir quand je prends ces granules ça me détend tout de suite. » (L243)(P5),
- « Ça m'aide à m'apaiser (...) À être plus tranquille (sophrologie)» (L127-L128)(P6),
- « D'avoir un apaisement tout au long de la journée » (L175-L176)(P7),
- « Je suis repartie à marcher beaucoup parce que ça me permet de lâcher de me détendre » (L233-L234)(P11) ,
- « Je suis allée voir le médecin chinois, qui m'a filé des plantes chinoises qui m'ont aidées à me poser » (L63-L64)(P12).

Les MNC apportaient aux patients du **réconfort** et un **soutien** rassurants :

- « Voilà, je sais que y a ça (le yoga) qui est là et que ça me fait du bien et je sais toutes les possibilités que ça peut m'apporter donc ça me rassure en fait. » (L264-L265)(P1),
- « J'étais allée en me disant voilà j'ai besoin d'un peu de soutien » (L296)(P1),
- « Ben ça me rassure. » (L230)(P5),
- « Elle (magnétiseuse) m'a donné du courage pour repartir. » (L264)(P9), **de l'espoir** :
- « Ça m'apporte de l'espoir » (L554)(P10) et un **point de repère** auquel se raccrocher :
- « C'était quand même un point de repère, un phare » (L274)(P2),
- « Je cherchais dans l'acupuncture un point d'ancrage » (L148-L149)(P12).

Les patients y trouvaient un **soulagement de leurs douleurs** liées ou non à la dépression :

- « J'avais aussi pas mal de problèmes de dos qui ont été atténués grâce au yoga » (L229-L230)(P3),
- « J'essaie déjà de l'Euphytose, qui m'aide à soulager. » (L177-L178)(P9),
- « J'avais des brûlures dans les deux jambes, elle m'avait solutionné ça » (l'acupuncteur) (L282-L283)(P9),
- « J'ai un point régulier lié au stress au niveau de la poitrine, qui me coupe la respiration (...) depuis que je l'ai revu, ce point je ne l'ai pas » (L157->L160)(P11),

- « Depuis ce jour là, il me suit très régulièrement. Dès que j'ai, dès que on va dire j'ai un souci fonctionnel ou autre » (L99-L100)(P11).

Symptômes fréquents dans la dépression, les **troubles du sommeil paraissent améliorés** par les MNC :

- « Ça m'a permis de retrouver le sommeil (yoga) » (L114-L115)(P6),

- « Effectivement en trois séances, j'ai retrouvé le sommeil. » (L98-L99)(P11).

Liée au bien-être, la notion de **bonheur** était évoquée par P6 : « Avec la PBA je me sens mieux je me sens plus heureuse » (L308-L309)(P6).

Lui permettant de s'éloigner de son quotidien et de ses soucis, le dessin pour P6 était une source de bien-être : « Dessin (...) ça me fait du bien, ça me permet de m'évader » (L331-L332)(P6).

3.3.3.3.5. Modification des comportements et des pensées

Suite au recours aux MNC, les patients observaient sur eux des changements bénéfiques, tant sur le plan comportemental que psychologique.

Dans les cas suivants, la pratique du sport ou du yoga conduisait les patients **à sortir de chez eux, à s'extraire de leur quotidien** :

- « De tout d'un coup partir de chez moi, et de faire autre chose » (L194-L195)(P1),

- « Je suis allée au sport, j'ai pu voir du monde du coup, y avait de la musique » (L262-L263)(P4),

- « La fatigue physique et le fait de sortir de pas rester à la maison, ça m'a fait du bien » (L162-L163)(P6).

La récupération de **l'estime de soi**, de **la confiance en soi**, encourageait les patients à devenir **plus attentif, à s'ouvrir à l'environnement et aux personnes** qui les entouraient :

- « J'ai senti peu à peu (...) j'avais un peu plus confiance en moi, que je parlais un peu plus » (L217->L219)(P6),

- « Ben ça me fait changer dans la mesure ou je suis peut-être plus à l'écoute des gens » (L500)(P2),

- « *J'étais plus disponible* » (L328)(P5),
- « *Je suis plus à l'écoute, plus ouverte.* » (L344-L345)(P6),
- « *Prendre le temps aussi d'être dans une autre attitude plus d'observance, de contemplation* » (L165-L166)(P7).

Les MNC provoquaient ainsi des **rencontres** humaines : « *Maintenant le yoga m'apporte autre chose. Il m'a apporté des relations humaines* » (L581)(P2).

Au-delà de la dépression, le yoga devenait un soutien dans la vie de P2 lors d'évènements difficiles : « *Le fait que je puisse aller le (son petit-fils mort-né) voir c'est que y a le yoga derrière. Il m'a aidé* » (L673)(P2).

La pratique d'une activité physique et du yoga, par exemple, imposait aux patients une **régularité**. Celle-ci impliquait et entraînait une **hygiène et un rythme de vie**, ressentis comme bénéfiques pour leur dépression :

- « *Il faut que je me fasse un rythme, que je m'impose un rythme même si je fais rien de mes journées, si je fais du sport, ça crée une dynamique* » (L272-L274)(P4),
- « *Le sport ça me permet même les jours où je travaille pas d'avoir un rythme* » (L275-L276)(P4),
- « *Le fait que ce soit régulier, que ce soit toutes les semaines avec des exercices à faire etc., ça me met un cadre supplémentaire* » (L312-L313)(P10).

Cette dynamique pouvait occasionner chez les patients le **sentiment de dépendance et de nécessité** :

- « *Pendant les vacances scolaires il n'y a pas yoga, je ne suis pas la seule (...) on ressent un besoin frénétique de réintégrer le cours rapidement* » (L271->L273)(P3),
- « *C'est pas très bon d'arrêter (...), parce que ça a quand même un bénéfice (...) ça permet un entretien aussi bien physique que psychique* » (L114->L116)(P4).

3.3.3.3.6. Effets sur l'évolution de la dépression et la prise médicamenteuse

Les patients préféraient à la prise du psychotrope avoir recours aux MNC. Ils rapportaient un **impact sur leur consommation** d'anxiolytiques, de somnifères et d'antidépresseurs. Il pouvait s'agir d'une **diminution de leur traitement psychotrope** :

- « *En tout cas je lui (conseillère en fleurs de Bach) en parlerai c'est sûr si je diminue encore* » (L297-L298)(P1),
- « *Pour essayer justement de pas trop prendre de médicaments* » (L164)(P6), d'une **stabilisation** des doses :
- « *Pour éviter d'augmenter la dose (euphytose)* » (L488)(P9),
- « *J'ai pas pris de médicaments pour me détendre nerveusement. Non c'est lui qui me les a détendu, on a travaillé euh il m'a posé des aiguilles au niveau de la mâchoire* » (L163-L164)(P11), ou d'un **sevrage** :
- « *(Médecin acupuncteur) M'aide d'ailleurs aussi beaucoup parce que je lui ai parlé (...) de mes ennuis et avec lui j'ai supprimé le Temesta* » (L182-L183)(P5),
- « *D'avoir une activité physique tous les jours, ça m'a permis de me passer très rapidement des somnifères et des anxiolytiques aussi* » (L158-L159)(P7),
- « *D'ailleurs depuis que je l'ai vu, (PBA) (...) j'ai pas repris de somnifère* » (L245-L246)(P6).

L'impact des MNC sur la consommation des psychotropes avait également une incidence sur l'évolution de la dépression.

Entre supposition et constat, **l'intensité de l'épisode dépressif** pouvait s'en trouver diminuée :

- « *Je pense que si j'avais fait du yoga en 2008, peut-être qu'il y aurait eu cette dépression en 2009 mais moins forte* » (L271-L272)(P2),
- « *J'ai réellement voulu reprendre le travail et grâce à tous ces compléments (Méditation, yoga, acupuncture, auriculothérapie), j'ai pu faire face,* » (L45-L46)(P3) ainsi que sa **durée** :
- « *Là où peut-être des personnes auraient mis un an à s'en sortir, euh moi en six semaines c'était quand même –et pourtant c'était un gros machin- c'était quand même bien, ça m'a bien accompagné je dirai* » (L135->L138)(P3).

Le sentiment **d'évoluer favorablement dans la dépression** était partagé par plusieurs patients :

- « *J'ai essayé progressivement de m'en sortir un peu grâce à tout ça* » (L43-L44)(P3),
- « *En complément des deux je dois dire ça avance assez bien* » (L126-L127)(P9),
- « *Des petits objectifs qu'on repousse, qu'on repousse et sans s'en rendre compte on avance* » (L327-L328)(P11).

Les patients espéraient des MNC qu'elles **préviennent la récurrence ou la rechute dépressive** :

- « *Qu'est-ce qu'il s'est passé pour que vous repreniez le millepertuis ? P3 : Ah, je voulais pas retourner dans la sphère des antidépresseurs comme le Seroplex ou autre,(...)par moment je me sens un peu dépressive aussi* » (L167-L169)(P3),
- « *Alors le Xi Qong (...) j'ai fait un break l'an dernier et je me suis rendue compte que j'aurai jamais dû. Voilà, là je me suis rendue que j'avais peut-être des penchants à d'autres symptômes dépressifs* » (L378->383)(P3),
- « *Je pense que je suis dans un rythme où je me borde de tout côté pour éviter de rechuter* » (L390-L391)(P3),
- « *Je lui ai dit de plus faire de dépression* » (L255)(P6).

Apports des MNC : entre attentes et bénéfices / Synthèse

- Grâce aux MNC, les patients semblaient prendre du recul, analyser et mieux comprendre leurs pensées négatives. Il en résultait une meilleure connaissance d'eux-mêmes et de leur dépression, bénéfique pour la conduite des soins.
- Les MNC avaient un pouvoir libérateur de la parole. Le temps consacré au dialogue et à la parole donnait aux patients la possibilité de partager et d'évacuer leurs émotions négatives, leur apportant un soulagement.
- S'occuper de leur corps était essentiel pour les patients dépressifs. Ils prenaient conscience, par exemple, par le biais du yoga et du sport, de l'importance de leur corps, de la respiration et de l'existence d'une unité corps-esprit.

- Largement recherché et ressenti par les patients dépressifs, le bien-être pouvait être acquis à travers les MNC, par la dépense physique, la relaxation, la diminution des angoisses, des douleurs de tout type et l'amélioration des troubles du sommeil. Ce bien-être physique et mental tendait vers le sentiment de bonheur.
- Le recours et la pratique de ces médecines, induisaient chez les patients une modification de leurs comportements et pensées. Ils devenaient plus attentifs à l'environnement et aux personnes qui les entourent. L'ensemble de ces pratiques induisait des modifications dans le rythme et l'hygiène de vie. Ils apprenaient à vivre dans l'instant présent.
- Tous ces effets ressentis par les patients dépressifs au niveau corporel et psychologique influençaient leur consommation de psychotropes, qui s'en trouvait diminuée voire sevrée. Ils avaient le sentiment d'avancer, d'évoluer favorablement dans leur dépression, à des degrés divers. Ils attendaient des MNC qu'elles préviennent la récurrence et/ou la rechute dépressive.

3.3.3.4. Place des MNC dans le parcours de soins du patient dépressif

3.3.3.4.1. Un recours alternatif aux MNC

Dans leur parcours de soins, certains patients ont pu considérer les MNC comme une alternative au traitement antidépresseur.

P1 avait essayé la phytothérapie à l'arrêt de son traitement antidépresseur, la considérant ainsi comme une alternative :

- « *Quand j'ai arrêté (le Deroxat) je me suis tournée vers l'Euphytose, un truc comme ça* » (L155)(P1), elle souhaitait avoir le soutien des MNC si elle arrivait à se sevrer de son traitement :
- « *Je vais pouvoir m'y reposer plus et me tourner plus vers ça si j'arrive à arrêter ces médicaments* » (L263-L264)(P1).

Certains patients espéraient **pouvoir pallier au traitement antidépresseur** avec des MNC :

- « *Voilà je peux plus m'en passer pour le moment, pas forcément parce que je suis malade, ça j'y crois pas forcément, je crois vraiment que je pourrais pallier avec d'autres choses. (yoga, fleurs de Bach)* » (L400-L402)(P1),
- « *Pour essayer justement de pas trop prendre de médicaments, essayer d'avoir une alternative* » (L164-L165)(P6).

Dans certains cas, pour éviter la prise de traitements psychotropes, le recours aux MNC avait primé sur la médecine conventionnelle :

- « *Moi qui m'étais démerdée sans médoc jusqu'à présent* » (L76-L77)(P10),
- « *J'ai pas voulu reprendre de médicaments en me disant ça va aller. Puis voilà comme j'ai plein d'autres accompagnements du coup j'ai aussi des supports par ailleurs* » (L98->L100)(P10),
- « *Si on peut arriver un petit peu à avoir mieux sans prendre spontanément tout de suite des médicaments et ben je préfère* » (L146-L147)(P11).

Ce choix avait pu entraîner des échecs :

- « *Ben j'avais essayé (yoga) avant de prendre du Deroxat, mais je pense que la dépression était vraiment trop forte* » (L237)(P1).

3.3.3.4.2. Un recours complémentaire aux MNC

La grande majorité des patients envisageait les MNC en complément de la prise en charge conventionnelle : « *L'acupuncture c'est une science qui mérite d'être encore, enfin qui doit rester complémentaire à une prise en charge médicale* » (L275-L276)(P11).

Le recours pouvait avoir lieu **avant le début des antidépresseurs** : « *J'ai commencé (...) l'Aquabike avant de commencer les antidépresseurs* » (L136-L137)(P8).

Cependant, le plus souvent, le recours aux **MNC était commencé après le début du traitement** antidépresseur :

- « *J'en ai fait, c'est dur à dire, j'ai dû en faire deux ou trois ans après la première prise de Deroxat* » (L177-L178)(P1),
- « *Elle m'a mise sous antidépresseur et après j'ai pu commencer à reprendre le sport* » (L80-L81)(P4).

Les patients invoquaient la nécessité de retrouver, **avec l'aide médicamenteuse, une force, une énergie suffisante** afin de pouvoir **se soigner en complément avec les MNC** :

- « *Je trouve que ça prend vachement de temps de comprendre ce qui vous arrive et de commencer à souffler un peu et du coup de s'engager dans un nouveau truc.* » (L179->L181)(P1),
- « *J'ai pas fait de sport ben ça me demandait une énergie folle, et j'étais pas capable d'avoir sans une petite aide médicamenteuse* » (L238-L239)(P4),
- « *J'ai recommencé (le running) à reprendre quatre mois après. Parce que au début j'étais trop trop faible* » (L118-L119)(P7),
- « *C'est dans les moments où je vais un peu mieux que j'arrive à utiliser et à renforcer soit la méditation, soit la pleine conscience donc je vais consulter des magnétiseurs* » (L163->L165)(P10),
- « *Je souhaite avec les médicaments c'est retrouver un équilibre pour pouvoir revenir à ces pratiques* » (L591-L592)(P10).

Les MNC étaient considérées par les patients comme un **soutien supplémentaire, complémentaire** au traitement conventionnel. Ils insistaient sur le fait qu'elles **seules ne suffiraient pas** :

- « *Je pense que le Yoga c'était, ça me permet d'avoir une autre petite béquille* » (L262)(P1),
- « *Je pense que peut-être le sport aurait suffi là. Et avec la psychanalyse derrière, pas que le sport* » (L213-L214)(P4),
- « *Je me suis rachetée des huiles essentielles et là j'ai l'impression d'avoir un soutien aussi.* » (L363-L364)(P10).

Certains patients attendaient des MNC et du traitement antidépresseur, qu'ils se **potentialisent les uns avec les autres**, chacune des méthodes étant nécessaire :

- « *J'attendais un package. Je me suis dit le yoga seul ne suffira pas, la méditation seule ne suffira pas, les antidépresseurs non plus (...) je me suis dit tout ça mis bout à bout ça va faire quelque chose de pas mal et c'est vrai* » (L263-L265)(P3),
- « *Au yoga et au reste oui j'ai pu m'en sortir je pense que tout a été vraiment complémentaire* » (L48-L49)(P3),
- « *Elle pensait elle par contre que seules les médecines parallèles pouvaient la sortir de ce mauvais pas. Et quand elle a pu concilier les deux parce qu'elle a réalisé que l'un sans l'autre c'était pas possible, là elle a voilà, elle a remonté la pente.* » (L242-L245)(P3),

- « *J'aurai pas de médoc, j'aurai pas le psy, Vittoz, méditation, je serai anéantie.* » (L562-L563)(P10).

P11 parle de la nécessité de l'expertise d'un médecin dans la prise en charge par l'acupuncture : « *L'acupuncture oui mais accompagnée* » (L278)(P11).

3.3.3.4.3. Un recours adapté et individualisé

Le patient recherchait une pratique qui **correspond**e à ses **besoins physiques** :

- « *Parce que le cours de Yoga moi j'ai besoin d'énergie, de bouger, donc le truc du Yoga je me disais non ça va pas aller* » (L162-L163)(P1),

- « *Ce qu'il me faut. De la douceur déjà, (...) LQ : Physiquement ? P2 : Oui physiquement, que ce soit pas très violent* » (L288->L291)(P2),

- « *J'avais besoin de faire quelque chose de plus physique.* » (L266-L267)(P12), **à son âge** :

- « *J'avais essayé la gym suédoise, (...) ça allait pas. J'avais fait du handball, ça allait pas non plus parce que j'avais passé l'âge (...)* » (L204->L206)(P1).

P1 appréciait dans la pratique du yoga que chacun puisse faire **en fonction de ses capacités physiques** :

- « *Que chacun fait avec ce qu'il est et avec son corps comme il est fabriqué, avec ses possibilités* » (L167-L168)(P1), et qu'il progresse à son rythme :

- « *Je sentais cette chose, où les choses venaient, c'était mes possibilités à moi qui pouvaient me faire aller sur mon chemin à moi, c'était moi qui construisait, qui avançait avec voilà.* » (L172->L174)(P1).

Les patients attendaient des MNC qu'elles soient **adaptées à leur état dépressif** :

- « *Grâce à je pense à la méditation au début parce que je restais au sein de ma maison* » (L47-L48)(P3),

- « *C'était concrètement réalisable* » (L211-L212)(P8).

Les MNC étaient **adaptées aux besoins des patients tout au long de leur dépression**. Ils pouvaient **y recourir de façon ponctuelle** :

- « *Et maintenant je le fais quand ça va pas, que je mouline un peu trop, hop, et le soir ça m'aide à m'endormir un peu mieux* » (L125-L126)(P6),

- « Et le matin quand je me sens mal, je le fais » (L309)(P6),
- « Si j'en ressens le besoin, dès que je sens que je suis contractée quelque part ou la mâchoire crispée, les épaules, je sais exactement quelle posture faire donc du coup c'est assez immédiat » (L197->L199)(P7),
- « J'attend plus la séance d'après pour faire une vraie séance, mais au moins pour me soulager » (L201-L202)(P7).

Les MNC s'adaptent aux conditions physiques de chacun : « Actuellement je fais du fitness. Mais parce que je me suis fait mal au dos » (L96)(P4).

Pour P12 n'ayant jamais interrompu la pratique sportive, elle ne ressentait aucun bénéfice sur sa dépression : « Moi le sport, j'étais allée à la médecine du travail et elle m'avait dit : « faut faire du sport ». Mais moi j'en ai toujours fait du sport donc c'est pas ça qui allait m'aider. » (L511-L512)(P12).

P11 mentionne **l'efficacité individuelle** des MNC : « C'est (l'acupuncture) efficace sur moi, c'est vrai que ça pourrait ne pas l'être » L47)(P11).

La notion de **plaisir** dans la pratique était importante pour les patients :

- « Le sport qui peut plaire, il faut quand même quelque chose qui puisse plaire » (L240-L241)(P4),
- « C'est la seule activité physique (l'aquabike) en fait à part la marche où j'ai du plaisir » (L167-L168)(P8).

Place des MNC dans le parcours de soins du patient dépressif / Synthèse

- Certains patients espéraient pallier au traitement antidépresseur par les MNC, dans un premier temps pour éviter la prise du traitement ou dans un second temps pour pouvoir se sevrer de celui-ci. Ce recours alternatif était peu adopté par les patients.

- La grande majorité des patients insistait sur la complémentarité de la médecine conventionnelle et des MNC. Ces dernières pouvaient être initiées avant la prise en charge médicamenteuse mais le plus souvent elles l'étaient après le début du traitement antidépresseur. Celui-ci leur permettait de récupérer l'énergie suffisante pour pouvoir devenir acteur dans leurs parcours de soins, en ayant recours aux MNC. Celles-ci devenaient un soutien supplémentaire. Pour certains, les effets des médecines conventionnelles et non conventionnelles se potentialisaient.
- En interrogeant les patients, nous observons que le choix et le recours aux MNC était conditionné par différents facteurs, tels que la condition et les capacités physiques de chacun, les exigences personnelles et leur état dépressif. Le plaisir de la pratique est une notion soulevée par deux patientes.

3.3.3.5. Difficultés rencontrées dans le recours aux MNC

3.3.3.5.1. Représentations négatives des MNC et conséquences

Le patient pouvait **douter de l'efficacité** d'une MNC : « *Le truc du Yoga je me disais non ça va pas aller, je vais en profiter pour réfléchir à tous mes problèmes, ça va pas le faire* » (L163-L164)(P1).

L'image sectaire de certaines pratiques était évoquée par P2 : « *Ça peut faire un peu secte quelque part. Les mantras* » (L307-L308)(P2).

L'entourage des patients pouvait ne pas être réceptif aux MNC, et porter un jugement sur leurs pratiques :

- « *À chaque fois que j'en ai parlé, j'ai l'impression que c'est pas pris au sérieux* » (L399-L400)(P12),
- « *J'en parle plus parce que à chaque fois on me prend pour une allumée* » (L423-L424)(P12).

3.3.3.5.2. Difficultés liées à la pratique

Physiquement, les patients pouvaient être confrontés à des **effets négatifs des MNC**, comme une certaine dépendance entraînant une fatigue, ou une mauvaise exécution de la pratique :

- « *Ben j'en (sport) faisais un peu trop et si j'en faisais pas j'étais pas bien, un genre d'addiction* » (L128)(P4),
- « *On peut faire des mauvaises postures (yoga)* » (L373-L374)(P6).

Psychologiquement, les patients pouvaient réagir de façon négative suite à une MNC :

- fabrication d'idées noires, « *J'ai peur de la méditation que ça me mette malheureux et que j'ai du mal à revenir.* » (L545-L546)(P2),
- fabrication d'idées culpabilisantes, « *Ces idées de responsabilité à cent pour cent, c'est quand même culpabilisant parce que si derrière on y arrive pas, c'est tout de sa faute quand même* » (L481-L482)(P10),
- déclenchement de douleurs psychosomatiques, « *Toutes ces méthodes font ressortir énormément de douleurs et le corps des fois il en peut plus* » (L156-L157)(P9),
- « *Elle m'a fait des cures d'homéopathie, (...) je me déclenchais des douleurs immenses* » (L164->L167)(P9).

La **souffrance engendrée par l'état dépressif**, pouvait **freiner** certains patients dans leur pratique non conventionnelle :

- « *J'avais arrêté le yoga, quelques années, j'ai repris le yoga mais aussi c'est à chaque fois puisque on est, on est réellement épuisé* » (L41->L43)(P3),
- « *Quand ça allait pas bien, fallait quand même qu'on me stimule quoi.*» (L102->L103)(P4),
- « *Quand je suis vraiment dans des traversées difficiles avec des pensées noires et tout ça j'ai beaucoup de mal à pratiquer* » (L162-L163)(P10).

La **condition physique des patients** pouvait les limiter dans certaines pratiques :

- « *Parce que je me suis fait mal au dos (...) je reprends pas tout de suite la course à pied parce que c'est un sport un peu, un peu plus dur pour le squelette* » (L96-L98)(P4),
- « *Le risque c'est si on a des blessures déjà physiques on peut pas faire n'importe quel sport* » (L236-L237)(P4),
- « *(Arrête yoga) Mais j'ai eu des problèmes de dos* » (L302)(P5),
- « *Je faisais beaucoup de marche ça m'aidait beaucoup après ça fait deux trois ans que je fais plus car ça me fatigue beaucoup* » (L302->L304)(P5),

Le **caractère chronophage** de certaines MNC mettait à l'épreuve la motivation du patient dans sa pratique :

- « *J'ai arrêté le sport il y a quatre ans quand j'ai commencé mon travail* » (L113)(P4),
- « *Sur la dépression je dirai que l'acupuncture c'est long il faut vraiment être motivé* » (L175-L176)(P11).

L'effet des MNC pouvait être **temporaire** :

- « *Ça marche le temps que je prenne certaines granules mais dès que j'arrête ça revient* » (L283-L284)(P9),
- « *J'ai peut-être un peu moins pratiqué* » (L265)(P10).

3.3.3.5.3. Difficultés liées au thérapeute et à l'accompagnement des MNC

Plusieurs patients soulevaient le **problème d'accompagnement après un stage**, qui provoquait une déconnexion avec la vie quotidienne :

- « *C'est le fait du stage aussi parce qu'on est tellement déconnecté et tout mais là après le retour à la réalité c'est pas évident* » (L549-550)(P2),
- « *Y a un problème d'accompagnement* » (L553)(P2),
- « *On peut quand même sortir de là en se sentant galvanisé, en se sentant très puissant. Et derrière, retrouvant sa vie, ses fragilités, l'absence du groupe enfin voilà se sentir très mal* » (L485-L487)(P10).

Le patient avait besoin d'**adhérer à la philosophie et à la technique propres à chaque MNC**, dans le cas suivant du professeur de Yoga :

- « *J'en ai fait à C. pendant une année -la première année où je suis arrivée- et comme je raffole pas de la technique et du prof je me suis un peu arrêtée* » (L181-L182)(P1),
- « *Des gars qui étaient plus sur le côté philosophique, alors là c'était désastre on faisait que tchatcher. Et ça pour moi c'était pas bon* » (L343-L344)(P2),
- « *J'ai jamais retrouvé quelqu'un qui fasse du Hatha yoga, c'était beaucoup plus compliqué et j'avais du mal moi les postures* » (L329-L330)(P5),
- « *(Le yoga est) Basé sur la respiration, ça je l'ai appris plus tard et euh en fait elle s'occupait pas tellement de... elle me l'avait pas dit, je bloquais tout* » (L51-L52)(P6).

La difficulté pouvait provenir du **thérapeute** lui-même car il **ne répondait pas aux attentes** du patient :

- « *Il (l'acupuncteur) était trop réaliste dans ses propos et ça m'a pas convenu. Il était comment dire, il était trop lucide sur la vie et sur le monde et ça me convenait pas* » (L254-L255)(P3).

Le patient pouvait éprouver une difficulté à se positionner par rapport à l'accompagnant de MNC, entraînant une ambiguïté :

- « *Mais l'avantage c'est que ma psychologue elle est psychologue et c'est pas ambivalent tandis que avec F. (professeur de Yoga) pour moi c'est un peu embêtant* » (L629-L630)(P2).

Il pouvait s'agir d'une **erreur de pratique** de la part d'un accompagnant de MNC qui outrepassa ses compétences :

- « *J'ai dû dire quelque chose et ça m'a renvoyé une mauvaise image de moi et elle, elle a pas su, (...), elle a pas su comme ma psychiatre ou ma psychologue, me rassurer (...) je me suis sentie jugée.* » (L285->L287)(P6).

Une patiente soulevait **l'influence néfaste** que pourrait avoir certains accompagnants de MNC :

- « *Se laisser je sais pas, ouais il pourrait y avoir de l'emprise, il pourrait y avoir un conditionnement fort de la part de ce genre de personnes qui exercent pas mal de puissance.* » (L471-L473)(P10) et la nécessité de **garder du recul** par rapport à certaines propositions :

- « *Il faut toujours faire attention je pense. Quand je suis allée voir X (conseillère en Fleurs de Bach), elle m'a proposé si vous voulez d'autres choses en parallèle. Des séances de travail et tout ça. (...) je me suis dis non mais ça c'est complètement loufoque* » (L442->L447)(P12).

3.3.3.5.4. L'aspect financier

Certains patients **relativisaient le coût financier** des MNC :

- « *Alors ben le Yoga c'est le prix d'une activité normale* » (L221)(P3),

- « *J'ai trouvé une association qui enfin je trouve que c'est très accessible* » (L291-L292)(P7),

- « L'acupuncture ne me coûte rien parce que je suis envoyée par mon médecin traitant donc j'ai les vingt-trois euros et que j'ai une complémentaire qui me rembourse quarante-cinq euros » (L392-L294)(P5).

D'autres soulignaient le **prix excessif** de certaines MNC, constituant un frein :

- « Donc je voulais bien essayer (l'acupuncture) mais pour une question d'argent, j'ai préféré d'abord refaire du sport qui est moins coûteux. » (L181-L182)(P4),

- « Je fais plus de cours (de yoga) parce que justement je trouve que c'est cher » (L413)(P6),

- « L'Aquabike je pense qu'il fait pouvoir se le permettre parce que effectivement c'est un coût » (L290-L291)(P8),

- « C'est un vrai problème. Le prix. C'est clair que c'est un budget pour la maison » (L353)(P9),

- « J'y ai presque laissé un héritage » (L493)(P10)

- « Pour tous ces soins alternatifs, y a clairement de l'exagération, je trouve que c'est par moment très cher » (L497-L498)(P10).

Certains considéraient cette dépense comme un **sacrifice nécessaire** : « Je préfère faire cet effort financier et me sentir mieux » (L256)(P11).

Des **solutions** comme la prise en charge par les organismes sociaux étaient proposées par deux patientes :

- « J'aimerais effectivement que ce soit mieux remboursé pour que peut-être plus de personnes puissent bénéficier » (L253-L254)(P11),

- « Ce qui serait bien c'est que ce soit remboursé » (L366-L367)(P12).

Difficultés rencontrées dans le recours aux MNC / Synthèse

- L'image sectaire et celle de non efficacité renvoyées par les MNC pouvaient freiner certains patients. D'autres faisaient état du jugement de l'entourage.
- Les MNC pouvaient provoquer des réactions physiques et psychologiques négatives telles qu'une dépendance au sport, le déclenchement d'idées noires et culpabilisantes

voir de douleurs psychosomatiques.

- La situation du patient au regard de sa condition physique et de ses disponibilités pouvait être un frein.
- Les patients pouvaient rencontrer des difficultés liées aux thérapeutes non conventionnels et aux accompagnants. Ils pouvaient être confrontés à des erreurs d'accompagnement telle qu'une rupture de soins au retour d'un stage. Ils soulevaient la nécessité d'adhérer à la philosophie et à la technique de l'accompagnant de MNC. Le positionnement du patient par rapport au thérapeute pouvait être ambigu ou entraîner une influence potentiellement néfaste.
- Si certains patients le relativisaient ou le considéraient comme un sacrifice nécessaire, le coût financier des MNC était élevé voire excessif pour la plupart des patients.

3.3.4. Les lectures

3.3.4.1. Une aide pour la dépression

Les patients, à la recherche de solutions pour guérir, se tournaient vers les livres :

- « *Quand on n'est pas bien, on est attentif aux choses peut-être auxquelles on ferait pas attention d'habitude* » (L210-L211)(P12),
- « *Je cherche des solutions si vous voulez dans des choses qui me parlent.* » (L217)(P12).

Le recours pouvait être spontané et varié : « *J'ai lu pas mal de bouquins après quand même* » (L105)(P12).

La lecture apportait aux patients des **conseils sur la prise en charge de sa dépression** :

- « *Lors de ce Burn Out, à travers tous les bouquins que je lisais, les documents que je visualisais sur internet la pratique du Yoga était fortement recommandée donc j'ai repris* » (L131->L133)(P3).

C'était une **aide à la connaissance de soi** et un point de départ **au travail sur soi** :

- « *J'arrive à faire un travail sur moi. C'est un livre qui m'a aidé* » (L427-L428)(P6),
- « *J'ai lu des livres qui ont à chaque fois été des déclics pour moi* » (L239-L240)(P8),
- « *Je me suis dit y a un moment où faut changer quoi, faut accéder au changement, faut lâcher des choses* » (L241-L242)(P8).

Les patients y trouvaient une aide pour **progresser dans la prise en charge de leur dépression** :

- « *Alors que y a deux ans, ça c'était possible de me plonger dans la dépression ce genre de choses (...) Alors que là je me sens forte* » (L437->L439)(P6),
- « *Je range ma maison mais c'est important parce que là, je suis en train de finir de lire « la magie du rangement »* » (L115-L116)(P8),
- « *Ça m'a beaucoup aidée à, à relativiser les choses* » (L110)(P12).

3.3.4.2. Acquisition de connaissances sur les MNC, leur mise en pratique et leurs effets sur la dépression

« *Oui sur les médecines parallèles, je lis beaucoup oui.* » (L180)(P3)

« *J'ai appris dans ce premier livre que j'ai acheté que c'était très important la respiration. (Yoga)* » (L152-L153)(P6)

« *Pour mieux comprendre. Comment vraiment faire les exercices* » (L159-L160)(P6)

« *J'ai acheté un livre pour le running pour les débutantes et j'ai appliqué une méthode tout simplement* » (L135-L136)(P7)

« *Ça permettait de reprendre tout doucement et de s'inscrire dans cette régularité* » (L141-L142)(P7)

« *Qui du coup m'a filé pas mal d'infos là-dessus, que j'ai lu.* » (L391-L391)(P10)

« *Livres magazines, des petites fiches. Je m'étais acheté un petit guide complet sur les huiles essentielles* » (L394-L395)(P10)

« Qui a besoin d'aller trouver des trucs pour me relaxer, pour me détendre, souffler et tout ça donc ce genre de support » (L404-L405)(P10)

Les lectures / Synthèse

- Les lectures étaient spontanément évoquées par les patients dans les entretiens. On pouvait les distinguer en deux catégories.
- Pour une première catégorie, les lectures apportaient aux patients des conseils qui leur permettaient d'acquérir une meilleure connaissance de soi et une aide au travail sur soi. Par ce type de lectures, certains patients avaient le sentiment d'avoir progressé dans la prise en charge de leur dépression.
- La deuxième catégorie de lectures concernait les médecines non conventionnelles et permettaient aux patients de découvrir les différentes pratiques, leurs techniques et leurs bienfaits sur la dépression.
- Ces lectures semblaient venir compléter la démarche de soins que le patient entreprend lorsqu'il envisage le recours aux MNC.

4. DISCUSSION

4.1. Résultats principaux

L'analyse des résultats de notre étude aboutit à plusieurs constats. L'échec ou la déception au regard de la médecine conventionnelle, motif énoncé par Laplantine dans les années 80⁵(41), est loin d'être une raison suffisante pour expliquer le recours des patients dépressifs aux MNC. Leurs motivations sont l'association d'un ensemble de facteurs liés à leurs expériences et à leur état physique et psychologique. Les principaux résultats de notre étude sur les motivations du recours aux MNC chez les patients dépressifs, sont leurs représentations et leurs positionnements dans la dépression, leur relation au médecin et l'apport des MNC dans leur maladie.

4.1.1. Représentation de la dépression par le patient

Les patients évoquaient différentes hypothèses quant à l'origine de leur dépression.

Laplantine F.(42) décrit plusieurs modèles étiologiques concernant la représentation de la maladie. Les premiers modèles opposent le modèle ontologique, purement physique –« *une localisation de la cause, une spatialisation de la maladie dans le corps* »-, au modèle fonctionnel – pensé comme un équilibre - déséquilibre, chez un être unique -. La représentation des patients de notre étude s'inscrivait dans une dynamique plutôt fonctionnelle avec un ensemble de causes bio-psycho-sociales évoluant dans le temps. Comme a pu l'observer Laplantine au cours de ses entretiens, ce modèle fonctionnel – comparé au modèle ontologique- « *suppose une beaucoup plus grande implication physiologique, psychologique et sociale du malade dans le champ et l'histoire de sa maladie* ».

⁵ Pour Laplantine, cinq types de patients ont recours aux MNC, majoritairement motivés par l'échec et/ou les carences de la médecine conventionnelle, par ordre décroissant : 1/ Les malades souffrant de troubles chroniques et fonctionnels, 2/ Ceux qui présentent des affections aiguës bénignes, 3/ ceux qui les utilisent à titre préventif, 4/ ceux qui entreprennent une cure de désintoxication, 5/ les cas réputés « incurables », laissés pour compte de la médecine conventionnelle.

Pour lui l'engouement pour les MNC est lié à « *une sensibilité réactionnelle à la mutation des sociétés industrielles avancées* » avec entre autre le refus d'un certain mode de rationalité scientifique et technique, le refus de la complexité de nos sociétés, le refus d'une culture élitiste, le refus d'une société de consommation, le refus d'une société de l'objet, de l'anonymat, auxquels on oppose une exigence d'individualisation, le refus du modèle patriarcal etc.

Cette approche peut nous donner une première information quant aux choix thérapeutiques pris par les patients et quant à l'implication de ces derniers dans leur maladie.

Les patients de notre étude présentaient plusieurs hypothèses endogènes et exogènes de leur dépression. Ces modèles étiologiques sont également décrits par Laplantine, s'enrichissant des modèles précédents. Les patients rapportaient des événements de vie déclencheurs ou favorisant comme un accident, un surmenage professionnel, des expériences de vie douloureuses dans l'enfance, une prédisposition génétique, etc. Laplantine nuance ses propos en disant que le malade peut concevoir les deux registres en même temps. Dans notre étude, les deux types de mécanismes endogènes et exogènes pouvaient être présents chez un même patient.

Laplantine développe également d'autres modèles s'enrichissant des premiers, comme le modèle additif retrouvé chez nos patients, qui lorsqu'ils décrivaient les soins non conventionnels parlaient d'extraire le mal.

Les différents moyens que mettaient en place les patients pour se soigner étaient en lien avec leur représentation de la dépression. Nombre de modèles étiologiques s'entremêlent et régissent leurs comportements comme le souligne Quéniart A, « *Les théories étiologiques peuvent influencer les types de recours aux soins, l'attente par rapport aux traitements proposés et la qualité perçue des soins, voir le niveau de satisfaction de la prise en charge* ».(43)

Les patients identifiaient leurs symptômes, l'évolution de leur maladie à risque de récurrence et différenciaient le normal du pathologique. Ils étaient conscients des modifications de leur comportement et de leurs pensées provoquées par la dépression, telles que la perte de contrôle, la dissociation corps-esprit. Cette connaissance les incitait à intervenir directement sur ces modifications en ayant recours aux MNC.

Selon Tremblay P., la variabilité des modes d'expression de la dépression et l'absence de précisions quant à ses causes exactes sont à l'origine de zones inconnues qui sont davantage investies par les patients de « *constructions variables selon les différents groupes en fonction des valeurs propres à chacun* ». Ces différentes représentations « *entretenu vis à vis de la dépression feront en sorte que les causes, les symptômes et traitements seront interprétés différemment et qu'en retour ces différentes interprétations engendreront probablement des conduites différentes* ».(44)

Au-delà du traitement choisi ou accepté par le patient, la réponse à celui-ci peut être influencée par les représentations initiales qu'il se fait de sa dépression. D'après Fennel et Teasdale, il semblerait que la thérapie cognitive soit plus rapidement efficace chez les patients dépressifs qui sont initialement plus favorables à la conceptualisation cognitive de la dépression et qui peuvent le relier à leur propre expérience.(45)

4.1.2. Un patient acteur et engagé dans la prise en charge de sa dépression

Les patients de notre étude se sentaient responsables de leur prise en charge, précisant que le travail de guérison ne pouvait être réalisé que par eux seuls. Ils devenaient acteur de leurs soins en s'engageant dans la prise en charge de leur dépression.

L'étude qualitative québécoise de Quéniart A. sur les motivations des patients au recours aux MNC, identifie un recours à deux vitesses. Le premier motif était curatif, les patients avaient recours aux MNC pour « régler le problème ». Puis dans un second temps, les patients y recourraient dans un but plus pérenne, « on y va dorénavant plus pour se soigner — et apprendre à le faire — que pour être guéri, d'une part, et dans un but de prévention ou d'entretien du corps ».(43) Cette démarche est retrouvée dans notre étude, dans laquelle les patients se positionnaient en tant que principal acteur de leur santé, à la recherche de bien-être, plus que de la guérison. La guérison restait néanmoins un élément de motivation. La prévention peut être rapprochée dans notre étude à la volonté de prévenir une récurrence dépressive par le biais des MNC.

La notion d'actif et passif est mise en exergue dans l'étude de Schraub S. La plupart de ses patients se sent active, en faisant la démarche d'un autre traitement.(46)

Dans son étude qualitative, Thorne S., conclut que l'utilisation des MNC fait partie intégrante d'un processus global que met en place le patient pour accroître sa responsabilité face à sa propre santé.(47) Ces constats rejoignent nos résultats concernant le positionnement des patients dans leur dépression. En ayant recours aux MNC, les patients s'engageaient de façon active dans leur parcours de soin, adoptant ainsi un comportement responsable. Ils font des choix thérapeutiques. L'image qu'ils se faisaient de leur traitement était essentielle dans le recours aux MNC. Bien que considérés comme nuisibles et chimiques, les traitements psychotropes étaient perçus par les patients de notre étude, comme efficaces et d'action rapide mais empêchant le patient de se prendre en charge, du fait de l'effet « camisole psychique ». Cette vision est retrouvée dans une étude de sondage d'opinions sur les traitements psychotropes réalisée par Benkert O. Celui-ci montre que le patient accepte d'autant plus le

traitement qu'il en perçoit la nécessité et que la maladie est sévère. Le traitement psychotrope, même s'il est considéré par les patients comme efficace sur les symptômes, conserve une image négative en proie à des effets secondaires considérables, tels que la dépendance, la perte de contrôle, et qui masquent les problèmes réels.(48) Cette vision incite le patient à recourir à d'autres méthodes afin de « *soigner la cause* ». Phénomène également abordé dans cette même étude, lorsqu'aucune autre thérapie n'était proposée, le patient avait beaucoup plus recours au traitement psychotrope que s'il avait le choix avec d'autres méthodes alternatives y compris la psychothérapie pour soigner la dépression.

4.1.3. La relation médecin –patient

Les patients attendaient du médecin certaines compétences comme la prescription, le renouvellement de ses traitements psychotropes, etc. mais également une écoute active sur leur dépression et sur leur recours aux MNC. Dans le contexte de notre étude les patients étaient relativement autonomes.

Kleinman part du principe que la rencontre du modèle explicatif du médecin et du patient construit la relation. Ou, comment la rencontre des représentations du patient et du médecin influence les décisions prises et l'acceptation du traitement par le patient. Ces modèles explicatifs sont exposés par les deux protagonistes de la relation médecin-patient puis analysés l'un par l'autre. Ils sont « *rassemblés en réponse à un épisode particulier de maladie chez un sujet donné dans un secteur donné* ». Ils regroupent les représentations et vécus de la maladie par le patient et par les autres professionnels de santé. Ces modèles interagissent entre eux pour établir une relation thérapeute-patient. A l'issue de la confrontation entre le modèle explicatif du patient et celui du médecin, quatre schémas sont possibles.(49) Deux d'entre eux semblent ressortir de notre étude : « *le patient s'approprie le modèle du médecin, tout en conservant le sien* » ou « *il accorde davantage d'importance au sien par rapport à celui du médecin* ». Ces modèles explicatifs remettent en perspective la relation entre le médecin et le patient dans le recours aux MNC. Bien qu'ils ne soient pas « *isomorphes* », les modèles explicatifs s'ils sont clairement énoncés et expliqués par les deux protagonistes de la relation, aboutissent à une solution thérapeutique satisfaisante et partagée par eux.

Dans l'étude menée par Eisenberg DM, la majorité des patients n'estime pas que les praticiens de MNC offrent aux patients une explication plus compréhensible et utile que leur

médecin sur leur problème médical.(50)

Tout au long de leur parcours de soins, les patients de notre étude avaient à l'égard de leur médecin des attentes différentes selon leurs besoins. Ils adoptaient un comportement autonome lorsque leur dépression était stable. Ils se soumettaient à l'expertise du médecin lorsqu'ils jugeaient nécessaire l'adaptation de la posologie des antidépresseurs, pour se rassurer quant à une potentielle récurrence, ou face à un recours inadapté aux MNC. Ces différents types de relation médecin-patient sont décrits par le Dr Lussier M-T, en fonction des stades de la maladie, le médecin s'adapte à la situation et modifie son attitude : expert en charge⁶, expert-guide, partenaire ou facilitateur.(51) Une démarche explicative et une attitude relationnelle adoptée par le médecin, portée sur la communication, permet une meilleure participation du patient à ses soins, et potentiellement une amélioration subjective de son état de santé. Cet « *effet médecin* » (52) joue probablement un rôle dans les représentations et le positionnement qu'ont les patients de leur dépression et donc dans leurs recours aux MNC. Les patients étaient également attachés à la confiance qu'ils portaient à leur médecin et à leur thérapeute non conventionnel, parfois plus qu'aux traitements prescrits.(15)

L'accompagnement des patients par leur médecin, dans leur recours aux MNC, était essentiel. S'il n'est pas systématiquement informé du recours(17), le médecin peut encourager, conseiller et être vigilant concernant les pratiques. Les travaux du Dr Zully E. et Cathébras P, montrent que la relation médecin-patient ne se situe pas au premier plan motivant le recours.(53)(54)

Les patients de notre étude étaient satisfaits de l'écoute offerte par leur médecin. Elle était étroitement liée au temps que leur médecin pouvait leur consacrer. Une écoute active, concernant leur dépression était un point essentiel pour les patients. Une patiente estimait ne pas avoir assez de temps de parole avec son médecin. Pour Laplantine, l'échec de la relation médecin-patient peut être un élément motivant le recours aux MNC.(41) Dans notre étude, la plupart des patients était satisfait de la relation avec leur médecin. Dans une étude menée par Eisenberg D., 52% des répondants n'estiment pas être mieux écoutés par leur praticien de MNC que par leur médecin conventionnel.(50) Confirmé par le sondage IFOP, dans lequel seulement 25% des patients estiment être mieux écoutés par leur praticien non conventionnel.(15)

⁶ Expert en charge : décision prise par le médecin de façon unilatérale.

Le recours aux MNC ne peut donc pas être considéré comme un échec de la relation médecin-patient. Le médecin en écoutant le patient, en lui proposant un accompagnement dans son parcours de soins, en le responsabilisant par rapport à sa prise en charge et en le rendant autonome pourrait favoriser le recours aux MNC.

Pour Quéniart A., c'est plus dans la recherche d'une écoute, d'une compréhension, d'un sens à sa maladie plutôt que dans une logique d'efficacité que le patient se dirige vers les MNC.(43) A contrario, la recherche d'efficacité par les patients de notre étude est un point important que nous développerons par la suite.

Les patients attendaient de leur médecin qu'il entende son recours sans jugement, comme présenté par Dubois-Courvoisier J. dans son travail de thèse.(55) La demande de la reconnaissance de la médecine non conventionnelle par la médecine conventionnelle est aussi un aspect constaté dans son étude.

Les patients de notre étude attendaient de leur médecin au-delà d'une ouverture d'esprit, un dialogue concernant les MNC et qu'elles soient intégrées dans leur parcours de soins conventionnel. Ces attentes sont partagées par les patients de l'étude de Thorne S.(47) Les patients de notre étude justifiaient celles-ci par le souhait d'une plus grande sécurité et d'une plus grande cohérence de leurs soins. La proposition de MNC par le médecin est un point de vue non partagé par les patients de Thorne S.(47)

4.1.4. Efficacité des MNC dans la dépression

4.1.4.1. Du point de vue des patients

Notre travail a fait ressortir un nombre important d'apports des MNC pour le patient dépressif comme élément de motivation, l'orientation des entretiens n'y étant peut-être pas étrangère. Les attentes et bénéfices des MNC ressentis par les patients étaient de plusieurs ordres, physiques et psychologiques tels que le bien-être, la gestion des émotions, le tissage du lien corps-esprit, la modification des comportements et pensées, la compréhension de la dépression et de ses propres fonctionnements avec comme conséquence un impact sur la consommation médicamenteuse et la récurrence dépressive. La nature de ces effets sur la dépression est un aspect important à connaître pour comprendre ce recours. Si les patients n'attribuaient pas aux MNC la « guérison » de leur dépression, ils considéraient les MNC

pour la plupart efficaces, ce qui les incitait à y recourir. Un sondage IFOP confirme cette tendance, 53% des patients interrogés estiment qu'une des raisons du recours est l'efficacité des MNC. Cette motivation se place en deuxième position après le souhait de prendre moins de médicaments.(15)

Le travail de Dubois-Courvoisier J. sur les motivations des patients au recours aux MNC en général, ne met pas en évidence cet aspect de façon aussi franche. Elle met l'accent sur la représentation des MNC, la relation médecin-patient et la connaissance des MNC à travers l'expérience personnelle.(55)

Thorne S. et al ont montré à travers une large étude qualitative chez des patients atteints de maladie chronique, que le recours aux MNC leur permettait d'obtenir une amélioration de leur qualité de vie, d'accéder à un bien-être optimal et d'acquérir différents processus de travail possible vers un meilleur niveau de santé.(47) La santé telle que définie par l'OMS est « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».(56) L'objectif des patients atteints de maladie chronique et qui ont recours aux MNC ne serait donc pas seulement la guérison, mais également de tendre à un meilleur état de santé, tel que défini par l'OMS. Cet aspect était largement abordé dans notre étude.

La majorité des patients de notre étude, en dehors d'une qui ne s'était pas prononcée, ressentait une efficacité des MNC sur leur état de santé et sur leur dépression. Dans son étude sur les usagers de MNC en cancérologie, Schraub S. a relevé que les patients trouvaient une preuve d'efficacité sur les symptômes ou sur l'état général, mais pas sur leur cancer.(46)

La recherche de l'amélioration des manifestations physiques, somatiques et psychologiques de la dépression et de la diminution de la consommation médicamenteuse est un des éléments de motivation retrouvé dans le travail de thèse de Zami M., qui classe ces attentes en déterminants positifs dans le recours à l'acupuncture par les patients dépressifs. Elle classe néanmoins le souhait des patients d'éviter une récurrence dépressive en « alternative thérapeutique », là où le recours des patients de notre étude était pour la plupart du temps complémentaire à la médecine conventionnelle.(57)

Quéniart A. a remarqué que les patients au contact de leur thérapeute non conventionnel, en les aidant à cheminer, à acquérir le savoir sur les soins, leur corps et leurs symptômes, apprenaient à mieux se connaître.(43) Les patients de notre étude accédaient à cette

connaissance de soi de plusieurs façons, par l'expérience acquise au cours d'un EDM antérieur, par le biais de leur médecin ou d'un thérapeute non conventionnel, par les pratiques non conventionnelles et les lectures. Ce pluralisme thérapeutique était à l'origine d'une meilleure connaissance de soi et de la dépression chez nos patients.

L'expérience positive d'un membre de l'entourage était le premier argument du recours aux MNC des patients hospitalisés de l'étude de Cathébras P., aspect également retrouvé dans notre travail lors de la mise en évidence de l'élément intermédiaire.(54)

4.1.4.2. Médecine basée sur les preuves

L'efficacité perçue par les patients ou les soignants ne préjuge pas de l'efficacité réelle des MNC sur la dépression, comme le souligne Graz B. dans son ouvrage. La guérison après traitement ne prouve pas qu'elle est due au traitement mais qu'elle peut être la conséquence d'une toute autre chose.(36) Il est nécessaire de pouvoir apporter la preuve scientifique de l'efficacité des MNC sur la dépression par des études randomisées et contrôlées. Un certain nombre d'études ont été réalisées sur l'efficacité des médecines non conventionnelles dans la dépression.

Une revue de la littérature réalisée par Ravindran AV et Da Silva TL, en 2013, fait le point sur les différents niveaux de preuves des MNC en complément d'un traitement psychotrope dans la dépression. L'exercice, le yoga, la luminothérapie, les acides gras omega-3, la S-adenosylmethionine et le tryptophane avaient un niveau de preuve 3⁷(58). « Free and Easy Wanderer Plus » (plante chinoise) et la privation de sommeil avaient un niveau de preuve 2. Ils classaient ces approches en troisième ligne de traitement dans la dépression. Les études sur l'acupuncture étaient trop hétérogènes et de trop faible qualité pour conclure à une recommandation de pratique.(59) Une méta-analyse de 2008 confirme les résultats trouvés pour l'acupuncture. Si les études montraient une diminution de l'intensité de la dépression avec l'acupuncture par une baisse du score du Hamilton test (HAM-D) ou du Beck Depression Inventory (BDI), elles ne permettaient pas de conclure à un taux significatif de réponse et de rémission de la dépression.(60)

7

| Grade des recommandations | Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature |
|---|---|
| A Preuve scientifique établie | Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées. |
| B Présomption scientifique | Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes. |
| C Faible niveau de preuve scientifique | Niveau 3 - études cas-témoins. |
| | Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale) |

Une autre revue de littérature de Mars 2016 sur l'efficacité des MNC dans la dépression a été réalisée. Elle ne retrouve pas d'élément de preuve admissible pour la pratique du yoga et de la méditation versus un antidépresseur de deuxième génération dans l'EDM. Le taux de réponse était similaire dans le groupe millepertuis et antidépresseurs dans neuf essais pour un EDM sévère après six à douze semaines de traitement. Cette étude ne retrouvait pas de différence significative entre ces deux groupes dans d'autres essais concernant le taux de récurrence, en sachant que la posologie des antidépresseurs dans les études était faible ou modérée. La force des études sur l'acupuncture était remise en cause car toutes conduites en Chine, où de nombreux biais de publication sont présents. Les études ne montraient pas de différence significative entre les groupes assignés à des exercices physiques aérobie et les groupes soignés par antidépresseurs. Mais l'absence de différence significative entre les groupes ne signifiait pas équivalence.(61)

L'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) cite plusieurs méta-analyses concernant le millepertuis avec la même conclusion, qu'il était supérieur au placebo pour les EDM légers à modérés et semblait aussi efficace que les antidépresseurs tricycliques à faible dose et sur un essai de courte durée. La faiblesse des études est là aussi pointée du doigt.(2)(62)

Une méta-analyse réalisée en 2001 sur l'efficacité de l'activité physique comme intervention dans la prise en charge de la dépression montre que l'activité physique réduit les symptômes de la dépression comparée au placebo, mais ne peut conclure à une efficacité dans la prise en charge de la dépression. Les types d'activités aérobie ou anaérobie⁸ avaient une efficacité similaire. La faiblesse de la méthodologie des études, telle que la quasi-absence de double aveugle, la quasi-absence d'analyse en intention de traiter, la présence de participants non clinique⁹, l'hétérogénéité des études, la courte durée des essais, surestime les résultats de cette étude. Les médecins peuvent conseiller la pratique d'une activité physique, mais uniquement en complément de la prise en charge standard.(63)

⁸ Cf annexe 1

⁹ Participants non cliniques : groupe de personnes issu de la population générale, qui n'est pas constitué d'un échantillon de patients dont la dépression a été établie cliniquement par un professionnel de santé et par des échelles d'évaluation validées de la dépression.

Il n'y a pas d'évidence démontrée des effets du Qi gong sur les troubles dépressifs, par manque d'étude réalisée. La privation de sommeil, partielle ou complète, a montré des effets antidépresseurs chez les patients dépressifs, bien que l'effet soit temporaire. La luminothérapie, contre placebo, a montré son efficacité dans la dépression saisonnière.(64)

Concernant la Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT), la revue de littérature de Strub L et Tarquinio, de 2011, regroupant trente-sept études, suggère un potentiel quant à l'efficacité de la MBCT en terme de prévention de la rechute dépressive chez les patients présentant au moins trois épisodes dépressifs antérieurs en association au traitement conventionnel par antidépresseur.(65) Dans son article sur les recommandations de pratique clinique concernant la prévention de la rechute dépressive, Llorca P.-M. classe la MBCT en deuxième ligne de traitement, avec un niveau de preuve 2 comme la thérapie interpersonnelle.(11) Une étude contrôlée et randomisée d'avril 2015, suggère que la MBCT pourrait être une alternative au maintien des antidépresseurs dans la prévention de la rechute ou de la récurrence dépressive, n'ayant pas trouvé de différence significative entre le programme de MBCT et les antidépresseurs sur une période de vingt-quatre mois.(66)

En dehors de la MBCT, toutes ces études mettent en évidence de trop nombreuses faiblesses dans la méthodologie, telles que la courte durée des essais, l'absence de double aveugle, l'abandon important des participants, les faibles échantillons et l'hétérogénéité des études. Elles n'ont pas non plus évalué les effets des MNC sur le long terme, et notamment concernant la prévention de la rechute dépressive, enjeu qui était largement évoqué par nos patients. Pour la grande majorité, ils avaient recours à des MNC sur de longues périodes et les bénéfices ressentis par les patients se répercutaient en grande partie sur leur qualité de vie, dimension peu évaluée dans les études.(61)

Comme le suggèrent ces études, bien que ces résultats soient encourageants, d'autres essais de plus fort niveau de preuve doivent être menés afin de confirmer l'efficacité et la sécurité de toutes ces méthodes non conventionnelles sur la dépression.

4.2. Validité interne

4.2.1. Force du travail

Dans une société où la dépression est un réel problème de santé publique et le recours aux MNC un phénomène grandissant, identifier les motivations des patients dépressifs qui ont recours aux MNC était un objectif rentable, d'autant que faisant l'objet de peu d'études. La méthode qualitative, par le biais de questions ouvertes, nous est apparue la plus pertinente pour recueillir le vécu, le ressenti et les représentations du patient concernant sa dépression et son recours aux MNC.

La diversité de l'échantillon en terme d'âge, de milieu de vie et de statut professionnel était respectée.

La sélection des patients était soit faite par un professionnel de santé soit par le biais des MNC. Vivre ou avoir vécu un épisode dépressif était un critère de sélection. La construction des entretiens avec la narration de l'histoire de leur dépression et les critères d'inclusion tels que la prise de traitement antidépresseur et/ou le suivi psychologique, permettaient de confirmer le diagnostic de dépression.

L'entretien était réalisé lors de la première rencontre entre l'enquêtrice et le patient, empêchant la création de lien entre eux. Les entretiens se déroulaient dans le lieu choisi par le patient, lui permettant de se confier plus librement.

La saturation des données a été obtenue au bout du dixième entretien, nous laissant deux entretiens supplémentaires pour la confirmer.

La retranscription des entretiens s'est faite mot à mot et rapidement après la réalisation de l'entretien assurant ainsi la fidélité des propos et idées des patients. Les thèmes n'ont pas été définis à l'avance mais au fur et à mesure de l'analyse des entretiens.

Les entretiens et les résultats ont été soumis à une lecture croisée par un second lecteur.

4.2.2. Limites du travail

Une grande partie du recrutement faite par les médecins, pouvait correspondre à un intérêt plus marqué de leur part pour le suivi des patients dépressifs et une ouverture aux MNC. La

relation des patients de notre étude avec leur médecin pouvait être plus satisfaisante. Ce type de recrutement a pu aboutir à l'exclusion des cas complexes. Les difficultés liées au recrutement des patients ont entraîné une période longue entre le premier et le dernier entretien, majorant le sentiment de novicité de l'enquêtrice sur les premiers entretiens. Malgré l'acquisition d'assurance au fil des entretiens, la peur de générer, par des questions trop poussées, des émotions difficiles à gérer pour le patient a pu parfois freiner l'enquêtrice dans ses relances. Il est possible que certaines réponses aient été restreintes par les émotions des patients, bien qu'un grand nombre nous ait affirmé en fin d'entretien, en avoir ressenti un bénéfice, comme une synthèse de leur parcours de soins.

La difficulté de mise en place d'une échelle d'évaluation de la dépression lors du recrutement nous a obligé à surseoir à la pose systématisée du diagnostic de la dépression et de la qualification de son intensité.

L'échantillon était constitué par onze femmes et un homme. Cette inégalité peut s'expliquer par la tendance féminine du recours aux MNC et la prévalence plus importante de la dépression chez la femme que chez l'homme.

Pour éviter l'auto-diagnostic de la dépression par les patients, ils devaient avoir été ou être sous antidépresseur. Le recours aux MNC était donc principalement complémentaire. Il en résulte que le recours alternatif aux MNC n'a été que peu étudié au cours de notre travail.

Ce type de méthodologie, analyse qualitative, ne permet pas la généralisation des résultats à la population générale.

4.3. Autres résultats

4.3.1. La bibliothérapie

La lecture a été un élément spontanément évoqué par la moitié des patients de notre étude. Ils nous en ont fait part car ils l'estimaient être un élément de soins au même titre que les médecines non conventionnelles. Deux types de lectures ont été identifiés, sur les médecines non conventionnelles et sur la dépression. Se soigner par la lecture, quelque soit le support, est un phénomène connu et qui est désigné par le terme bibliothérapie. « *La bibliothérapie correspond à la lecture motivée par une personne ou un tiers, d'un support écrit dont la finalité est une amélioration de la santé mentale, soit par la diminution de la souffrance psychologique, soit par le renforcement du bien-être psychologique* ». Bonnet P-A, dans sa

thèse, classe les lectures en trois catégories : « 1/l'ouvrage n'est pas écrit pour soigner mais le patient y voit un bénéfice, 2/l'ouvrages orientés sur les considérations psychologiques et 3/ self help book livres d'auto-traitements qui offrent une méthodologie précise dans la prise en charge des problèmes psychologiques et psychiatriques, à aspiration cognitivo-comportementale ».(67)

Dans sa revue de littérature, c'est la prise en charge des troubles de l'humeur qui est la plus étudiée en bibliothérapie.

La nature des effets ressentis par les patients de notre étude, à la suite de certaines lectures, était une aide à la connaissance de soi, au travail sur soi et à la progression de la prise en charge de leur dépression. Ces bénéfices sont également retrouvés par Bonnet P-A au cours de son travail de thèse qui isole cinq concepts : « - « Comprendre » / Expérience d'éveil et accès à la connaissance, - Réaliser que « je ne suis pas seul » / renforcement et accompagnement, - Le livre est perçu comme une « aide » importante / apaisement ».(67)

Dans la revue de littérature de Morgan AJ et Jorm AF, de 2008, la bibliothérapie, dont l'aide dans la dépression a été évaluée à de nombreuses reprises au cours de méta-analyses, est présentée comme une intervention auto-administrée (« self-help intervention ») au même titre que le yoga, l'exercice, la phytothérapie etc. Elle souligne l'efficacité de la lecture versus groupe contrôle dans la dépression légère à modérée. Certaines faiblesses méthodologiques telles que la courte durée des essais, la petite taille des échantillons et la différence de bibliothérapie sont soulevées.(64)

Le recours à la bibliothérapie s'inscrit dans une démarche semblable à celle des MNC, où le patient en recherche de soins est à l'affût de solutions pour guérir.

4.3.2. Un recours complémentaire dans la dépression

Les patients de notre étude considéraient le traitement antidépresseur comme une aide pour avoir la force de se soigner et ainsi devenir acteur de sa santé. La majorité des recours non conventionnels était complémentaire au traitement allopathique comme l'observe Schraub S dans son enquête.(46) Il considère que les effets des MNC se potentialisent entre eux. Cette augmentation des chances de guérison est un argument fréquent retrouvé dans plusieurs études. Cathébras P., a compté que 41% des patients avaient recours aux MNC pour ce motif.(54) Dans une étude menée en 1997-1998 par téléphone, Eisenberg D. montre que 79% des répondants estiment qu'avoir recours de façon conjointe aux MNC et MC est plus

efficace que l'une sans l'autre pour leur problème.(50) Cette notion de pluralisme thérapeutique était confirmée par notre étude.

4.4. Signification du travail

La représentation de la maladie, le positionnement en tant qu'acteur de soins, la relation satisfaisante avec le médecin basée sur l'écoute et la compréhension et l'efficacité subjective attendue et ressentie par les patients dépressifs, étaient les principaux éléments de motivation au recours aux MNC identifiés dans notre étude. Pour augmenter leur chance de guérison, ils étaient à la recherche de tous moyens efficaces pour ne plus souffrir, qu'ils soient conventionnels ou non conventionnels. Le recours aux MNC de la part des patients était varié et adapté à leurs propres besoins et capacités physiques et mentales. Les patients attendaient de leur médecin une prise en charge globale en intégrant les médecines non conventionnelles. Ils souhaitaient que leur médecin puisse les conseiller et les accompagner dans leur pratique non conventionnelle notamment par rapport à leur champ d'action et leurs effets positifs et négatifs.

La médecine intégrative, est la combinaison de la médecine conventionnelle et des MNC, lorsque ces dernières ont fait la preuve de leur efficacité et de leur sécurité, afin d'offrir au patient les meilleurs soins possibles. L'intégration des médecines non conventionnelles dans les hôpitaux est de plus en plus fréquente aux Etats-Unis mais également en Europe, notamment en Suisse, en Allemagne, dans les pays scandinaves, au Pays-Bas et au Royaume-Uni.(36) Une des missions de l'OMS dans sa stratégie pour les médecines traditionnelles pour la période 2014-2023 est concernant la médecine non conventionnelle, « *qu'elle soit plus étroitement intégrée dans les systèmes de santé* ».(22)

Sarris J. propose, à partir d'une revue de la littérature, un modèle intégratif pour le traitement de la dépression d'intensité légère à modérée, nommé « ALPS model » pour « Antidepressant-Lifestyle-Psychological-Social Model ». Ce modèle de prise en charge de la dépression propose un ensemble de mesures individualisées à chaque patient, associant des mesures antidépresseurs synthétiques ou naturelles telles que l'acupuncture et la phytothérapie, une hygiène de vie (alimentation, exercice physique etc.), une intervention psychologique (TCC, thérapie interpersonnelle, intervention sur internet, etc.), et des activités

sociales. Bien que non testé scientifiquement ce modèle intégrant les MNC dans la pratique conventionnelle mérite réflexion.(68)

La médecine intégrative, en proposant les meilleurs soins pour le patient à partir de la médecine conventionnelle et non conventionnelle, met l'accent sur la prévention et le maintien de la santé, telle qu'elle est définie par l'OMS. Elle positionne le patient en tant qu'acteur de sa santé et de ses soins. Cette approche est intéressante dans le champ de la dépression, maladie chronique entraînant chez les patients une rupture importante avec leur état antérieur, et rejoint certains résultats de notre étude. Bien que de nombreuses études soient encore nécessaires pour valider l'efficacité et la sécurité des MNC dans la dépression, les patients sont demandeurs de ce type d'approche globale.

Le recours aux MNC était motivé par un certain nombre d'éléments, la volonté d'être actif dans leurs soins, la quête du bien-être, le souhait de diminuer leur consommation de psychotropes et d'éviter une récurrence dépressive, etc. Il est important que le médecin, en instaurant le dialogue sur les MNC, cerne les motivations du patient pour lui proposer une prise en charge individualisée et adaptée à ses attentes. Par ce biais, l'adhésion du patient à la prise en charge du médecin n'en sera que renforcée, et la sécurité concernant les MNC assurée. Le modèle de la médecine intégrative potentialise cette approche.

4.5.Perspectives

Le médecin en prenant en compte cet aspect intégratif des MNC pourrait proposer au patient une « médecine de la personne », plutôt qu'une « médecine de la maladie ». Cette prise en charge correspond à « l'approche centrée patient », méthode développée par Stewart M.(69) Il est apparu dans notre étude qu'au-delà de la guérison de leur dépression, les patients attendaient une prise en charge globale de leur corps et de leur esprit, de façon individualisée. Les résultats concernant l'efficacité des MNC dans la dépression ne sont à ce jour pas suffisamment étayés ni cadrés et les patients se perdent parfois dans l'immensité des possibilités offertes par toutes ces médecines. L'accompagnement de la part de leur médecin est important pour assurer au patient un parcours de soins cohérent et sécurisé.

La connaissance du point de vue de patients qui n'ont pas recours aux MNC dans leur dépression serait intéressante pour cerner de façon plus précise leur motivation.

La prévalence du recours aux MNC chez les patients dépressifs en France n'a jamais été étudiée. Une telle étude donnerait une indication supplémentaire sur l'importance de l'attention que le médecin devrait accorder à ce phénomène.

D'autres études, avec un niveau de preuve plus élevé, doivent encore être menées pour tester la sécurité et l'efficacité des MNC sur l'évolution de la dépression.

Dans un système de soins où le patient est de plus en plus autonome, il est important que nous comprenions ses attentes et ses choix pour sa santé et dans son propre intérêt.

5. CONCLUSION

Les MNC rencontrent un engouement considérable dans notre société ces dernières années et les troubles anxio-dépressifs en sont le deuxième motif de recours après les douleurs ostéo-articulaires. Initialement imputées aux échecs et/ou aux carences de la médecine conventionnelle, les motivations au recours aux MNC des patients semblent actuellement s'être diversifiées. Afin de pouvoir mieux accompagner le nombre croissant de patients dépressifs ayant recours aux MNC, il nous est apparu important de comprendre leurs motivations. Pour y parvenir, nous avons réalisé une étude qualitative auprès de douze d'entre eux, par le biais d'entretiens approfondis semi-dirigés.

Adopter un comportement responsable, en devenant acteur de leur santé était la première motivation des patients pour recourir aux MNC. Sous cet angle, l'augmentation des chances de guérison devenait un enjeu dans le recours aux MNC, et ils considéraient pour la plupart cette guérison partielle et/ou fragile avec un risque de récurrence non négligeable. Ce comportement responsable s'exprimait en partie par la vigilance accordée aux symptômes dépressifs, identifiés au fur et à mesure de leur parcours de soins. La prévention de la récurrence était également une crainte motivant ce recours. Le traitement psychotrope pouvait être perçu par certains patients comme les empêchant de se soigner par eux-mêmes et de « *soigner la cause* », et ils souhaitaient atteindre ces objectifs par la pratique des MNC. Paradoxalement, ils le considéraient comme nécessaire et efficace, leur permettant d'acquérir l'énergie suffisante pour pouvoir se soigner par eux-mêmes.

Le recours aux MNC était, dans notre étude, complémentaire de la prise en charge conventionnelle. Le pluralisme thérapeutique était choisi par des patients qui souhaitaient potentialiser tous les soins, pour diminuer leur souffrance. Les patients attendaient des MNC qu'elles soient adaptées à leurs besoins et à leur état physique et psychologique. Les lectures, ont été un élément, spontanément évoqué par les patients en tant que « *self-help intervention* ».

Le médecin généraliste et le psychiatre avaient, du point de vue des patients, chacun un rôle bien défini. L'écoute active et la confiance étaient les deux caractéristiques les plus importantes de la relation médecin-patient dans le suivi de leur dépression. Les patients souhaitaient que cette écoute soit également présente dans leur recours aux MNC et que ces dernières soient reconnues et entendues sans jugement de la part de leur médecin. Les patients étaient satisfaits de la relation qu'ils entretenaient avec le médecin traitant la dépression.

Le recours aux MNC était souvent incité par un proche avec la promesse d'une efficacité, motivation primordiale dans le recours des patients dépressifs aux MNC. Cette efficacité ressentie et recherchée dans les MNC n'est pas validée scientifiquement dans le domaine de la dépression. Si certains résultats d'études concernant le yoga, le sport, l'acupuncture, le millepertuis, etc., sont encourageants, la faiblesse de la méthodologie de ces études ne permet pas de conclure à leur efficacité tant dans l'EDM que la prévention de la rechute et récurrence dépressive (en dehors de la MBCT).

Nos résultats montrent que les patients étaient satisfaits de leur prise en charge conventionnelle et non conventionnelle. Des difficultés concernant le recours aux MNC étaient soulevées par les patients, telles que le coût, les problèmes d'accompagnement dans la pratique non conventionnelle, etc. Ces dernières encouragent d'autant plus le médecin à être à l'écoute, à être vigilant et accompagnant dans sa prise en charge de ceux-ci.

Bien que des études supplémentaires soient nécessaires pour valider l'efficacité des MNC dans la dépression, l'attrait des patients dépressifs pour les MNC et l'efficacité subjective de celles-ci sur l'état de santé des patients, devrait inciter le médecin de premier recours à instaurer le dialogue et intégrer ces approches dans le parcours de soins du patient, si celui-ci y est favorable. Dans le cadre d'une médecine intégrative d'« approche centrée patient », le médecin pourra alors proposer au patient dépressif un accompagnement cohérent et sécurisé dans le recours aux MNC.

Conclusions

Les MNC rencontrent un engouement considérable dans notre société ces dernières années et les troubles anxio-dépressifs en sont le deuxième motif de recours après les douleurs ostéo-articulaires. Initialement imputées aux échecs et/ou aux carences de la médecine conventionnelle, les motivations au recours aux MNC des patients semblent actuellement s'être diversifiées. Afin de pouvoir mieux accompagner le nombre croissant de patients dépressifs ayant recours aux MNC, il nous est apparu important de comprendre leurs motivations. Pour y parvenir, nous avons réalisé une étude qualitative auprès de douze d'entre eux, par le biais d'entretiens approfondis semi-dirigés.

Adopter un comportement responsable, en devenant acteur de leur santé était la première motivation des patients pour recourir aux MNC. Sous cet angle, l'augmentation des chances de guérison devenait un enjeu dans le recours aux MNC, et ils considéraient pour la plupart cette guérison partielle et/ou fragile avec un risque de récurrence non négligeable. Ce comportement responsable s'exprimait en partie par la vigilance accordée aux symptômes dépressifs, identifiés au fur et à mesure de leur parcours de soins. La prévention de la récurrence était également une crainte motivant ce recours. Le traitement psychotrope pouvait être perçu par certains patients comme les empêchant de se soigner par lui-même et de « soigner la cause », et ils souhaitaient atteindre ces objectifs par la pratique des MNC. Paradoxalement, ils le considéraient comme nécessaire et efficace, leur permettant d'acquérir l'énergie suffisante pour pouvoir se soigner par eux-mêmes.

Le recours aux MNC était, dans notre étude, complémentaire de la prise en charge conventionnelle. Le pluralisme thérapeutique était choisi par des patients qui souhaitaient potentialiser tous les soins, pour diminuer leur souffrance. Les patients attendaient des MNC qu'elles soient adaptées à leurs besoins et à leur état physique et psychologique. Les lectures, ont été un élément, spontanément évoqué par les patients en tant que « *self-help intervention* ». Le médecin généraliste et le psychiatre avaient, du point de vue des patients, chacun un rôle bien défini. L'écoute active et la confiance étaient les deux caractéristiques les plus importantes de la relation médecin-patient dans le suivi de leur dépression. Les patients souhaitaient que cette écoute soit également présente dans leur recours aux MNC et que ces dernières soient reconnues et entendues sans jugement de la part de leur médecin. Les patients étaient satisfaits de la relation qu'ils entretenaient avec le médecin traitant la dépression.

Le recours aux MNC était souvent incité par un proche avec la promesse d'une efficacité, motivation primordiale dans le recours des patients dépressifs aux MNC. Cette efficacité ressentie et recherchée dans les MNC n'est pas validée scientifiquement dans le domaine de la dépression. Si certains résultats d'études concernant le yoga, le sport, l'acupuncture, le millepertuis, ...etc., sont encourageants, la faiblesse de la méthodologie de ces études ne permet pas de conclure à leur efficacité tant dans l'EDM que la prévention de la rechute et récurrence dépressive (en dehors de la MBCT).

Nos résultats montrent que les patients étaient satisfaits de leur prise en charge conventionnelle et non conventionnelle. Des difficultés concernant le recours aux MNC étaient soulevées par les patients, telles que le coût, les problèmes d'accompagnement dans la pratique non conventionnelle, ... etc. Ces dernières encouragent d'autant plus le médecin à être à l'écoute, à être vigilant et accompagnant dans sa prise en charge de ceux-ci.

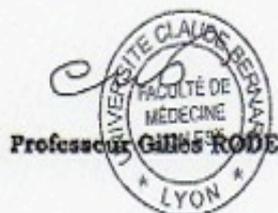
Bien que des études supplémentaires soient nécessaire pour valider l'efficacité des MNC dans la dépression, l'attrait des patients dépressifs pour les MNC et l'efficacité subjective de celles-ci sur l'état de santé des patients, devrait inciter le médecin de premier recours à instaurer le dialogue et intégrer ces approches dans le parcours de soins du patient, si celui-ci y est favorable. Dans le cadre d'une médecine intégrative d'« approche centrée patient », le médecin pourra alors proposer au patient dépressif un accompagnement cohérent et sécurisé dans le recours aux MNC.

Le Président de la thèse,
Nom et Prénom du Président
Signature

P. COCHAT

VU :

**Le Doyen de la Faculté de Médecine
l'Université
Lyon-Est**

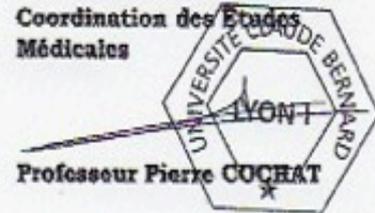


Professeur Gilles RODE

VU :

Pour Le Président de

**Le Président du Comité de
Coordination des Etudes
Médicales**



Professeur Pierre COCHAT

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 28 SEP. 2016

BIBLIOGRAPHIE

1. Pedinielli J-L, Bernoussi A. Les états dépressifs. Paris, France: A. Colin, DL 2011; 2011. 127 p.
2. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (France), Service Recommandations professionnelles. Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire mai 2002. Paris: Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé; 2002.
3. Chan Chee C, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), éditeurs. La dépression en France: enquête Anadep 2005. Saint-Denis: INPES; 2009. 203 p. (Études santé).
4. Crismon ML, Trivedi M, Pigott TA, Rush AJ, Hirschfeld RM, Kahn DA, et al. The Texas Medication Algorithm Project: report of the Texas Consensus Conference Panel on Medication Treatment of Major Depressive Disorder. *J Clin Psychiatry*. mars 1999;60(3):142-56.
5. Haute Autorité de Santé. Affections psychiatriques de longue durée.Troubles dépressifs récurrents ou persistants de l'adulte. Guide Affection de Longue Durée-HAS. 2009. [Internet]. [cité 12 sept 2016]. Disponible à: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-04/gm_ald23_troubles_depressifs_webavril2009.pdf
6. Spadone C. Évolution des maladies dépressives. *Presse Médicale*. nov 2004;33(20):1469-73.
7. Olié E, Courtet P. Dépression récurrente: facteurs de risque, facteurs de vulnérabilité. *L'Encéphale*. déc 2010;36, Supplement 5:S117-22.
8. Mueller TI, Leon AC, Keller MB, Solomon DA, Endicott J, Coryell W, et al. Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *Am J Psychiatry*. 1999;156(7):1000-1006.
9. Beck F, Guignard R. La dépression en France (2005-2010): prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population. *La santé de l'homme*. oct 2012;
10. Rahioui H, Blecha L, Bottai T, Depuy C, Jacquesy L, Kochman F, et al. La thérapie interpersonnelle de la recherche à la pratique. *L'Encéphale*. avr 2015;41(2):184-9.
11. Llorca P-M. Qu'apportent les recommandations de pratique clinique en ce qui concerne la prévention des récives dépressives. *L'Encéphale*. déc 2010;36, Supplement 5:S150-4.
12. Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R, et al. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. *Etudes et Résultats*. N°810. sept 2012.
13. Briffault X, Morvan Y, Rouillon F, Dardennes R, Lamboy B. Recours aux soins et adéquation des traitements de l'épisode dépressif majeur en France. *L'Encéphale*.

juin 2010;36:D48-58.

14. Roudier A. Recours aux approches complémentaires en médecine : revue de la littérature et enquête dans un cabinet de médecine générale. [Thèse d'exercice]. Paris, France : Université Pierre et Marie Curie, Paris 6; 2014.
15. IFOP. Les français et les médecines naturelles, Résultats détaillés. 2007.
16. Mayer-Lévy C. Recours aux médecines Complémentaires et Alternatives parmi les patients de Médecine Générale à Paris. [Thèse d'exercice]. Paris, France : Paris Descartes; 2010.
17. Ait M'Hammed M. Evaluation du recours aux médecines complémentaires et alternatives en médecine générale dans la département de l'oise [Thèse d'exercice]. Amiens, France : Université de Picardie Jules Verne, Faculté d'Amiens; 2012.
18. Thiriart F. Le recours aux médecines complémentaires et alternatives en milieu rural lorrain. [Thèse d'exercice]. Nancy, France : Université de Lorraine, Faculté de médecine de Nancy; 2012.
19. Kessler RC, Soukup J, Davis RB, Foster DF, Wilkey SA, Van Rompay MI, et al. The use of complementary and alternative therapies to treat anxiety and depression in the United States. *Am J Psychiatry*. 2001;158(2):289-294.
20. Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name? [Internet]. NCCIH. [cité 29 janv 2015]. Disponible à: <https://nccih.nih.gov/health/whatiscam>
21. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 13 janv 1996;312(7023):71-2.
22. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2013.
23. Schmitz O, éditeur. Les médecines en parallèle: multiplicité des recours au soin en Occident. Paris, France: Éditions Karthala; 2006. 278 p.
24. National Center for Complementary and Integrative Health. Complementary Alternative or Integrative Health : What's In a Name ? Juin 2016. [En ligne]. 2016. [cité 6 juill 2016]. Disponible à: https://nccih.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/Whats_In_A_Name_06-16-2016.pdf
25. Ordre des médecins. Quelle place pour les médecines complémentaires. - Webzine n°3 [Internet]. [cité 13 avr 2016]. Disponible à: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_webzine/2015-07/www/index.php#/page-2
26. Parlement européen. Rapport sur le statut des médecines non conventionnelles - commission de l'environnement, de la santé publique et de la protection des consommateurs - A4-0075/16 mars 1997 [Internet]. 1997. [cité 12 sept 2016]. Disponible à: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A4-1997-0075+0+DOC+XML+V0//FR#Contentd1288936e375>

27. Académie Nationale de Médecine. Rapport. Thérapies complémentaires. Leur place parmi les ressources de soins. 5 mars 2013. [En ligne]. 2013 [cité 12 sept 2016]. Disponible à: <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/07/4.rapport-Th%C3%A9rapies-compl%C3%A9mentaires1.pdf>
28. Koithan M. Introducing Complementary and Alternative Therapies. *J Nurse Pract.* janv 2009;5(1):18-20.
29. Velling P, Peuker ET, Steveling A, Hecker H-U. *Acupuncture: checklist.* Paris, France: Maloine, 2014; 2014. xi+302.
30. National Center for Complementary and Alternative Medicine. Seriff M. Yoga for Health. Juin 2013. [En ligne]. 2013. [cité 7 sept 2015]; Disponible à: http://nccam.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/D412_05232012_0.pdf
31. Streeter CC, Gerbarg PL, Saper RB, Ciraulo DA, Brown RP. Effects of yoga on the autonomic nervous system, gamma-aminobutyric-acid, and allostasis in epilepsy, depression, and post-traumatic stress disorder. *Med Hypotheses.* mai 2012;78(5):571-9.
32. Bruneton J. *Phytothérapie: les données de l'évaluation.* Paris, France: Tec & Doc; 2002. 242 p.
33. Gaspar De Matos M, Calmeiro L, Da Fonseca D. Effet de l'activité physique sur l'anxiété et la dépression. *Mai 2009 ;38(5) : 734-739.*
34. Sandoz T. *Histoires parallèles de la médecine: des Fleurs de Bach à l'ostéopathie.* Paris, France: Éd. du Seuil, DL 2005; 2005. 327 p.
35. Trousselard M, Steiler D, Claverie D, Canini F. L'histoire de la Mindfulness à l'épreuve des données actuelles de la littérature: questions en suspens. *L'Encéphale.* déc 2014;40(6):474-80.
36. Graz B, Nussenblatt R. *Les médecines complémentaires. Dépasser les clivages.* Lausanne, Suisse: Presses polytechniques et universitaires romandes; 2012. 141 p.
37. Lidell L. *Le yoga: guide complet et progressif.* Paris, France: Robert Laffont; 1985. 192 p.
38. Delatte P-N. *Cinq points, un point c'est tout!: les vingt et un circuits de cinq points de PBA, psycho bio acupressure, qui vont révolutionner notre vie.* Paris, France: G. Trédaniel; 2007. 267 p.
39. Beaumont M. Qi gong et douleur : définitions et revue de la littérature. *Douleurs Eval – Diagno _ Trait.* Nov 2012 ;13 : 67-74.
40. Lejeune C. *Manuel d'analyse qualitative: analyser sans compter ni classer.* Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur, DL 2014; 2014. 149 p.
41. Laplantine F, Rabeyron P-L. *Les médecines parallèles.* Paris, France: Presses universitaires de France, impr. 1987; 1987. 127 p.

42. Laplantine F. *Anthropologie de la maladie: étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*. Paris, France: Payot; 1986. 411 p.
43. Quéniart A, Chabot P, Walsh S, Jobin P. Parcours thérapeutiques en médecines alternatives. *Int Rev Community Dev*. 1990;(24):43.
44. Tremblay P. Les représentations sociales de la dépression: vers une approche pluriméthodologique intégrant noyau central et principes organisateurs. *J Int Représentations Soc*. 2005;2(1):44-56.
45. Fennell MJV, Teasdale JD. Cognitive therapy for depression: Individual differences and the process of change. *Cogn Ther Res*. 11(2):253-71.
46. Schraub S. *Médecines parallèles et cancer Analyse sociologique*. [Thèse de doctorat en sciences sociales]. Strasbourg, France : Université Marc Bloch, Strasbourg; 2007.
47. Thorne S, Paterson B, Russell C, Schultz A. Complementary/alternative medicine in chronic illness as informed self-care decision making. *Int J Nurs Stud*. 2002;39(7):671-683.
48. Benckert O, Graf-Morgenstern M, Hillert A, Sandmann J, Ehming SC, Weissbecker H, et al. Public opinion on psychotropic drugs : an analysis of the factors influencing acceptance or rejection. *J Nerv Ment Dis*. Mars 1997 ;185(3) :151-8.
49. Taïeb O, Heidenreich F, Baubet T, Moro MR. Donner un sens à la maladie : de l'anthropologie médicale à l'épidémiologie culturelle. *Médecine Mal Infect*. avr 2005;35(4):173-85.
50. Eisenberg DM, Kessler RC, Van Rompay MI, Kaptchuk TJ, Wilkey SA, Appel S, et al. Perceptions about complementary therapies relative to conventional therapies among adults who use both: results from a national survey. *Ann Intern Med*. 2001;135(5):344-351.
51. Lussier M-T, Richard C. En l'absence de panacée universelle Répertoire des relations médecin-patient. *Can Fam Physician*. 2008;54(8):1096-1099.
52. Moreau A, Bousageon R, Girier P, Figon S. Efficacité thérapeutique de « l'effet médecin » en soins primaires. *Presse Médicale*. 1 juin 2006;35(6):967-73.
53. Zuily E. *Relation médecin patient et recours aux médecines non conventionnelles*. [Thèse d'exercice]. Toulouse, France : Université Toulouse III; 2014.
54. Cathébras P. *Le recours aux médecines parallèles observé depuis l'hôpital: banalisation et pragmatisme* [Internet]. J.-M. Tremblay; 2007 [cité 4 sept 2016]. Disponible à: http://classiques.uqac.ca/contemporains/cathebras_pascal/recours_medecines_para/recours_medecines_para.pdf
55. Dubois-Courvoisier J. *Pourquoi les patients ont-ils recours aux médecines non conventionnelles ? : Attitudes, connaissances et représentations à partir de 15 entretiens semi-dirigés* [Thèse d'exercice]. Lyon, France : Université Claude Bernard; 2011.

56. Organisation mondiale de la Santé. La définition de la santé de l'OMS. 2003. [En ligne]. 2003. [cité 6 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>
57. Zami M. Déterminants incitant un patient dépressif suivi en médecine générale à consulter un médecin généraliste acupuncteur: enquête qualitative par questionnaires semi-dirigés auprès de patients consultant à Montpellier [Thèse d'exercice]. Montpellier, France : Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2014.
58. HAS. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique. Avril 2013. [En ligne]. 2013. [cité 6 sept 2016]. Disponible à: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf
59. Ravindran AV, da Silva TL. Complementary and alternative therapies as add-on to pharmacotherapy for mood and anxiety disorders: A systematic review. *J Affect Disord.* sept 2013;150(3):707-19.
60. Wang H, Qi H, Wang B, Cui Y, Zhu L, Rong Z, et al. Is acupuncture beneficial in depression: A meta-analysis of 8 randomized controlled trials? *J Affect Disord.* déc 2008;111(2-3):125-34.
61. Gartlehner G, Gaynes BN, Amick HR, Asher GN, Morgan LC, Coker-Schwimmer E, et al. Comparative Benefits and Harms of Antidepressant, Psychological, Complementary, and Exercise Treatments for Major Depression: An Evidence Report for a Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians Benefits and Harms of Treatments for Major Depression. *Ann Intern Med.* 1 mars 2016;164(5):331-41.
62. Linden M, Wurzendorf K, Ploch M, Schaefer M. Self medication with St. John's wort in depressive disorders: An observational study in community pharmacies. *J Affect Disord.* avr 2008;107(1-3):205-10.
63. Lawlor DA, Hopker SW. The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomised controlled trials. *Bmj.* 2001;322(7289):763.
64. Morgan AJ, Jorm AF. Self-help interventions for depressive disorders and depressive symptoms: a systematic review. *Ann Gen Psychiatry.* 2008;7(1):13.
65. Strub L, Tarquinio C. Une analyse des effets de la Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) du champ princeps de la dépression à une pluralité de troubles psychiques: une revue de la littérature. *L'Évolution Psychiatr.* juill 2012;77(3):469-90.
66. Kuyken W, Hayes R, Barrett B, Byng R, Dalgleish T, Kessler D, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial. *The Lancet.* 2015;386(9988):63-73.

67. Bonnet P-A. La Bibliothérapie en médecine générale [Thèse d'exercice]. Marseille, France : Université d'Aix-Marseille II; 2009.
68. Sarris J. Clinical depression: an evidence-based integrative complementary medicine treatment model. *Altern Ther Health Med.* 2011;17(4):26.
69. Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Fam Pract.* 1986;3(1):24-30.

ANNEXES

Annexe 1 : Description de médecines non conventionnelles utilisées dans la prise en charge de la dépression

L'acupuncture

L'acupuncture est une composante de la médecine traditionnelle chinoise (MTC), système médical dont les premières traces écrites remontent à plus de trois millénaires, soit 90 avant JC. Les premiers ouvrages de référence sur l'acupuncture en occident ont été rédigés par le diplomate et sinologue français Soulié de Morant, lui-même formé à l'acupuncture en Chine, au début du XIX^e siècle. L'acupuncture doit sa notoriété en occident (Europe et Etats-Unis) à l'intérêt porté par Nixon suite à un voyage en Chine et aux rapports publiés par son médecin sur l'action analgésique de l'acupuncture.

L'acupuncture est fondée sur la thérapie par les aiguilles, qui sont introduites en des points d'acupuncture le long de méridiens, synonymes de canaux. Une des lois les plus utilisées dans cette thérapeutique est le système des cinq phases de transformation, communément appelées « éléments » et représentées par le « bois », le « feu », la « terre », le « métal » et l' « eau », en perpétuelle transition. Elles sont représentées dans chaque être humain, chacune régissant plusieurs organes et sont tenues entre elles par des relations fonctionnelles continues avec des influences communes. Ces phases de transformations, en excès ou en plénitude, sont le socle sur lequel sera entrepris le traitement. L'homme est perçu en médecine chinoise comme appartenant à un grand ensemble, la trilogie Ciel-Homme-Terre. Les saisons, les causes climatiques, la diététique, influent donc sur la santé de l'homme. Le Qi désigne la matière et l'énergie. Toutes les formes de vie sont une expression du Qi sous les diverses formes de sa matérialisation.

Il existe différentes hypothèses sur le fondement morphologique des points d'acupuncture, amas de récepteurs, perforation des fascias, etc. Il y a cependant un effet très probable sur le système neurovégétatif et sur le système immunitaire.

En ce qui concerne la dépression, l'acupuncture traite les manifestations psychosomatiques telles que l'insomnie, l'état d'épuisement, etc.

Les contre-indications sont la démence et les troubles psychotiques, l'impossibilité de maintenir une position statique, un risque élevé de saignement (traitement anticoagulants et troubles de la coagulation), un état de faiblesse énergétique prononcé et enfin les dermatoses infectieuses.

Le yoga

Le yoga, est une science complète de la vie qui prend son origine en Inde il y a plusieurs milliers d'années. Les premières traces archéologiques et les premiers textes faisant référence au yoga remontent respectivement à 3000 et 2500 avant J.-C. Les yogis considèrent que les mouvements nécessaires à la santé physique, les techniques de respiration et de méditation permettent de maintenir l'équilibre entre le corps et l'esprit. « Le yoga est considéré comme une science divine de la vie, révélée aux sages illuminés, dans leur méditation ». Le mot yoga signifie littéralement « joindre ». « *Le but fondamental de toutes les pratiques du yoga est de réunir l'âme individuelle (jiva) avec l'absolue ou pure conscience (Brahman)* », réunir le réel immuable à l'irréel, projection de nos illusions sur le monde réel. Traditionnellement, le dieu Shiva est considéré comme le fondateur du yoga. Le yoga a quatre voies principales, convenant chacune à des tempéraments différents : le Karma yoga, le Bhatki yoga, le Jnana yoga et le Raja yoga. Cette dernière voie est constituée de huit étapes, dont le Hatha yoga, une des techniques de yoga largement développée et pratiquée en Occident.

Le yoga doit son arrivée en Occident à Swami Vishnu Devananda, disciple yoga, au milieu du XXème siècle. Il fut formé par Sri Swami Sivananda, médecin et maître indien, qui mit à profit son passé médical dans l'enseignement du yoga. Observant le mode de vie et les besoins occidentaux, Swami Vishnu Devananda a synthétisé l'ancienne sagesse en cinq principes : une bonne relaxation, un bon exercice, une bonne respiration, une alimentation saine, une pensée positive et la méditation.

Plusieurs études tentent d'expliquer les mécanismes d'action du yoga sur la dépression. Le yoga permettrait d'agir sur certains axes hormonaux et systèmes nerveux, activés par le stress, comme l'augmentation du système nerveux parasympathique, l'axe hypothalamus-hypophyso-surrénalien, l'augmentation du système de l'acide gamma amino-butyric (GABA). En diminuant le stress par le yoga, on constaterait une amélioration des symptômes liés à la dépression. Le contrôle de la respiration étant considéré comme la composante la plus thérapeutique dans le yoga.

Bien que peu d'effets indésirables aient été rapportés, des précautions sont à prendre concernant certaines postures pour les femmes enceintes, les personnes hypertendues, celles souffrant d'une sciatique et celles atteintes d'un glaucome. Cependant, très rarement, des douleurs neuropathiques suite à un AVC peuvent être déclenchées lors de postures de Yoga.

La phytothérapie

La phytothérapie correspond à la médication à base de plantes, dont les principes actifs sont exclusivement des drogues végétales et/ou des préparations à base de drogue végétale. Dans son livre sur la phytothérapie, Bruneton J. donne la définition suivante, par « *drogue végétale, on entend une plante fraîche ou desséchée, entière ou le plus souvent provenant d'une partie de la plante, ou même encore un suc retiré par incision du végétal vivant.* » La préparation à base de drogues végétales peut se présenter sous forme d'extrait, d'huile grasse ou essentielle etc.

Son origine est probablement concomitante à celle de l'homme. Les vertus des plantes ont été découvertes de façon empirique et transmises au fil des siècles nourrissant ainsi la médecine populaire. Les plantes nous viennent du monde entier, d'Egypte avec par exemple le suc de pavot somnifère plus tard nommé opium par les grecs, de Chine, la plus célèbre est l'extrait de Ginkgo etc.

Le champ d'application de la phytothérapie est multiple en médecine, citons les affections des voies respiratoires, le domaine de la psychiatrie avec les insomnies, les angoisses, la dépression et le stress, les troubles gastro-intestinaux etc.

Bien que l'évaluation scientifique de la phytothérapie soit complexe, du fait de la variabilité végétale, elle est de plus en plus étudiée, que ce soit dans le domaine de la pharmacologie que de la mise en pratique clinique. Elle est disponible en vente libre mais fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché, offrant au consommateur une plus grande garantie de qualité et de sécurité. Dans notre médecine, toutes les plantes et dérivés n'ont pas tous le statut de médicament.

Le millepertuis, souvent utilisé dans la dépression, donne lieu à de nombreux essais. En vente libre, il peut être à l'origine d'effets indésirables et d'interactions médicamenteuses notamment avec les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine.

L'exercice physique

L'activité physique est définie par « *tout mouvement produit par les muscles, dès qu'il se produit une dépense énergétique* ». Celle-ci comprend l'exercice physique et le sport mais également toute activité de loisirs et les travaux au foyer. Il existe deux types d'activité physique en aérobie et en anaérobie. Le premier correspond à des exercices d'intensité modérée et d'endurance, le second à une activité d'intensité élevée pendant une courte période.

L'effet de l'activité physique sur la réduction de la morbi-mortalité dans certaines affections cardio-vasculaires, des diabétiques et dans le cancer du colon est établi. Concernant l'anxiété et la dépression, les bénéfices de l'activité physique sont encourageants mais encore en cours d'évaluation.

La volonté d'agir sur la santé par le mouvement remonte au XIX^e siècle. Bernarr Adolphus MacFadden (1868-1955) lance aux Etats-Unis une culture du physique, qui prône la santé maximale par une hygiène de vie rigoureuse. D'autres systèmes se développent associant différentes techniques ; la « *gymnastique holistique* », la « *méthode Feldenkrais* », etc. Toutes ces approches partagent l'idée qu'il « *est possible grâce à la plasticité du système sensori-moteur, d'améliorer le ressenti des mouvements* ». François Delsarte (1811-1871), puis Henri Clias (1782-1854) ou Francisco Amorós (1770-1848) inventent une série d'activités fondées sur des tractions, extensions, etc. C'est le début de l'officialisation de la gymnastique. Cette gymnastique thérapeutique va ensuite être développée et portée par plusieurs protagonistes, tels que le médecin allemand Daniel Gottlieb Moritz Schreber (1808-1861), Elsa Gindler (1885-1961). Cette dernière développe la « *gymnastique holistique* » basée sur les mouvements et la respiration. Suivront l'eutonie¹⁰ par Gerda Alexander (1908-1994), la méthode Feldenkrais par Moshe Feldenkrais (1904-1984), etc.

Les mécanismes d'action de l'activité physique sur la dépression se situeraient à plusieurs

¹⁰ Eutonie : Utilisation du tonus musculaire pour prévenir les désordres fonctionnels, régulariser la circulation sanguine, réduire les tensions musculaires.

niveaux. L'augmentation des endorphines circulantes aurait une action médiatrice sur les effets psychologiques, du fait de leur importance dans la régulation des émotions. Mais les bénéfices des endorphines dans la dépression sont peu probables. Les bénéfices seraient plutôt associés à une augmentation des neuromédiateurs chimiques cérébraux, induite par l'exercice physique, tels que la sérotonine et la dopamine. Une autre hypothèse est que l'effet antidépresseur de l'activité physique serait secondaire à l'inhibition d'une activité neuronale excessive des régions préfrontales et des amygdales, en cause dans certains troubles mentaux. L'effet bénéfique de l'activité physique sur la dépression pourrait être lié à l'augmentation d'une sensation de maîtrise, au sentiment d'efficacité, à l'augmentation de l'estime de soi et à la distraction que procure l'activité.

La « pleine conscience » (traduction de Mindfulness)

Selon Trousselard M., la Mindfulness ou « pleine conscience », n'est pas issue uniquement de la pensée bouddhiste, mais c'est elle qui a su préserver au mieux le concept basé sur l'attention nue et ses pratiques s'appuyant sur la méditation. En effet, ce concept de pleine conscience se retrouve dans l'hindouisme, l'islam et la chrétienté.

Le Professeur J. Kabat-Zinn propose en 2003 la définition suivante : « *La Mindfulness est un état de conscience qui résulte du fait de porter son attention, intentionnellement, au moment présent, sans jugement, sur l'expérience qui se déploie moment après moment* ». Elle permet le développement de la concentration, de l'attention et de l'acceptation sans jugement, sur tout ce qui est vécu dans le moment présent.

Le sujet « Mindful » a développé une meilleure capacité à observer, accepter et suspendre son jugement sur l'expérience en cours, c'est-à-dire qu'il est devenu présent à lui-même, à travers des exercices de yoga et de méditation, intégrés dans la vie quotidienne.

En occident, la Mindfulness, sous couvert de la science – contrairement aux cultures orientales qui le pratiquent dans un contexte religieux et philosophique- a été développé à travers des programmes d'intervention psychologique et mis en pratique clinique dès les années 80. On distingue la « réduction du stress basée sur la mindfulness » (MBSR), initialement développée dans les hôpitaux pour diminuer le stress lié aux maladies et douleurs chroniques puis élargie à la médecine générale dans le cadre de la gestion du stress et la « thérapie cognitive basée sur la Mindfulness » (MBCT). Cette dernière a été développée dans le cadre de la dépression. Leur champ d'action s'est élargi aux addictions, à la dépression

sévère et au trouble bipolaire.

Les mécanismes d'action et les conséquences physio psychologique de la pratique de la Mindfulness sur l'individu seraient multiples ; une inhibition des voies de stress par une meilleure régulation de la cortisolémie, une amélioration de la fonction immunitaire, une plus grande activation du cortex préfrontal, une augmentation de la substance grise et de la gyration corticale, entraînant une amélioration des processus de traitement de l'information, de prise de décision et de gestion de la mémoire, un renforcement des mécanismes attentionnels, etc.

Les fleurs de Bach

Les fleurs de Bach sont un système de florithérapie établi vers 1930 par l'anglais Edward Bach, diplômé de médecine et de chirurgie. Il dresse une liste de trente-huit « états d'âme », susceptibles de dégénérer en trouble de la santé, auxquels il associe à chacun un remède floral, ce sont les fleurs de Bach.

Bach est très tôt influencé par l'homéopathie dans sa pratique et ses recherches. La découverte de ces fleurs est basée sur une forme d'intuition et de manifestation divine. Elle fait suite à une dépression et à de longues balades dans la nature. « *Plusieurs jours avant de trouver la plante thérapeutique, Il dit ressentir de façon aigue les symptômes physiques et psychiques que la fleur doit contrer* ». Il se promène ensuite dans la nature et trouve la plante capable de soigner cet état physique et psychique.

L'homéopathie

« L'homéopathie est une technique thérapeutique qui utilise des médicaments dilués et dynamisés qui sont issus de substances végétales, minérales ou organiques. »

L'homéopathie doit sa découverte au médecin allemand, Christian Friedrich Samuel Hahnemann (1755-1843). Celui-ci abandonne rapidement la pratique de la médecine allopathique pour se consacrer à la pharmacologie et à la chimie. C'est de façon empirique qu'il va découvrir le premier principe de l'homéopathie. En absorbant du quinquina, plante péruvienne donnée contre le paludisme, il éprouve des symptômes

similaires au paludisme qui s'estompent à l'arrêt de la prise de cette plante. Hahnemann utilise alors la maxime d'Hippocrate selon laquelle les semblables peuvent être guéris par les semblables. Et il en déduit par son expérience le principe de similitude : les drogues qui provoquent des symptômes chez des sujets sains, peuvent guérir en très petites quantités les sujets atteints de ces symptômes.

Il développe sa découverte en expérimentant de nombreuses substances et fait d'autres constats. Le premier est que tous les symptômes d'une maladie peuvent disparaître après la prise d'un seul remède dilué, c'est le principe du remède unique. Le second est que plusieurs remèdes peuvent convenir pour une maladie donnée mais seul un correspond de façon adéquat à un patient en fonction de son terrain et de sa symptomatologie.

Les remèdes homéopathiques se présentent sous la forme de granules de sucre de lait imprégnés par la substance extrêmement diluée exprimée en CH (centésimale hahnemanienne). La substance est à chaque fois diluée par un facteur de cent. 5 CH signifie que la substance a été diluée cent fois puis à nouveau cent fois et cela à cinq reprises.

La Psycho bio acupressure

Il s'agit d'une méthode mise au point récemment par le médecin Pierre-Noël Delatte. Elle repose sur l'autostimulation de cinq points d'acupuncture par la pression, dans un même temps, afin de gérer des émotions ponctuelles mais également durables pouvant évoluer vers la dépression. Cette méthode se veut accessible à tous, simple et rapide. Dans son livre « *Cinq points un point c'est tout !* », il y décrit vingt-deux circuits réalisables par le patient lui-même pour prendre en charge différents états tels que la dépression, la peur, l'angoisse, l'hyperémotivité, l'acné, etc. Cette méthode est conçue pour tous les âges, notamment les nourrissons.

Le Qi gong

Le Qi gong est une forme de soin issue de la médecine traditionnelle chinoise (MTC) et pratiquée par les chinois depuis plus de trois mille ans. Le Qi gong signifie le travail sur le souffle. Il trouve son origine dans la MTC mais également dans les arts martiaux, le taoïsme,

le bouddhisme et le confucianisme. Il existe différents qi gong. Selon qu'ils nécessitent ou non l'intervention d'un praticien, ils peuvent être classés en deux catégories, internes et externes. Le Qi gong externe s'apparente à une thérapie manuelle de travail sur les énergies réalisée par un praticien. Les Qi gong internes peuvent être réalisés seuls ou guidés par un praticien. Ces derniers sont de deux types, soit actifs, dynamiques où les mouvements lents sont réalisés dans une posture stationnaire, soit méditatifs. Le Qi gong travaille sur le psychique et le physique afin de « *permettre une circulation harmonieuse du Qi et de développer un meilleur état de santé* ». La pratique du Qi gong provoquerait une activation du système parasympathique, renforcée par la respiration profonde, entraînant un sentiment de bien-être, une diminution du stress et de l'anxiété.

Annexe 2 : Guide d'entretien

Bonjour, je m'appelle Léna Quédillac, je suis médecin remplaçant et je réalise un travail de recherche dans le cadre de ma thèse sur la dépression et les médecines non conventionnelles. Je vais vous poser quelques questions. Tout ce que vous me direz restera confidentiel et anonyme. L'entretien dure en moyenne 30 minutes. Je vais l'enregistrer si ça ne vous dérange pas. Si c'est trop difficile, vous pouvez vous arrêter à tout moment.

1) Présentation socio-économique du patient.

Pourriez vous vous présenter (âge, profession, statut familial, lieu d'habitation) ?

2) Présentation médicale du patient.

*Pouvez vous nous raconter l'histoire de votre dépression (durée, récurrence)
Relance éventuelle sur les symptômes, les éventuels épisodes antérieurs.*

Si non mentionné :

Quel(s) médecin(s) suit ou a suivi votre dépression ? (et +/- suivi psychologue)

Si traitements non mentionnés ;

À quels traitements avez vous eu recours ?

Relances sur la prise des médicaments si besoin. (Durée, image etc.)

Si place du MT non mentionnée ;

Quel rôle a joué votre médecin traitant dans votre dépression ?

Avez vous d'autres maladies/pathologies/ traitements ?

Y'a-t-il des gens dépressifs dans votre famille ?

3) Le recours aux approches complémentaires.

Si ces approches ne sont pas mentionnées dans le paragraphe 2 :

Avez vous utilisé d'autre(s) moyen(s) thérapeutique(s) ? Si oui le(s)quel(s) ?

Qu'en pensez vous ? Pouvez vous décrire ces soins ?

Questions de relance si non évoqué :

Comment les avez vous découvert ?

Pourquoi y avoir eu recours ? Quelles étaient vos attentes ?

Quel(s) bénéfice(s) en retirez vous ?

Quand ? (En association, avant ou après le traitement conventionnel (ATD ou psychothérapie) ?), Combien de temps ?

Quel rôle a joué votre MT/ psychiatre, si pas de rôle pourquoi et comment l'expliquez vous ? Est-il au courant ?

Qu'attendez vous de votre médecin par rapport à ces pratiques là ?

Si pas abordé :

Pensez vous qu'il y ait un risque à utiliser ces thérapies et si non pourquoi ?

Que pensez vous du coût/du prix de ces médecines la ?

Qu'en pense votre entourage ?

Comment vous sentez vous actuellement ?

Annexe 3 : Feuille de présentation aux professionnels

Léna QUEDILLAC
Adresse
Email et N° tel

Lyon, le 01/07/2015

Bonjour,

Suite à notre première prise de contact, je vous transmets donc ce document explicatif et celui à transmettre au patient intéressé.

La thématique de mon travail porte sur **le recours aux médecines complémentaires dans la dépression.**

C'est une étude qualitative qui s'intéresse aux attentes et aux bénéfices éprouvés par les patients dépressifs ayant recours à ces médecines.

Pour cela je cherche à interroger des **patients âgés entre 18 et 75ans, dépressifs**, qui ont pris dans les 12 derniers mois ou prennent encore des **antidépresseurs** et/ou suivant une **psychothérapie** et qui ont eu **recours pour leur dépression à une médecine complémentaire**. Ils ne doivent pas être bipolaires ni psychotiques.

Je vous joins un questionnaire à remettre aux patients qui vous semblent correspondre aux critères énoncés ci-dessus. Ce questionnaire me permet de cibler les patients à intégrer dans mon étude. Après avoir récupéré le(s) questionnaire(s), je contacterai les patients afin de convenir d'un RDV pour un entretien. Il peut s'il préfère, prendre mes coordonnées et me recontacter directement.

En pratique les **entretiens dureront entre 30 et 45 minutes** en fonction de l'histoire du patient et se dérouleront dans le lieu choisi par le patient et au moment qui lui convient le mieux.

Toutes les informations données par le patient et vous-même resteront, du début de la récupération des informations à la fin de leur analyse, anonymes afin de préserver la confidentialité des patients que vous aurez bien voulu nous confier.

Je vous présente en fin de ce courrier la liste des médecines complémentaires répertoriées pour la dépression dans la littérature.

Je reste à votre disposition pour de plus amples informations.

En vous remerciant.
Cordialement

Léna QUEDILLAC

Ci- dessous la liste non exhaustive des principales médecines complémentaires, répertoriée pour la dépression dans la littérature :

- les compléments alimentaires : omega 3, folates, S adenosyl méthionine...
- la phytothérapie : millepertuis, et d'autres moins traité dans la littérature comme rhodiola rosea..
- l'exercice
- le yoga
- l'acupuncture
- la luminothérapie
- la pleine conscience/mindfulness

Annexe 4 : feuille de recrutement patient

Bonjour,
Je suis médecin généraliste remplaçante.

Je fais actuellement un travail de recherche dans la cadre de ma thèse sur le recours aux médecines alternatives et complémentaires dans la dépression.
Pour cela je cherche à connaître le vécu des patients se trouvant dans cette situation.

TOUTES LES INFORMATIONS VOUS CONCERNANT, DONNEES SUR CETTE FEUILLE ET AU COURS DE L'ETUDE RELEVANT DU SECRET PROFESSIONNEL ET RESTERONT ANONYMES.

Si vous êtes intéressé pour participer à cette étude et pensez correspondre à cette situation, vous pouvez répondre aux questions suivantes :

1) Quel est votre âge ?

.....

2) Avez vous déjà été diagnostiqué dépressif ?

Oui

Si oui, vous a – ton fait un test spécifique ? si oui lequel ?

Non

3) Avez vous déjà été diagnostiqué bipolaire ?

Oui

Non

4) Avez vous été ou êtes vous soigné par des antidépresseurs dans les 12 derniers mois :

Oui

Si oui, savez vous lesquels ?

Non

5) Avez vous fait une psychothérapie dans les 12 derniers mois ?

Oui

Si oui, savez vous quel type ?

Non

6) Avez vous eu recours à d'autres moyen thérapeutiques/soins/ou activité pour votre dépression ?

Oui

Si oui lesquels :

Non

Si vous êtes d'accord et intéressé pour avoir un entretien avec moi, merci de me laisser vos coordonnées et je tacherai de vous recontacter dans les meilleurs délais.

nom prénom :

Numéro de téléphone :

Léna QUEDILLAC N° tel, email

Annexe 5 : Exemple tableau analyse transversale

| c. Apport des MAC : entre attentes et bénéfices | Verbatim/ Etiquettes | Sous-thème |
|---|--|---|
| <p>Entretien N°1</p> | <p>« c'était un yoga tonique, qui était vraiment génial, et je pense que ça m'a vachement apporté »L164-L165 (besoin de se dépenser)</p> <p>« Et j'ai eu très peur parce que je voulais surtout pas augmenter le Deroxat. Je voulais pas repartir là dedans et je suis allée la voir (conseillère en fleurs de Bach) »L275->L278</p> <p>« déjà je m'occupais de mon corps et déjà je pense que c'est important de s'occuper de son corps » (Rapport au corps)</p> <p>« c'était déjà un moment pour moi »L194 (s'occupe de soi)</p> <p>« de tout d'un coup partir de chez moi, et de faire autre chose »L194-L195</p> <p>« moi ça m'a valorisé en fait, du coup ça allait avec cette histoire de dépression »L197</p> <p>« je dis valorisation parce que en même temps on n'était pas dans une sorte de challenge »L198-L199 (valorisation)</p> <p>« j'avais tellement envie d'être fatiguée, physiquement quoi, donc ce Yoga ça me fatiguait mais en même temps ça me créait, j'avais vraiment l'impression de renaître »L207-L208</p> <p>« il (le yoga) a vraiment accompagné cette histoire de reprise de conscience du corps »L209</p> <p>« j'avais besoin de m'occuper de moi que j'avais besoin de faire du sport »L220</p> <p>« j'ai appris ça aussi, j'ai appris – et ça je pense que c'est vachement important – à me poser plus, à respirer »L222-L223 (se calmer, respirer)</p> <p>« cette expression de lâcher prise »L225</p> <p>« Voilà, je sais que y a ça (le yoga) qui est là et que ça me fait du bien et je sais toutes les possibilités que ça peut m'apporter donc ça me rassure en fait. »L264-L265</p> <p>« j'étais allée en me disant voilà j'ai besoin d'un peu de soutien »L296</p> <p>Le thérapeute</p> <p>« cette prof était vraiment vraiment géniale,(...) elle était vraiment chouette, j'adorais comment elle touchait, comment elle venait vous replacer »L169->L171</p> <p>« en tout cas je lui (conseillère en fleurs de Bach) en parlerai c'est sûr si je diminue encore »L297-L298(Soutien supplémentaire en cas d'arrêt des médicaments)</p> | <p>- la quête de bien-être</p> <p>- Effets sur l'évolution de la dépression et la prise médicamenteuse</p> <p>- lien corps esprit</p> <p>- lien corps esprit</p> <p>- Modification des comportements et pensées</p> <p>- Aide à la connaissance et au travail sur soi</p> <p>- Aide à la connaissance et au travail sur soi</p> <p>- Aide à la connaissance et au travail sur soi</p> <p>- lien corps esprit</p> <p>- lien corps esprit</p> <p>- la quête de bien-être</p> <p>- Effets sur l'évolution de la dépression et la prise médicamenteuse</p> |
| <p>Entretien N°2</p> | <p>« L'air passe plus et en réalité l'air passe par là (pointe sa gorge du doigt), on respire par le diaphragme donc si vous voulez c'est vrai que le yoga m'a peut-être mis en relation avec mon corps quelque part »L159->L161</p> <p>« une prise de conscience de mon corps »L 184-L185</p> <p>« je pense que si j'avais fait du yoga en 2008, peut-être qu'il y aurait eu cette dépression en 2009 mais moins forte »L 271-L272</p> <p>« c'était quand même un point de repère, un phare »L 274</p> <p>« Alors ce Om, c'est euh, c'est une vibration intérieure et cette vibration pour moi c'est comme un cri, c'est dire j'existe, (...) ça me fait du bien » L 366-> L368</p> <p>« ça m'apporte du bien-être »L 324</p> <p>« de voir à quel point ça me fait du bien, ça l'(sa femme)encourage »L363</p> <p>« Ben ça me fait changer dans la mesure ou je suis peut-être plus à l'écoute des</p> | <p>- lien corps esprit</p> <p>- lien corps esprit</p> <p>- Effet sur l'évolution de la dépression et la prise médicamenteuse</p> <p>- Effet sur l'évolution de la dépression et la prise médicamenteuse</p> <p>- la quête de bien-être</p> <p>- la quête de bien-être</p> <p>- la quête de bien-être</p> <p>- Modification des comportements et</p> |

| | | |
|----------------------|--|--|
| | <p>gens »L 500</p> <p>« Maintenant le yoga m'apporte autre chose. Il m'a apporté des relations humaines »L581</p> <p>« aussi le yoga ça m'a permis de m'analyser, de me regarder voilà »L595</p> <p>« le fait que je puisse aller le (son petit-fils mort-né) voir c'est que y a le yoga derrière. Il m'a aidé » L 673</p> | <p>pensées</p> <p>- Modification des comportements et pensées</p> <p>- Aide à la connaissance et au travail sur soi</p> <p>- Modification des comportements et pensées</p> |
| Entretien N°3 | <p>« j'ai essayé progressivement de m'en sortir un peu grâce à tout ça (Méditation, yoga, acupuncture, auriculothérapie)»L43-L44</p> <p>« j'ai réellement voulu reprendre le travail et grâce à tous ces compléments (Méditation, yoga, acupuncture, auriculothérapie), j'ai pu faire face, »L45-L46</p> <p>« la professeur de yoga : qu'est-ce que vous attendez ? ». Je dis : « Ben je sais pas un peu de zénitude »L119</p> <p>« la pratique du Yoga était fortement recommandée donc j'ai repris et je pense que ça m'a beaucoup aidé. La méditation m'a beaucoup aidé. Le fait de se recentrer sur soi, de respirer »L132-L134</p> <p>« Là où peut-être des personnes auraient mis un an à s'en sortir, euh moi en six semaines c'était quand même –et pourtant c'était un gros machin- c'était quand même bien, ça m'a bien accompagné je dirai »L135->L138</p> <p>« <i>Qu'est-ce qu'il s'est passé pour que vous repreniez le millepertuis ?</i> P3 : Ah, je voulais pas retourner dans la sphère des antidépresseurs comme le Seroplex ou autre,(...)par moment je me sens un peu dépressive aussi »L167-L169</p> <p>« j'avais aussi pas mal de problèmes de dos qui ont été atténués grâce au yoga »L229-L230</p> <p>« Alors le yoga c'est plus long terme. On va pas avoir les bénéfices de suite des exercices que l'on pratique mais c'est un peu plus comme une drogue »L269-L270</p> <p>« pendant les vacances scolaires il n'y a pas yoga, je ne suis pas la seule (...) on ressent un besoin frénétique de réintégrer le cours rapidement »L271-L>273</p> <p>« les problèmes de dépression le sont aussi grâce au yoga parce que là on respire, on se détend et parce que à la fin y a quand même de la relaxation, on lâche prise »L277->L279</p> <p>« Alors le Xi Qong (...) j'ai fait un break l'an dernier et je me suis rendue compte que j'aurai jamais dû. Voilà, là je me suis rendue que j'avais peut-être des penchants à d'autres symptômes dépressifs »L378->383(protection rechute)</p> <p>« Je me suis rendue compte qu'en arrêtant le Xi Kong j'avais de plus en plus envie de pleurer et plus souvent etc. »L386-L387</p> <p>« je pense que je suis dans un rythme ou je me borde de tout côté pour éviter de rechuter » L390-L391 (prévention de la rechute dépressive, pluralisme thérapeutique)</p> | <p>- Effet sur l'évolution de la dépression et la prise médicamenteuse</p> <p>- Effet sur l'évolution de la dépression et la prise médicamenteuse</p> <p>- la quête de bien-être</p> <p>- lien corps esprit</p> <p>- Effet sur l'évolution de la dépression et la prise médicamenteuse</p> <p>- Effet sur l'évolution de la dépression et la prise médicamenteuse</p> <p>- la quête de bien-être</p> <p>- Modification des comportements et pensées</p> <p>- Modification des comportements et pensées</p> <p>- la quête de bien-être</p> <p>- Effet sur l'évolution de la dépression et la prise médicamenteuse</p> <p>- Effet sur l'évolution de la dépression et la prise médicamenteuse</p> <p>- Effet sur l'évolution de la dépression et la prise médicamenteuse</p> |
| Entretien N°4 | <p>« c'était le seul moyen (course à pied) qu'elle avait trouvé pour me faire parler (...) comme elle courait (...) une sorte de médiation. » L 88->L90 (pouvoir libérateur de la parole)</p> <p>« je pouvais lâcher mes émotions »L231 (pouvoir libérateur de la parole)</p> <p>« Ben après une séance, on se sent mieux »L106 (bien être)</p> <p>« c'est pas très bon d'arrêter (...), parce que ça a quand même un bénéfice (...) ça permet un entretien aussi bien physique que psychique »L114->L116 (nécessité régularité de la pratique) (maintien d'un équilibre physique et psychique)</p> <p>« je suis allée au sport, j'ai pu voir du monde du coup, y avait de la musique »L262-L263 (sortir)</p> <p>« il faut que je me fasse un rythme, que je m'impose un rythme même si je fais rien de mes journées, si je fais du sport, ça crée une dynamique »L272-L274 (permet une hygiène de vie)</p> <p>« le sport ça me permet même les jours où je travaille pas d'avoir un rythme »L275-</p> | <p>- Expression des émotions</p> <p>- Expression des émotions</p> <p>- la quête de bien-être</p> <p>- Modification des comportements et pensées</p> |

| | | |
|-----------------------------|---|---|
| <p>Entretien N°5</p> | <p>L276 (permet une hygiène de vie)</p> <p>« (médecin acupuncteur) m'aide d'ailleurs aussi beaucoup parce que je lui ai parlé (...)de mes ennuis et avec lui j'ai supprimé le Temesta »L182-L183 (sevrage en benzodiazépine)</p> <p>« Ben ça me rassure. »L230(réponse à la question quel est l'effet de l'homéopathie)</p> <p>« j'ai du mal à m'endormir quand je prends ces granules ça me détend tout de suite. »L243 (amélioration sommeil)</p> <p>« j'étais moins stressée, j'étais plus détendue »L327(yoga) « J'étais plus disponible »L328 (yoga)</p> <p>« l'important c'est la respiration et ça je le sens parce que je me bloque »L331-L332</p> <p>« C'était le fait de faire de l'exercice, de, mais c'est surtout pour mieux respirer »L340-L341(retrouver état originel)</p> <p>« Plus pour pouvoir gérer les angoisses. » L342 (gestion des angoisses)</p> | <p>pensées</p> <p>- Effet sur l'évolution de la dépression et la prise médicamenteuse</p> <p>- la quête de bien-être</p> <p>- la quête de bien-être</p> <p>- la quête de bien-être - Modification des comportements et pensées</p> <p>- lien corps esprit</p> <p>- lien corps esprit</p> <p>- la quête de bien-être</p> |
| <p>Entretien N°6</p> | <p>« je continuais à faire du yoga chez moi quand même parce que j'ai toujours trouvé que ça me faisait du bien »L112->L114 (bien-être)</p> <p>« ça m'a permis de retrouver le sommeil (yoga)»L114-L115 (amélioration symptômes de la dépression)</p> <p>« (...)la sophrologie. Mais alors j'en ai fait entre la deuxième et la troisième dépression et c'est vrai que ça m'a aidé là, donc à bien apprendre à respirer »L117->L119 (respiration)</p> <p>« ça m'a appris à prendre conscience de mon corps »L121-L122 (renouer avec son corps/ sophrologie)</p> <p>« ça m'aide à m'apaiser (...) À être plus tranquille (sophrologie)»L127-L128 (retrouver le calme)</p> <p>« en même temps je lui parlais ça me faisait du bien »L119 (pouvoir libérateur de la parole)</p> <p>« Pour essayer justement de pas trop prendre de médicaments, essayer d'avoir une alternative »L164-L165</p> <p>« j'ai senti peu à peu (...) j'avais un peu plus confiance en moi, que je parlais un peu plus »(PBA) L217->L219 (reprise de confiance en soi)</p> <p>« du coup le sommeil va mieux, va beaucoup mieux. »(PBA) L244 (amélioration sommeil)</p> <p>« D'ailleurs depuis que je l'ai vu,(PBA) (...) j'ai pas repris de somnifère »L245-L246 (diminution prise somnifère)</p> <p>« je me sens mieux je me sens plus reposée »(PBA) L252</p> <p>« je lui ai dit de plus faire de dépression » L255 (attente PBA : éviter la récurrence)</p> <p>« Et moi ça m'a aidé vraiment, vraiment vraiment, me considérer en entière »L270 (conscience de son corps en entier)</p> <p>« une position assise,(Yoga) (...) je trouve qu'elle me repose, elle me détend, je sens que ça, que je lâche prise. » L292-L294 (diminue anxiété)</p> <p>« J'ai l'impression que j'ai un sommeil de meilleure qualité quand je la fais. » L295-L296 (diminution troubles du sommeil)</p> <p>« avec la PBA je me sens mieux je me sens plus heureuse »L308-L309 (notion de bonheur)</p> <p>« dessin (...) ça me fait du bien, ça me permet de m'évader »L331-L332 (bien-être évation)</p> <p>« Je suis plus à l'écoute, plus ouverte. (PBA) »L344-L345</p> | <p>- la quête de bien-être</p> <p>- la quête de bien-être</p> <p>- lien corps esprit</p> <p>- lien corps esprit</p> <p>- la quête de bien-être</p> <p>- la quête de bien-être</p> <p>- Effet sur l'évolution de la dépression et la prise médicamenteuse</p> <p>- Modification des comportements et pensées</p> <p>- la quête de bien-être</p> <p>- Effet sur l'évolution de la dépression et la prise médicamenteuse</p> <p>- la quête de bien-être</p> <p>- Effet sur l'évolution de la dépression et la prise médicamenteuse</p> <p>- lien corps esprit</p> <p>- la quête de bien-être</p> <p>- Modification des comportements et pensées</p> |

**QUEDILLAC LÉNA – RECOURS AUX MÉDECINES NON CONVENTIONNELLES
DANS LA DÉPRESSION**
ETUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS AUPRES DE 12 PATIENTS
DÉPRESSIFS

RÉSUMÉ

Contexte : La dépression est une maladie fréquente qui toucherait trois millions de personnes en France. Sa gravité tient à son risque suicidaire, au haut risque de récurrence et de chronicisation. Les médecines non conventionnelles (MNC) présentent de plus en plus d'attraits pour les patients dépressifs. L'objectif de notre étude était de comprendre les motivations du recours aux MNC chez les patients dépressifs.

Matériel et méthode : Étude qualitative par entretiens semi-dirigés. La population cible était constituée de patients dépressifs, âgés de 18 à 75 ans, ayant recours à au moins une MNC. Nous avons réalisé une analyse longitudinale puis verticale avec élaboration des verbatims et enfin transversale avec élaboration des sous-thèmes. Une triangulation des résultats a été effectuée par un second lecteur.

Résultats : Douze entretiens ont été réalisés. Le recours aux MNC était influencé par la représentation bio-psycho-sociale de l'origine de la dépression, avec la connaissance des symptômes et de son évolution. La relation médecin-patient, basée sur l'écoute active et la confiance, était de bonne qualité, les encourageant à être acteur de leur santé, tout en adoptant un comportement responsable. Ils attendaient de leur médecin qu'il prenne en considération et accompagne leur pratique aux MNC. Les patients les considéraient comme efficaces. Les principales attentes et bénéfices concernant les MNC chez les patients dépressifs étaient constitués par la recherche de bien-être physique et mental, une meilleure connaissance de soi et de la dépression, le souhait de diminuer la consommation des psychotropes et d'éviter la récurrence dépressive. Les lectures étaient un élément présent dans le parcours de soins de la moitié des patients.

Conclusion : Les motivations des patients dépressifs au recours aux MNC étaient multiples. L'efficacité des MNC ressentie par les patients dépressifs devra être démontrée par d'autres études de plus haut niveau de preuve. L'attrait pour les MNC, devrait encourager le médecin à être plus accompagnant dans la démarche de soins que le patient entreprend pour sa dépression. Cette prise en charge globale permettrait de répondre aux attentes des patients et ainsi de potentialiser l'approche centrée patient.

MOTS CLÉS Médecine alternative et complémentaire, thérapie complémentaire et alternative, médecine non conventionnelles, dépression.

JURY

Président : Monsieur le Professeur MOREAU Alain

Membres : Monsieur le Professeur SAOUD Mohamed

Madame la Professeur DALIGAND Liliane

Madame le Docteur PERDRIX Corinne

DATE DE SOUTENANCE

27 Octobre 2016

ADRESSE EMAIL DE L'AUTEUR

lena.quedillac@gmail.com