



HAL
open science

Étude des représentations sociales des médicaments psychotropes chez les patient×es exilé×es originaires d’Afrique subsaharienne consultant dans un centre de santé (Point H) dans le cadre de troubles psychiques

Gaëlle Milbéo

► To cite this version:

Gaëlle Milbéo. Étude des représentations sociales des médicaments psychotropes chez les patient×es exilé×es originaires d’Afrique subsaharienne consultant dans un centre de santé (Point H) dans le cadre de troubles psychiques. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03405262

HAL Id: dumas-03405262

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03405262v1>

Submitted on 17 Jan 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

THÈSE DE DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLÔME D'ÉTAT

Année : 2021

Thèse présentée par :

Madame Gaëlle Milbéo
Née le 02/11/1992 à Casablanca (Maroc)

Thèse soutenue publiquement le 30/09/2021

Titre de la thèse :

Étude des représentations sociales des médicaments psychotropes
chez les patient·es exilé·es originaires d'Afrique subsaharienne
consultant dans un centre de santé (Point H) dans le cadre de
troubles psychiques.

Président Professeur Bernard LE FLOC'H

Membres du jury Docteur Catherine JÉZÉQUEL
Docteur Morgane GUILLOU
Docteur Jean-Pierre SIMSON
Docteur Benjamin DERBEZ

UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE
FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTE DE BREST
Juin 2021

Doyens honoraires

FLOCH Hervé (+)
LE MENN Gabriel (+)
SENECAIL Bernard
BOLES Jean-Michel
BIZAIS Yves (+)
DE BRAEKELEER Marc (+)
BERTHOU Christian

Doyenne

COCHENER-LAMARD Béatrice

Professeurs émérites

BOLES Jean-Michel	Réanimation
BOTBOL Michel	Pédopsychiatrie
CENAC Arnaud	Médecine interne
COLLET Michel	Gynécologie obstétrique
JOUQUAN Jean	Médecine interne
LEFEVRE Christian	Anatomie
LEHN Pierre	Biologie cellulaire
MOTTIER Dominique	Thérapeutique
OZIER Yves	Anesthésiologie-réanimation
YOUINOU Pierre	Immunologie

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers de Classe Exceptionnelle

BERTHOU Christian	Hématologie
BRESSOLLETTE Luc	Médecine vasculaire
COCHENER-LAMARD Béatrice	Ophtalmologie
DEWITTE Jean-Dominique	Médecine et santé au travail
DUBRANA Frédéric	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FEREC Claude	Génétique
FOURNIER Georges	Urologie
GENTRIC Armelle	Gériatrie et biologie du vieillissement
GILARD Martine	Cardiologie
GOUNY Pierre	Chirurgie vasculaire
KERLAN Véronique	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
LE MEUR Yannick	Néphrologie
LE NEN Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LEROYER Christophe	Pneumologie
MANSOURATI Jacques	Cardiologie
MERVIEL Philippe	Gynécologie obstétrique
MISERY Laurent	Dermato-vénéréologie
NONENT Michel	Radiologie et imagerie médicale
REMY-NERIS Olivier	Médecine physique et réadaptation
ROBASZKIEWICZ Michel	Gastroentérologie
SALAUN Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire

SARAUX Alain	Rhumatologie
TIMSIT Serge	Neurologie
WALTER Michel	Psychiatrie d'adultes

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers de 1^{ère} Classe

AUBRON Cécile	Réanimation
BAIL Jean-Pierre	Chirurgie digestive
BEN SALEM Douraied	Radiologie et imagerie médicale
BERNARD-MARCORELLES Pascale	Anatomie et cytologie pathologiques
BEZON Éric	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BLONDEL Marc	Biologie cellulaire
CARRE Jean-Luc	Biochimie et biologie moléculaire
COUTURAUD Francis	Pneumologie
DELARUE Jacques	Nutrition
DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie	Rhumatologie
DUEYMES Maryvonne	Immunologie
GIROUX-METGES Marie-Agnès	Physiologie
HU Weiguo	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
HUET Olivier	Anesthésiologie-réanimation
L'HER Erwan	Réanimation
MARIANOWSKI Rémi	Oto-rhino-laryngologie
MONTIER Tristan	Biologie cellulaire
NOUSBAUM Jean-Baptiste	Gastroentérologie
NEVEZ Gilles	Parasitologie et mycologie
PAYAN Christopher	Bactériologie-virologie
PRADIER Olivier	Cancérologie
SEIZEUR Romuald	Anatomie
STINDEL Éric	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
VALERI Antoine	Urologie

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers de 2^{ème} Classe

ABGRAL Ronan	Biophysique et médecine nucléaire
ANSART Séverine	Maladies infectieuses
BROCHARD Sylvain	Médecine physique et réadaptation
BRONSARD Guillaume	Pédopsychiatrie
CORNEC Divi	Rhumatologie
CORNEC-LE GALL Emilie	Néphrologie
GENTRIC Jean-Christophe	Radiologie et imagerie médicale
HERY-ARNAUD Geneviève	Bactériologie-virologie
IANOTTO Jean-Christophe	Hématologie
LE GAC Gérald	Génétique
LE MARECHAL Cédric	Génétique
LE ROUX Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
LE VEN Florent	Cardiologie
LIPPERT Éric	Hématologie
THEREAUX Jérémie	Chirurgie digestive
TROADEC Marie-Bérengère	Génétique

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers Hors Classe

JAMIN Christophe	Immunologie
-------------------------	-------------

MOREL Frédéric

Biologie et médecine du développement et de la reproduction

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers de 1^{ère} Classe

BERROUIGUET Sofian

Psychiatrie d'adultes

BRENAUT Emilie

Dermato-vénéréologie

DE VRIES Philine

Chirurgie infantile

DOUET-GUILBERT Nathalie

Génétique

GUILLOU Morgane

Addictologie

HILLION Sophie

Immunologie

LE BERRE Rozenn

Maladies infectieuses

LE GAL Solène

Parasitologie et mycologie

LODDE Brice

Médecine et santé au travail

MAGRO Elsa

Neurochirurgie

MIALON Philippe

Physiologie

PERRIN Aurore

Biologie et médecine du développement et de la reproduction

PLEE-GAUTIER Emmanuelle

Biochimie et biologie moléculaire

QUERELLOU Solène

Biophysique et médecine nucléaire

ROBIN Philippe

Biophysique et médecine nucléaire

SCHICK Ulrike

Cancérologie

TALAGAS Matthieu

Histologie, embryologie et cytogénétique

UGUEN Arnaud

Anatomie et cytologie pathologiques

VALLET Sophie

Bactériologie-virologie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers de 2^{ème} Classe

ROUE Jean-Michel

Pédiatrie

SALIOU Philippe

Epidémiologie, économie de la santé et prévention

TROMEUR Cécile

Pneumologie

Professeurs des Universités de Médecine Générale

LE FLOC'H Bernard

LE RESTE Jean-Yves

Maîtres de Conférences de Médecine Générale

BARAIS Marie

NABBE Patrice

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BEAURUELLE Clémence

Bactériologie virologie

BAGACEAN Cristina

Hématologie

ROPARS Juliette

Pédiatrie

THUILLIER Philippe

Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques

Professeur des Universités Associé

METGES Jean-Philippe

Cancérologie

Maître de Conférences des Universités Associé

GURIEC Nathalie Nutrition

Professeurs des Universités Associés de Médecine Générale

BARRAINE Pierre

CHIRON Benoît

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

BEURTON-COURAUD Lucas

DERRIENNIC Jérémy

VIALA Jeanlin

Professeur des Universités

BORDRON Anne Biologie cellulaire

Maîtres de Conférences des Universités

BERNARD Delphine

BOUSSE Alexandre

Biochimie et biologie moléculaire

Génie informatique, automatique et traitement du signal

DANY Antoine

LE CORNEC Anne-Hélène

LANCIEN Frédéric

LE CORRE Rozenn

MIGNEN Olivier

MORIN Vincent

Epidémiologie et santé publique

Psychologie

Physiologie

Biologie cellulaire

Physiologie

Electronique et informatique

Maîtres de Conférences des Universités Contractuels LRU

GHIS MALFILATRE Marie

MERCADIE Lolita

Sociologie démographie

Psychologie

Attachée Temporaire d'Enseignement et de Recherche

GHANEM Rosy

Biochimie et biologie moléculaire

Professeurs Certifiés / Agrégés du second degré

MONOT Alain

RIOU Morgan

Français

Anglais

Professeurs Agrégés du Val-de-Grâce (Ministère des Armées)

DULOU Renaud

Neurochirurgie

Maîtres de Stages Universitaires - Référents (Ministère des Armées)

LE COAT Anne

SCELLOS Olivia

Médecine Générale / Urgence

Médecine Générale

Ce mémoire est écrit en écriture inclusive selon les recommandations d'écriture de la linguiste et historienne de la littérature Éliane Viennot. (<https://www.elianeviennot.fr/>).

REMERCIEMENTS

Au Docteur Catherine JÉZÉQUEL, ma directrice de thèse. Un grand merci d'avoir accepté de diriger mon travail avant même d'en connaître le sujet. Je suis reconnaissante de la confiance, des encouragements et du soutien que tu m'as apporté. J'espère continuer à travailler et échanger avec toi.

Au Professeur Bernard Le FLOCH, d'avoir accepté de présider le jury de la soutenance de cette thèse.

Aux Docteurs Morgane GUILLOU, Jean-Pierre SIMSON et Benjamin DERBEZ, les membres du jury de cette thèse. Merci de l'intérêt et de la curiosité que vous avez porté à mon travail ainsi que de me faire l'honneur d'évaluer cette thèse.

Au Docteur Pierre BODENEZ, merci pour votre aide à la relecture du mémoire de thèse et pour l'intérêt que vous avez porté à l'égard de mon travail.

A Marguerite COGNET, Claudie HAXAIRE et Estelle d'HALLUIN qui m'ont accordé de leur temps afin de me donner des conseils précis en lien avec leurs spécialisations en socio-anthropologie.

A toute l'équipe du Point H : Laëtitia, Magali, Pauline, Amélie, Anne-Laure, Domitile, Freddy. Un grand merci à vous tous d'avoir participé activement à ce travail, de toujours m'avoir chaleureusement accueillie. Vous avez été des rencontres déterminantes dans mon parcours professionnel.

Aux soignantes et soignants que j'ai rencontrés durant toutes ces années d'étude, qui m'ont partagé leurs expériences, leurs vécus et leurs connaissances. Leur humanité et leur altruisme n'ont jamais cessé de m'inspirer.

A mes amies Oriane AMALRIC et Mélanie DUCLOS, un immense merci pour votre soutien inconditionnel, nos longues discussions, vos conseils professionnels précieux et votre suivi dans mon travail. Vous avez éveillé ma curiosité en socio-anthropologie, j'en suis si reconnaissante.

A mes ami·es qui m'ont accompagné·es en musique, en dansant, en chantant, en rigolant, en se soutenant, en s'écoutant, en rêvant et en accomplissant de beaux projets durant toutes ces années.

To Samantha, my overseas sister, our friendship is strong, even with the distance.

A Aurélie, à notre amitié qui m'est si précieuse. Tu es un repère dans ma vie, depuis notre enfance.

A ma famille, mes parents, mon frère, ma marraine, qui m'ont toujours soutenu et m'ont montré une confiance infaillible en mes projets professionnels et personnels.

A Romain, à notre amour.

Je dédie ce travail de thèse aux douze patient·es
qui dans leur souffrance m'ont témoigné
une immense confiance en se livrant.

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	7
INTRODUCTION.....	12
MÉTHODE.....	16
L'entretien semi-directif.....	16
Échantillonnage.....	17
Modalité de recrutement.....	17
Retranscription et analyse des données.....	17
Cadre réglementaire de recherche.....	18
RÉSULTATS.....	19
Caractéristiques de la population.....	19
Analyse des résultats : LE MÉDICAMENT PSYCHOTROPE.....	21
UNE RÉPONSE A UNE DEMANDE D'AIDE.....	22
<i>Multiplés tableaux cliniques de la souffrance psychique.....</i>	22
<i>Trouble de stress post-traumatique.....</i>	<i>23</i>
<i>Troubles anxieux.....</i>	<i>24</i>
<i>Troubles du sommeil.....</i>	<i>24</i>
<i>Troubles dépressifs.....</i>	<i>25</i>
<i>Troubles psychosomatiques.....</i>	<i>25</i>
Statut d'exilé : une vulnérabilité sociale.....	26
<i>Précarité liée à l'hébergement.....</i>	<i>26</i>
<i>Précarité liée au statut administratif.....</i>	<i>26</i>
<i>Précarité liée à l'isolement social et relationnel.....</i>	<i>27</i>
<i>Syndrome de la salle d'attente.....</i>	<i>27</i>
UN SUPPORT A LA RELATION AUX SOIGNANT·ES.....	28
<i>L'ordonnance : un outil de consultation.....</i>	28
<i>Les patient·es reconnu·es comme malades.....</i>	29
<i>Un accueil inconditionnel.....</i>	29
<i>Une écoute bienveillante et le transfert.....</i>	29
<i>Une source de savoir médical.....</i>	30
UNE SOLUTION PARMIS D'AUTRES ?.....	31
<i>Un espoir.....</i>	31
<i>Qui apparaît comme indispensable.....</i>	32
<i>Un traitement symptomatique et non curatif.....</i>	32
<i>Qui soulage des symptômes.....</i>	<i>32</i>
<i>Avec une rapidité d'action.....</i>	<i>33</i>
<i>Des stratégies alternatives.....</i>	33

<i>Stratégies cognitives positives</i>	33
<i>Mise en mouvement du corps</i>	33
<i>Retrouver des relations sociales</i>	34
<i>Obtention d'un statut juridique</i>	34
<i>Autres substances psychotropes</i>	35
<i>Peu de pratiques traditionnelles, religieuses ou spirituelles</i>	35
UN OBJET SOCIO-CULTUREL	37
<i>Nouvel outil mais pas étranger</i>	37
<i>Désignation hétérogène</i>	38
<i>Différentes fonctions</i>	38
<i>Fonction médicale</i>	38
<i>Fonction sociale</i>	39
<i>Place dans la société</i>	40
<i>Un objet privé</i>	40
<i>Un objet public : un objet d'échange entre malades</i>	40
<i>Un objet public : l'entourage qui donne son avis</i>	41
UNE GESTION AUTONOME	42
<i>Automédication</i>	42
<i>Adaptation de la posologie</i>	43
<i>Surconsommation</i>	43
<i>En fonction des symptômes</i>	43
<i>Habitudes de consommation</i>	44
<i>Avec du lait, du thé, un repas, de la mangue</i>	44
<i>En fonction de l'heure du coucher</i>	44
<i>Rangement des médicaments</i>	45
LES EFFETS NÉGATIFS DU MÉDICAMENT PSYCHOTROPE	46
<i>Faible puissance</i>	46
<i>Effets aléatoires</i>	47
<i>Effets indésirables</i>	47
<i>Dépendance</i>	48
<i>Appréhensions et craintes</i>	48
DISCUSSION	50
Analyse de l'étude par rapport aux données de la littérature	50
DE L'ETHNICO-CULTUREL AU SOCIO-CULTUREL : SPÉCIFICITÉS DU	
GRUPE ÉTUDIÉ	50
<i>Utilisation de pratiques "traditionnelles"</i>	50
<i>Tradition et culture</i>	51
<i>Acculturation</i>	51
<i>Spécificités de la population étudiée</i>	52

<i>Attirance pour la technologie</i>	52
USAGES ET RÉPERCUSSIONS NON SPÉCIFIQUES AUX EXILÉS D’AFRIQUE SUBSAHARIENNE	53
<i>Matérialité du médicament</i>	53
<i>Appropriation du savoir et autonomisation</i>	54
<i>Accéder à un pouvoir individuel</i>	54
<i>Automédication et non observance</i>	55
<i>La dépendance et l’accoutumance</i>	56
<i>Menace de l’autonomie</i>	56
ENTRE PATHOLOGISATION DE LA SOUFFRANCE SOCIALE ET NÉCESSITÉ DE LA PRISE EN CHARGE DE LA PATHOLOGIE	57
<i>La folie et la somatisation</i>	57
<i>La ou le médecin et l’ordonnance</i>	57
<i>Relation médecin-patient·e</i>	58
<i>Seul outil pour répondre à des situations impossibles</i>	58
<i>Médicalisation de la pression sociale d’intégration</i>	58
<i>Danger de la pathologisation du vécu des exilé·es</i>	59
<i>Spécificités socio-culturelles de la prise en charge</i>	60
<i>Diagnostic de trouble de stress post-traumatique</i>	60
<i>Invariants humains et prise en charge individuelle</i>	61
<i>Approche individuelle et groupale</i>	61
Limites et points forts de l’étude	63
Limites de l’étude	63
Points forts	64
CONCLUSION	66
Annexe 1	68
Annexe 2	69
Annexe 3	70
Annexe 4	71
Annexe 5	73
Annexe 6	74
BIBLIOGRAPHIE	75
SERMENT D’HIPPOCRATE	80

INTRODUCTION

L'immigration d'origine africaine s'est accrue sur le territoire français à partir des années 1970. En 2018, 11 % des immigré·es en France sont originaires d'Afrique subsaharienne et représentent 0,83 % de la population résidant en France. Cette population émergente reste minoritaire dans les flux migratoires observés mais majoritaire dans la population en situation irrégulière du fait des refus de délivrance de visas et de titres de séjour. (1,2)

Dans cette étude nous allons utiliser le terme d'« exilé·e » qui désigne une personne qui a été contrainte de vivre hors de son pays ou qui s'y est résignée. Ce nom évoque davantage la dimension de rupture, la perte de place dans la société ce qui implique des contraintes sociales, économiques et politiques. De plus, l'exil est une forme d'émigration le plus souvent engendrée par un contexte de violence : les exilé·es font face à des évènements situés à la limite de l'humain tels que des tortures, viols, meurtres subis dans le pays d'origine ou sur le trajet de l'exil... (3)

A la recherche d'un refuge sur le territoire français, l'exilé·e se retrouve alors confronté·e à d'autres difficultés majeures. La procédure de demande d'asile souvent interminable place les exilé·es dans un statut transitoire le temps de l'examen de leur dossier. L'assistance sanitaire et sociale reste difficilement accessible pour les demandeur et demandeuses d'asile (délais pour accéder à la couverture maladie, refus de soin, barrières administratives, barrière de la langue, dispositifs d'accueil en accès limité,...) et elles et ils se retrouvent dans une situation de précarité et d'isolement social (4-6).

Même si la précarité et l'exil ne sont pas en soi des pathologies, la souffrance psychique induite génère de nombreux troubles. Elle est bien présente dans les motifs de consultation et peut se décliner en plusieurs manifestations cliniques (troubles du sommeil, anxiété, dépression, décompensation psychotique, psychotraumatisme) (7,8). D'après une étude réalisée au Comede, la prévalence globale des troubles psychiques graves chez les exilé·es est de 16,6 % entre 2012 et 2016 et les deux tiers des patient·es ont déclaré avoir subi des violences. Parmi ceux qui présentent un trouble psychique, 60 % souffrent d'un syndrome psychotraumatique (9).

Des prises en charge spécifiques dans le domaine de la psychiatrie ont été développées pour soigner ces troubles psychiques (médicament, psychothérapie). On remarque dans la même étude qu'un médicament psychotrope est prescrit chez 76 % des patient·es, seulement 2,7 % sont orienté·es vers une équipe psychiatrique

spécialisée (9). Le médicament semble être l'outil le plus utilisé pour soulager la souffrance psychique chez les exilé·es.

Par ailleurs, la consommation de médicaments psychotropes en France est une problématique de santé publique abondamment étudiée par la médecine, la sociologie et les statistiques. D'après l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies), la consommation française des psychotropes est l'une des plus importantes d'Europe (10). En 2015, 13,4 % de la population générale a consommé au moins une fois un de ces médicaments dans l'année. Sur la période de 2012 à 2017 le niveau global de cette consommation est en baisse. Sa prescription émane largement des médecins généralistes (82%). Les psychotropes les plus prescrits sont les anxiolytiques devant les hypnotiques, les antidépresseurs, les neuroleptiques. Les conséquences cliniques de cette consommation au long terme sont peu étudiées. Le principal enjeu est le risque de pharmacodépendance et d'abus (11-13).

Le médicament est un objet visible, disponible, que les patient·es utilisent via une action concrète : celle d'avaler le comprimé. L'utilisation du médicament aide à communiquer sur son statut de malade, à être reconnu comme personne souffrante et renforce les relations sociales tout particulièrement celle entre la ou le médecin et les patient·es (14).

Les psychotropes, comme le détaillent Johanne Colin et Marcelo Otero, sont des médicaments qui « brouillent les frontières du médical et du non médical, du normal et du pathologique ». Ce sont des médicaments populaires autour desquels s'est formée une société ambivalente « en faveur ou en opposition au médicament », dont les pratiques sont « conformes à la normativité contemporaine (usages médicaux) ou déviantes par rapport à celle-ci. » (15).

Apparaissent alors de nouveaux objectifs du médicament psychotrope qui « dépassent largement l'ambition de guérir ou de contrôler une maladie », les seuils de prescriptions médicamenteuses indiqués par la société sont de plus en plus abaissés. Le médicament peut aussi être interprété comme un objet d'oppression et plus particulièrement en psychiatrie où il a le pouvoir de « donner au sujet un comportement jugé conforme aux attentes sociales » (16).

Ces interprétations sont « imbibées de culture, de représentations, de croyances, de convictions, d'expériences, de pratiques », c'est ce qui nous intéresse d'explorer auprès d'une population spécifique, les exilé·es d'Afrique subsaharienne (17,18).

Pour faire le parallèle avec l'objet de notre étude, explorer la représentation sociale du médicament psychotrope permet aux médecins et aux professionnel·les de santé en

général de comprendre le raisonnement des patient·es face à cet objet, ainsi que leurs modes de consommation.

Les bases de la théorie des représentations sociales sont élaborées en 1961 par Serge Moscovici. L'idée nouvelle apportée par Serge Moscovici est qu'il n'y a pas de séparation entre le sujet et l'objet : l'objet n'existe que par rapport à un individu ou un groupe, par le contexte dans lequel le sujet s'inscrit, l'attitude du sujet face à l'objet ainsi que par les normes auxquelles le sujet se réfère. Nous comprenons ici que l'existence de l'objet est conditionnée par le lien entre le sujet et la société qui l'entoure. La réalité objective n'existe pas, elle est représentée. L'objet de représentation est commun à un groupe social et la représentation est partagée par le groupe. La représentation est donc sociale (19).

Dans la continuité de Serge Moscovici, Denise Jodelet, psychologue sociale, a défini la représentation sociale comme « une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social ». Jean-Claude Abric nous montre le rôle fondamental des représentations sociales pour la compréhension des déterminants des comportements et pratiques sociales (20,21).

Notre étude est réalisée dans un centre d'accueil médicalisé de soins gratuits à Brest : le Point H. Ce centre de santé associatif a pour objectif l'accès au soin pour tous et toutes et l'accueil des patient·es les plus précaires. Quatre médecins généralistes y travaillent ainsi qu'une infirmière, deux psychologues et une secrétaire accueillante. Les patient·es y sont pris en charge dans leur globalité, en prenant en compte les déterminants de santé tels que les barrières linguistiques et administratives. Enfin, une délivrance de produit pharmaceutique est proposée pour les patient·es sans droit à l'assurance maladie.

Dans le rapport d'activité 2020 du Point H, nous remarquons que la prescription de médicaments psychotropes y est largement supérieure par rapport aux prescriptions réalisées par les médecins généralistes libéraux : 31,6 % des patient·es du Point H utiliseraient des anxiolytiques contre 10 % chez les médecins généralistes libéraux, 14 % utiliseraient des hypnotiques (4,4 % chez les médecins généralistes libéraux) et 13,2 % des antidépresseurs (6,7 % chez les médecins généralistes libéraux).

Ce contexte particulier nous a amené à nous interroger sur ce que pensent les patient·es de ces médicaments psychotropes. Quelles sont les raisons de la consommation de psychotropes ? Comment les patient·es les utilisent-ils ? Quelles expériences vivent-ils avec ces médicaments ? Quelle place prend ce médicament dans le réseau social des patient·es ? Dans la société du pays d'origine, leur famille ?

Dans la société des exilé·es, celles et ceux qui partagent une histoire de vie ? Et dans la société du pays d'accueil ?

L'objectif est d'observer et de comprendre le système de pensée relatif à la consommation de médicaments psychotropes afin d'adapter la prise en charge médicale dans le cadre de troubles psychiques chez les exilé·es d'Afrique subsaharienne consultant au Point H.

MÉTHODE

L'entretien semi-directif

Il s'agit d'une étude qualitative qui cherche à comprendre et à décrire un phénomène sanitaire et social (la consommation de médicaments psychotropes) à partir d'entretiens semi-dirigés. L'objectif étant d'être au plus près de la logique de l'interrogé·e, de son système de référence, de comprendre le sens qu'elle ou il donne à ses pratiques (22,23).

Pour cela, nous avons prévu des questions ouvertes ainsi que des formules de relance qui sont répertoriées dans notre grille d'entretien. Cette grille a été élaborée de mars à juin 2020 suite à des recherches bibliographiques médico-socio-anthropologiques (20,24-28). Nous avons choisi d'explorer quatre thèmes principaux détaillés dans l'Annexe 1. Cette grille n'a pas été utilisée de manière systématique ou linéaire, mais s'est avérée utile pour orienter et rythmer les discussions.

Nous avons utilisé au cours de l'entretien la technique de substitution, en demandant aux interrogé·es de répondre comme le ferait une autre personne (sa famille, ses ami·es,...). « Cette technique permet d'identifier les éléments centraux de la représentation en réduisant la pression normative par la diminution du niveau d'implication du répondant. » (24).

Au préalable, nous avons demandé aux patient·es d'apporter toutes les boîtes de médicaments ceci afin de débiter l'entretien avec un objet concret du quotidien (17).

Les rencontres avec les interrogé·es ont été individuelles au Point H. L'entretien a débuté par une présentation de la chercheuse. Puis une information écrite (Annexe 2) et orale, leur a été transmise (sujet de l'étude, condition de réalisation et durée). Le caractère anonyme et la confidentialité de leurs propos ont été explicités. Une déclaration de non opposition a été recueillie à l'oral.

Nous avons enregistré l'entrevue avec un téléphone afin de ne perdre aucune information. La durée des entrevues n'a pas été définie à l'avance.

Échantillonnage

Le groupe étudié est caractérisé par les critères suivants :

- originaires d'Afrique subsaharienne
- francophones
- ayant un suivi médical au Point H
- majeur·es
- arrivé·es en France depuis moins de 5 ans
- ayant eu une prescription de médicament.s psychotrope.s

Les variables choisies comprennent l'âge, le sexe, le parcours migratoire, le type de psychotropes, le nombre de médicaments consommés, le statut administratif. Ces variables ont été amenées à être modifiées au cours de l'étude en fonction des résultats émergents des analyses d'entrevues antérieures. (29,30)

Cet échantillonnage en variation maximale permet de refléter la diversité des comportements et expériences des patient·es indépendamment de leur fréquence statistique (29,30).

La collecte des données a pris fin lorsque aucune nouvelle notion significative n'apparaissait dans les entretiens : c'est le phénomène de saturation (22).

Modalité de recrutement

Le recrutement s'est fait de façon progressive et ciblée sur les critères d'inclusion ; à la suite d'une consultation, au centre de soin sur simple orientation des médecins, des psychologues ou de la chercheuse présente sur place. Il a pu se faire par téléphone également. Puis un rendez-vous a été donné aux volontaires afin de réaliser l'entretien.

Une fiche d'information à propos de l'objectif de l'étude a été distribuée aux professionnel·les de santé permettant un recrutement plus adapté et éclairé. (Annexe 3)

Retranscription et analyse des données

La retranscription a été la plus fidèle possible via l'utilisation du logiciel LibreOffice Writer permettant d'analyser tous les éléments verbaux et para-verbaux. Chaque entretien a été anonymisé et les noms ont été changés.

Un codage a été réalisé avec l'aide du logiciel libre RQDA. La codification nous a permis de repérer l'ensemble des données présentes dans la retranscription (codage linéaire), la catégorisation nous a amené à nommer les aspects les plus importants et

récurrents de l'évènement sous forme de thème (codage axial). Puis, suite à une mise en relation des diverses catégories, les thèmes ont été regroupés sous forme de concept (codage transversal). Les résultats ont été représentés visuellement grâce une carte heuristique. (31,32)

Afin de renforcer la validité interne de l'étude, nous avons choisi de suivre la stratégie de triangulation : tout le long du travail, les entretiens ont été analysés par la chercheuse principale soutenue par une personne dont la discipline est la sociologie. Cela permet de diversifier les points de vue et interprétations ainsi que d'adapter nos entretiens selon l'évolution de l'analyse. Pour finir, nos résultats ont constamment été confrontés aux données de la littérature. (33,34)

Au fur et à mesure de l'analyse des données et du codage linéaire, nous nous sommes interrogés sur la richesse du contenu des entretiens réalisés : les patient·es sont bien francophones mais l'utilisation de la langue française reste celle d'une deuxième langue avec moins de vocabulaire pour développer une pensée ainsi que pour exprimer des affects. Face à cette limite nous avons décidé de proposer aux cinq derniers patients l'utilisation de l'interprétariat en langue maternelle. (Interprétariat téléphonique via l'association ISM Interprétariat).

Cadre réglementaire de recherche

Notre étude est classée parmi les recherches impliquant la personne humaine (RIPH) mentionnées au 3° de l'article L. 1121-1 du code de la santé publique (CSP) à propos des recherches non interventionnelles. Nous avons obtenu le 20 octobre 2020 l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes Sud-Est III (Annexe 4) puis nous en avons informé l'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) conformément aux dispositions de l'article L. 1121-4 du CSP (Annexe 5). Enfin nous avons déclaré auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) la conformité de l'étude par rapport au règlement général sur la protection des données (RGPD) (Annexe 6).

RÉSULTATS

Caractéristiques de la population

Douze entretiens ont été menés d'octobre 2020 à janvier 2021, ils ont duré entre 41 minutes et 2 heures 42 minutes pour une moyenne de 1 heure. L'échantillon de la population interrogée comprenait 9 hommes et 3 femmes, dont les âges étaient compris entre 22 et 57 ans. L'ensemble des patient·es interrogé·es était originaire d'un pays d'Afrique subsaharienne dont huit patient·es originaire de Guinée, tous et toutes étaient exilé·es, arrivé·es en France entre 2017 et 2020. Trois patient·es interrogé·es avaient récemment obtenu le statut de réfugié et les autres patient·es étaient en cours de procédure pour une demande d'asile.

Les types de médicaments psychotropes consommés étaient hétérogènes, la majorité des patient·es consommait au moins une benzodiazépine. Les médicaments psychotropes plus fréquemment retrouvés sont la loxapine et l'alprazolam.

L'ensemble des patient·es interrogé·es avait des notions de français. Le niveau de langue orale française était hétérogène. Quatre entretiens ont été menés avec l'aide d'un·e interprète téléphonique, un patient a refusé l'aide d'un·e interprète téléphonique.

A noter, la majorité des patient·es n'a pas apporté les boîtes de médicament, soit elles ou ils n'avaient pas compris la consigne au téléphone, soit elles ou ils avaient oublié, ou avaient trouvé peu pratique de les transporter au rendez-vous.

Seulement la moitié des patient·es bénéficiait d'un suivi psychologique dont un patient pour qui le suivi s'est arrêté prématurément suite au départ de l'étudiante en psychologie en stage au Point H qui l'avait pris en charge.

Patient	Alpha Amadou	Joséphine	Abdoulaye	Sekou	Mohamed	Julienne	Rosaline	Alphonse	Mamadou	Ousmane	Boubacar	Oumar
Sexe	Homme	Femme	Homme	Homme	Homme	Femme	Femme	Homme	Homme	Homme	Homme	Homme
Age	22 ans	24 ans	38 ans	33 ans	25 ans	46 ans	57 ans	28 ans	32 ans	24 ans	25 ans	26 ans
Pays de naissance	Guinée	Guinée	Guinée	Érythrée	Guinée	Congo	Bénin	Soudan	Guinée	Guinée	Guinée	Guinée
Urbain / Rural	NC	Urbain	NC	Rural	Rural	Urbain	NC	NC	NC	NC	Urbain	Urbain
Niveau scolaire	Fin du collège	Études d'infirmière	NC	Jusqu'à 12 ans	Pas d'école	Études supérieures	NC	NC	NC	NC	Est allé à l'école	NC
Arrivée en France	2019	2018	2018	2018	2019	2018	2018	2017	2019	2017	2020	2018
Statut administratif	DA procédure normale	Statut de réfugié	DA procédure normale	Statut de réfugié	DA procédure normale	DA procédure accélérée	DA procédure normale	DA procédure normale	Statut de réfugié	DA procédure normale	DA procédure accélérée	DA procédure normale
Médicaments prescrits	Loxapine Miansérine Alprazolam	Lormétazépam Alprazolam Paroxétine	Loxapine Hydroxyzine Sertraline	Loxapine Prazépam	Cyamémazine Hydroxyzine	Loxapine Alprazolam Paroxétine	Loxapine Alprazolam	Hydroxyzine Alprazolam Loxapine Cyamémazine Mirtazapine	Zopiclone Loxapine	Mirtazapine Alprazolam Zopiclone	Diazépam Tramadol Paroxétine Zopiclone	Diazépam Loxapine Zopiclone
Date d'introduction des médicaments	mars 2020	juin 2019	février 2019	septembre 2018	septembre 2020	avril 2020	septembre 2019	mars 2020	octobre 2019	octobre 2019	septembre 2020	août 2020
Suivi psychologique psychiatrique	Pas de suivi	Pas de suivi	Stagiaire en psycho	Pas de suivi	Psycho du Point H	CMP de Brest	Pas de suivi	Pas de suivi	Psycho du Point H	Pas de suivi	Psycho au CAP	Psycho du Point H
Interprétariat	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Refus	Oui

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

NC : Non communiqué

DA : Demandeur d'Asile

Psycho : Psychologue

CMP : Centre Médico-Psychologique

CAP : Centre Accueil Précarité au CHU Brest

Analyse des résultats : LE MÉDICAMENT PSYCHOTROPE

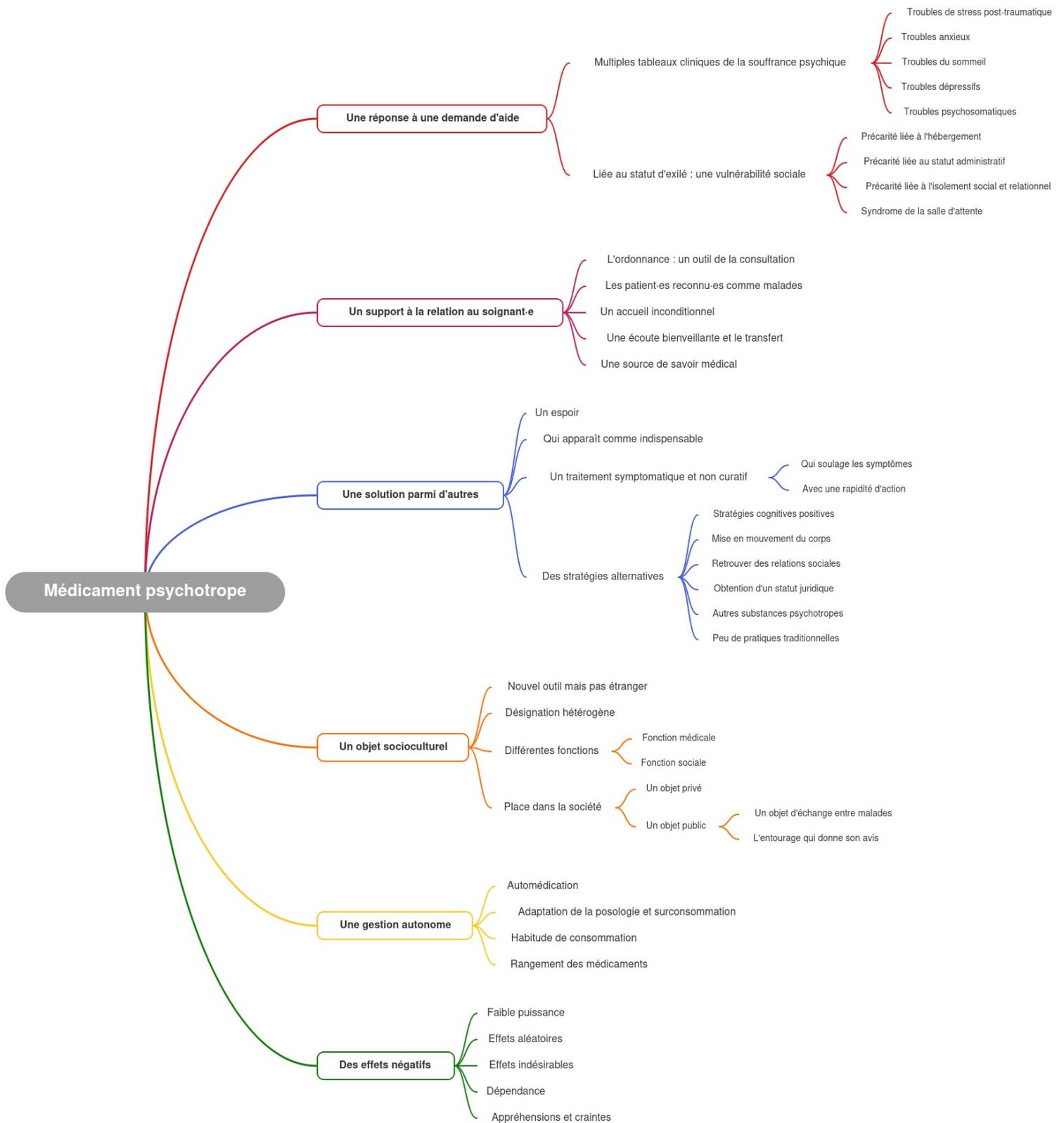
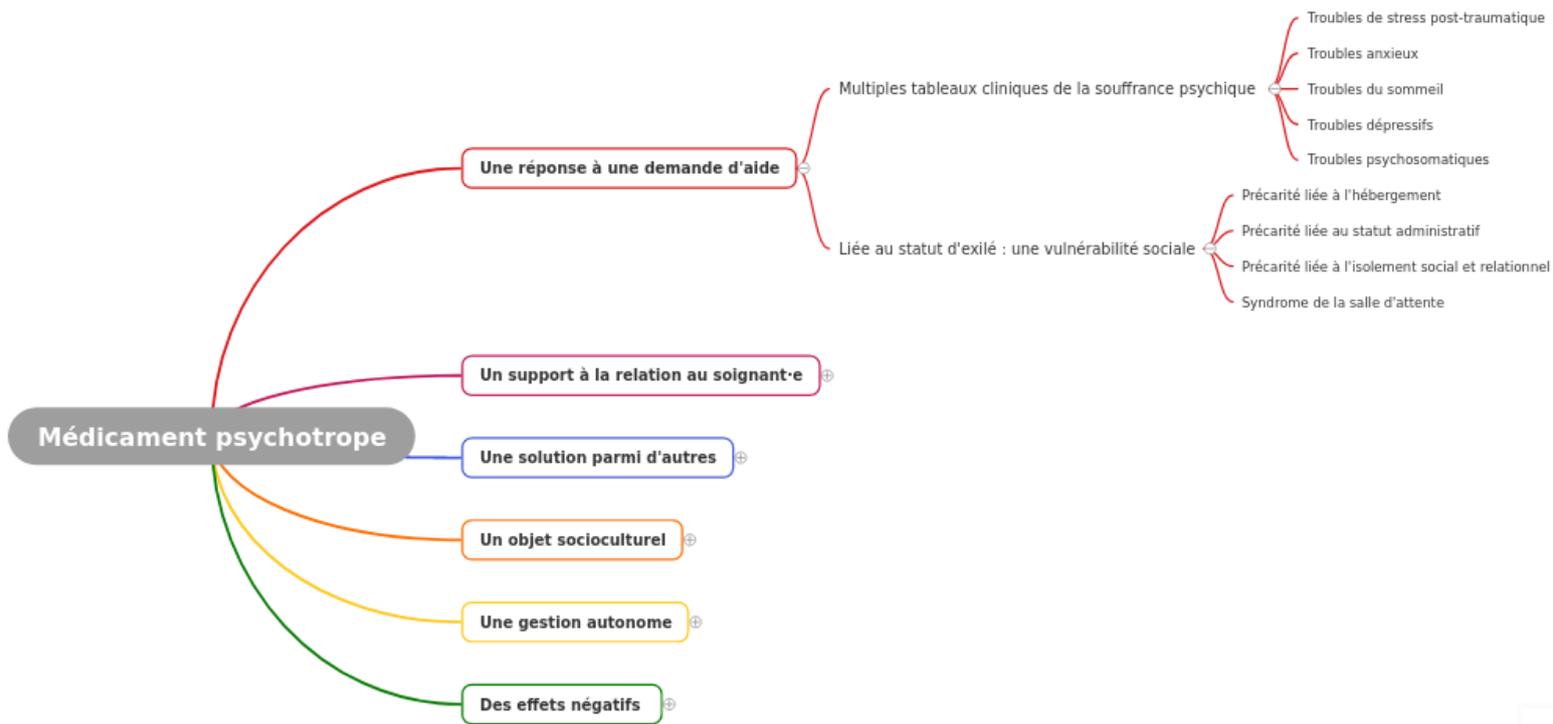


Figure 1 : Carte heuristique des résultats de l'étude

UNE RÉPONSE A UNE DEMANDE D'AIDE



Multiples tableaux cliniques de la souffrance psychique

La prescription de médicament psychotrope est perçue par les patient·es comme une réponse permettant de soulager des symptômes psychiques envahissants, persistants, inquiétants.

« *Donc moi ce que je voulais vous dire à vous comme ça non, tout le travail ici (au Point H) : moi j'ai besoin de aide, je n'ai pas bien comme ça non, j'ai inquiété comme ça non trop.* » (Mohamed)

De façon assez récurrente dans l'analyse des données, on retrouve une souffrance psychique que les patient·es localisent précisément : « *dans la tête ça ne va pas du tout* » (Alpha Amadou), « *beaucoup de choses dans la tête* » (Ousmane), « *j'avais la tête un peu... dérangée un peu* » (Joséphine)

Nous avons décidé de regrouper ces symptômes en tableaux cliniques tels que décrits par la psychiatrie.

- *Trouble de stress post-traumatique*

On retrouve indéniablement tous les éléments de ce diagnostic :

- l'exposition à un traumatisme : Boubacar évoque des « *histoires douloureuses, drames, choses flippantes* », Mamadou parle de son vécu en prison, Sekou évoque la traversée de la mer méditerranée :

« Quand je viens ici en Europe, j'ai passé un petit peu la mer, dans la mer méditerranéenne, quand j'ai passé Lybie-Italie. J'ai un petit peu problème. Un boat, et après ça tombe, voilà 500 personnes, 400, 50 personnes il est mort euh.. pas moi. C'est à cause de ça j'ai un petit problème. » (Sekou)

- Les symptômes d'intrusion semblent être très présents. Les cauchemars sont récurrents dans tous les entretiens. Rosaline décrit un flashback associé à une détresse psychique intense :

« J'ai vu un couple, je sais que c'est un couple, ils sont en train de se bagarrer. La violence m'a rappelé ce que j'ai traversé, ça a créé chez moi, je pleure touuut le jour » (Rosaline)

« C'est comme si tout ce que j'avais vécu au Congo et au Gabon ça venait se coller. Et je vois toujours mes agresseurs et ce que je n'arrive pas à comprendre jusqu'aujourd'hui leur odeur je hume ça. » (Julienne)

- les symptômes d'évitement : Rosaline explique qu'elle évite les films de violence, elle éteint la télévision si l'émission la renvoie à des souvenirs traumatisants. Des patient·es disent « *je ne peux pas rester seul* » pour éviter les stimuli internes.

- les altérations cognitives sont illustrées par des propos de méfiances envers l'autre ou des croyances négatives à propos d'autrui, du monde. Les entretiens sont imprégnés d'émotions négatives comme la peur, l'horreur,...

« Parce que c'est moi que ça arrive à chaque fois quoi. Ici j'ai subi des choses ici qui m'ont vraiment choquées quoi. Ici en France, des injustices ici, des... des trucs comme ça je me dis en fait partout c'est la même. Je trouve que le monde est plein de personnes pourries aussi, et il y a des bonnes quoi. » (Ousmane)

A noter aussi Julienne qui se désole d'une amnésie dissociative à propos des prénoms de ses filles, restées au Gabon et qui étaient présentes sur les lieux des agressions qu'elle a subies.

- les modifications de l'état d'éveil et de la réactivité : les patient·es ont des difficultés d'endormissement, des réveils en sursauts, des problèmes de concentration,...

- les symptômes de dépersonnalisation ou de déréalisation retrouvés dans les entretiens.

« *Je ne sais pas où je suis, qui je suis* » (Alpha Amadou)

« *Je me perds, quand je marche je dis oh ! Est-ce que ça c'est moi qui marche ? Donc je dois faire un petit truc sur moi pour savoir si c'est moi* » (Julienne)

- *Troubles anxieux*

Apparaissent au cours de nombreux entretiens le sentiment d'anxiété, de peur et de stress. Ces symptômes sont souvent accompagnés d'un élément temporel « *toute la journée* », « *sans arrêt* » ou d'élément intensifiant le symptôme « *c'est trop trop* ». La peur est souvent centrée sur un objet : l'avenir, la mort, le passé, revivre les souffrances, les tortures, dormir, revivre les cauchemars, devenir fou... Cet envahissement du psychisme par les troubles anxieux devient pathologique par son intensité, sa chronicité et sa multiplicité.

« *C'est comme ça que je passe ma journée. Je n'ai jamais passé de journée sans angoisse. Vraiment, c'est rare, c'est des choses rares. Sans angoisse.* » (Julienne)

« *J'ai peur que la situation s'aggrave, je ne sais pas ce que ça va faire mais j'ai peur que la douleur augmente* » (Alphonse)

- *Troubles du sommeil*

L'insomnie est un symptôme récurrent chez les patient·es, « *tous les soirs* ». Dans le discours des patient·es, l'insomnie est liée aux pensées intrusives empêchant l'endormissement et aussi aux cauchemars incessants. Le bon sommeil est perçu comme essentiel, « *réparateur* », « *qui apaise les mauvaises idées* ». L'insomnie, elle, est perçue comme un « *danger* », « *mauvais pour la santé* », comme « *une perte de liberté* ». Des patient·es luttent contre l'asthénie diurne ressentie espérant favoriser l'endormissement du soir. Nous notons une recherche d'activités dans l'objectif de ne pas penser : « *Non, Non, dans la journée mais je forcé, je fais quoi quoi quoi je ne dors pas. Il faut ma tête quoi, occupée.* » (Mohamed). D'autres inversent leur rythme nyctéméral.

« *Oui tous les soirs, sinon je ne vais pas dormir. Avant quand je prenais pas ça (médicament) je ne dors pas. Je reste comme ça jusqu'à 5h- 7h du matin et mes yeux sont devenus rouuge et fatigués.* » (Rosaline)

« Je prends le médicament parce que je n'arrivais pas à m'endormir j'ai beaucoup de choses en tête. Surtout quand je suis tout seul, je pense à beaucoup de choses, et le soir je n'arrive pas à m'endormir c'est pourquoi j'ai demandé à ce qu'on me donne ces médicaments. » (Ousmane)

« Parce que ça fait plusieurs mois que je n'arrive pas à dormir, même si j'essaie de dormir, je fais des cauchemars, je me réveille en pleurant aussi, donc c'est pourquoi j'essaie de prendre le médicament pour dormir. » (Alpha Amadou)

- *Troubles dépressifs*

La tristesse, les pleurs, la perte d'énergie, l'épuisement, les idées noires, les idées suicidaires, l'irritabilité sont des symptômes exprimés. Le sentiment de dévalorisation est exposé par Julienne « Je suis comme une tombe. La tombe à l'extérieur ça brille, à l'intérieur c'est que le squelette, que les déchets ». Cette patiente exprime aussi l'aboulie « je n'ai pas envie de faire quoi que ce soit ».

« Moi au fond duquel je sais que ça va ça ne va pas changer (...) mon problème c'est le cauchemar et les pleurs ça c'est le grand problème mais moi-même j'ai pensé, j'ai analysé beaucoup comment comment je vais faire pour s'en sortir mais je trouve pas comment. » (Alpha Amadou qui exprime une crainte d'incurabilité)

« Je veux qu'un jour tous les mauvais souvenirs qui sont en moi, que je sois bien, que je sois bien mais je n'arrive pas, je n'arrive pas, je n'arrive pas, je n'arrive pas ! Je me mens moi-même... (pleurs et souffle) J'ai vu la méchanceté sur terre, j'ai connu l'humiliation sur terre, mais parfois je me demande ce qui me parle (chuchote) comment il faut que je reste, pourquoi je reste là. » (Julienne)

- *Troubles psychosomatiques*

C'est bien souvent à travers leur corps que les patient·es disent ressentir de la souffrance. Certain·es font des liens directs entre les céphalées et les angoisses. Pour Rosaline qui est diabétique, elle remarque que « le stress fait augmenter le sucre ». D'autres évoquent lors de l'entretien des symptômes physiques sans faire de lien particulier avec la souffrance psychique. Il est à noter que bien souvent les médicaments psychotropes sont perçus comme ayant pour cibles les symptômes physiques.

« Mais premièrement j'ai souvent mal à l'estomac et ensuite j'ai le médicament pour l'angoisse » (Ousmane)

« Euh, je ne sais pas, peut-être c'est les pensées. Oui des fois maux de tête ça prend ici derrière, ça fait boumboum. » (Rosaline)

« Quand j'ai les battements de cœur bizarre, mes pieds s'enflent. Et quand mes pieds enflent je sens que je ne me respecte plus. » (Julienne)

Statut d'exilé : une vulnérabilité sociale

Pour une partie des patient·es interrogé·es, les symptômes cités ci-dessus sont causés par les situations de précarité dans lesquelles ils vivent : au niveau du logement, de l'alimentation, du statut administratif, de l'absence de droit au travail... D'autres évoquent l'aggravation des symptômes par les conditions de vie délétères. Enfin, nombre de patient·es se sentent impuissant·es face à cette souffrance psychique renforcée par la précarité car ils n'ont que peu de moyens d'action afin d'agir sur leurs situations de précarité qui majorent les symptômes. Les médicaments psychotropes semblent ainsi utilisés dans le but d'atténuer ces contraintes sociales.

- *Précarité liée à l'hébergement*

Les patient·es vivent tous dans des logements collectifs, soit en foyer (jusqu'à 6 personnes par chambre) soit dans un appartement en colocation. Cette vie en communauté avec des personnes non choisies est un obstacle à « la tranquillité » (Mohamed). Alpha Amadou nous dit se sentir gêné de réveiller son voisin lors de ses réveils nocturnes. Souvent il dit se réveiller en pleurs à cause des cauchemars. Un sentiment de honte s'ajoute à cette détresse psychique. Le logement est aussi souvent temporaire (Boubacar). Enfin, d'autres situations entraînent un rythme de sommeil en décalage avec celui des autres cohabitant·es qui dorment la journée et parlent la nuit (Joséphine).

« Je ne dors pas profond à cause de plusieurs raisons. Première raison c'est à cause du dérangement de ma cohabitation, vous voyez, avec les autres parce qu'ils font du bruit, vous voyez, ils rentrent à vous voyez, il fait du bruit, des choses comme ça. » (Mamadou)

- *Précarité liée au statut administratif*

Les multiples convocations juridiques à l'OFPRA (Office français de protection des réfugiés et apatrides) ou à la CNDA (Cours nationale de droit d'asile) font partie des éléments majorant la souffrance psychique. Des patient·es disent avoir dû re-consommer des médicaments psychotropes à l'annonce d'une date de rendez-vous. Ces instances demandent aux patient·es d'apporter la preuve des évènements

traumatiques vécus. Ceci implique la nécessité de se remémorer des souvenirs traumatisants lors de la rédaction des faits mais aussi lors de l'audience. De plus, quelques patient·es parlent d'un sentiment d'insécurité « à l'idée de rentrer de façon obligatoire au Soudan » (Alphonse)

« Je dormais très bien. Mais dans ces deux jours, depuis qu'on m'a annoncé un rendez-vous à Paris ça me perturbe, je n'arrive pas à m'endormir. » (Ousmane)

« Le médicament pour dormir c'est comme si tu as des soucis donc euh tu as des soucis parce que tu n'as pas de statut. » (Mamadou)

- *Précarité liée à l'isolement social et relationnel*

La solitude, liée entre autres à l'obstacle linguistique est un sujet présent lors des entretiens. Elle est aussi majorée par les décès, l'éloignement de leur famille ou de leurs proches. Souvent les patient·es sont ancré·es dans un processus de deuil multiple (de la famille, du pays natal, du statut social,...) défini comme étant le deuil migratoire.

« Oui je me sens seul et je me sens emprisonné de tout. » (Alpha Amadou)

« En plus j'ai pas papier ici, toute c'est comme ça, j'ai pas travail, j'ai pas quelque chose. Chez moi j'ai tout, j'ai papier, j'ai travail, j'ai family, j'ai tout. Quand j'arrive ici j'ai rien, en plus je pensais beaucoup la mer. » (Sekou)

« Donc je vois dans ma vie, c'est à dire, il y a eu trop de creux, de vide c'était, il y a eu trop de vide qu'on ne remplace pas. » (Julienne)

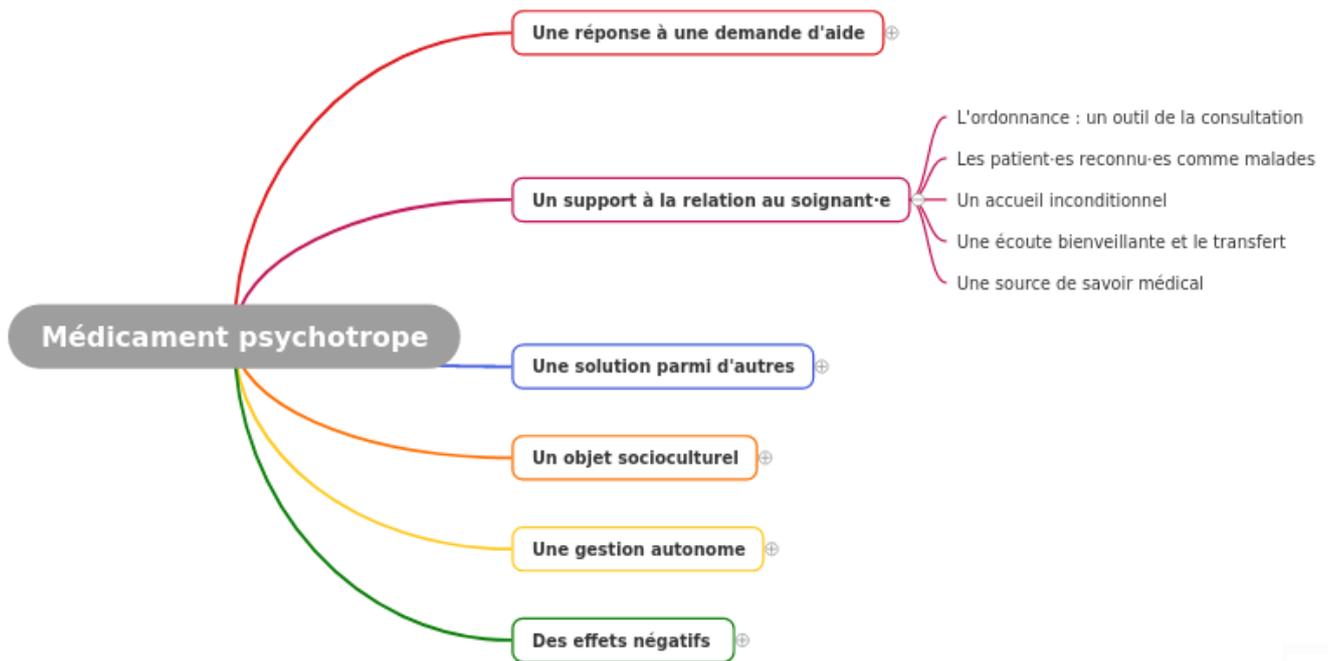
- *Syndrome de la salle d'attente*

Enfin, l'analyse des données nous a permis de mettre en avant des sentiments partagés par la majorité des patient·es : la perte de sens et le temps long de l'attente. Les patient·es disent être incapables de se projeter dans l'avenir, ils décrivent une inactivité au présent : « je ne fais rien, absolument rien de la journée » (Sekou), plusieurs rapportent que le travail y compris le bénévolat est inaccessible (Joséphine, Rosaline). L'attente de la réponse juridique est longue.

« Comme ça je suis là sans situation, je n'arrive pas à travailler là où je pars, même si c'est pour volonté je ne peux pas avoir. » (Joséphine)

« Je te dis, franchement dans ma vie, je me dis je suis bornée quoi, je ne peux plus rien faire, je suis pourrie, je suis hypothéquée, je suis finie.[...] Je me disais que je n'avais pas le lendemain. En tous cas je ne voyais pas le lendemain. » (Julienne)

UN SUPPORT A LA RELATION AUX SOIGNANT·ES



La demande d'aide semble d'abord adressée aux professionnel·les les plus proches du quotidien des patient·es c'est à dire les assistant·es sociaux, le personnel des foyers d'hébergement qui orientent les patient·es vers les soins notamment le Point H. Le médicament est une porte d'accès aux entretiens avec les soignant·es (secrétaire, infirmière, psychologues, médecins,...).

L'ordonnance : un outil de consultation

Lorsque la demande d'aide est énoncée auprès des soignant·es du Point H, les patient·es font fréquemment le lien entre consultation médicale et prescription médicamenteuse.

« J'ai passé d'abord par un psychologue, après elle m'a écrit un papier, soit disant de venir à Point H pour que elle me prescrive un médicament pour dormir, après ils m'ont prescrit un médicament. » (Alpha Amadou)

« Je peux dire plusieurs personnes vient, bon, ils savent que quand tu viens à l'hôpital forcément c'est pour avoir des médicaments. » (Abdoulaye)

« Parce que les docteurs, quand je .. elle est docteur, le docteur il donne le médicament après elle dit rien comme ça. » (Sekou)

Les patient·es reconnu·es comme malades

Le Point H, institution médicale, est perçue comme un lieu de soins pour celles et ceux qui sont en mauvaise santé ou pour qui la santé est en « *danger* » (Mohamed). Les patient·es interrogé·es, pris en soin par l'équipe médicale, se reconnaissent comme malades nécessitant un accompagnement, une aide.

« Donc quand tu me vois vraiment tu sens que je suis malade. C'était vraiment clair et net. Quand tu me vois tu sens que celle-là elle est malade... » (Julienne).

Nous retrouvons au cours des entretiens des justifications sur la raison pour laquelle les patient·es accède au soin.

« Mais c'est pas un problème de hôpital, le problème de gens, les gens si mal très très bien, il part à l'hôpital sinon ils restent à la maison dormir. » (Sekou)

Joséphine évoque ses rendez-vous au Point H pour renouveler son traitement et se justifie.

« Après je viens ils renouvellent encore. Oui, parce que j'avais beaucoup de soucis dans ma tête. [...] Non ils (les colocataires) ne prennent pas le médicament parce que eux ils sont venus dans la voie normale, moi je suis venue dans la mer. »

Un accueil inconditionnel

Pour d'autres patient·es, le Point H et ses professionnel·les sont repéré·es comme un lieu d'accueil inconditionnel fréquenté par les personnes qui les entourent.

« On m'a dit si jamais vous avez mal, si vous tombez malade, venez sans hésitation » (Alphonse)

« Quand je suis venu au centre, c'est ici à Point H qu'on nous a indiqué de venir pour euh, quoi qu'il arrive dans notre santé, on nous a dit de venir ici. » (Abdoulaye)

« Oui je pense que c'est bon parce que j'ai suivi leurs conseils vous voyez c'est pour cette raison je venais ici. » Mamadou qui découvre le Point H sur les conseils de ses amis.

Une écoute bienveillante et le transfert

La consultation est un cadre rassurant pour les patient·es où la parole peut se libérer, les pensées peuvent être délivrées auprès d'une oreille bienveillante, de confiance. Les soignant·es semble mettre en sécurité.

De plus, plusieurs patient·es investissent les soignant·es avec affection. Julienne dit ressentir pour la soignante des sentiments qui sont similaires à ceux qu'elle a pu éprouver pour un membre de sa famille :

« J'ai pris Laura (prénom modifié de l'IDE EMPP) comme si une personne qui est de ma famille. Elle connaît de quoi je souffre, elle connaît mes soucis, du coup elle me met en sécurité. Comme la mère avec son enfant ou bien la mère poule avec ses poussins ».

D'autres patient·es pensent que les soignant·es ressentent les mêmes émotions qu'elles et eux : *« Mais elle (le docteur) si j'ai mal, il mal comme moi aussi »* (Sekou), *« elle (la psychologue) je pense elle est inquiétée ça pour moi, elle voulait bien aide moi. »* (Mohamed).

Une source de savoir médical

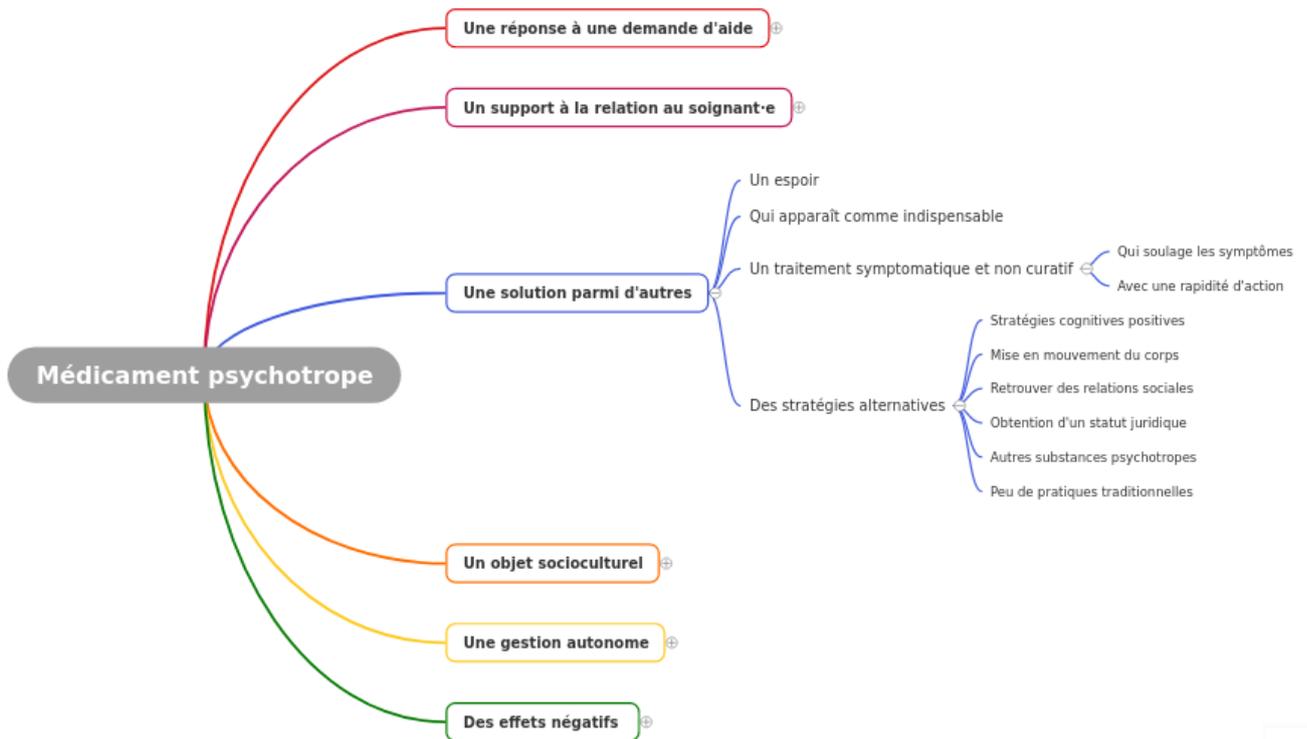
Les patient·es évoquent leur confiance dans les soignant·es. D'autant plus que la ou le soignant·e est représenté comme une personnes ayant des connaissances précises sur la maladie et ses traitements ou encore une personne qui *« donne des conseils »*.

« Là maintenant je prends la parole des infirmières, des psychologues ou des psychiatres. Que ça ne serait pas facile, tu dois vivre avec ça, apprendre à vivre avec ça. Et nous nous sommes là pour t'aider. » (Julienne)

« Cela le médecin qui cible les gens comme vous par exemple à Point H [...] on espère bien parce que à un certain moment tu as des difficultés, tu souhaites d'avoir quelqu'un qui te, qui te parle bien, qui sera à tes côtés souvent, bon il te donne des conseils, cela aussi fait partir, cela aussi fait partir de aider la personne qui a des difficultés. » (Abdoulaye)

« Si le médecin me dit que le médicament est nécessaire, il faut le prendre tout le temps, je le prends. Mais moi je ne sais pas. » (Alphonse)

UNE SOLUTION PARMIS D'AUTRES ?



Les patient·es semblent avoir beaucoup d'attentes à l'égard des médicaments psychotropes. Ces médicaments représentent une solution pour soulager rapidement les symptômes et aussi un moyen pour accéder au soin, à la relation soignant·e-patient·e. Une solution qui peut être partielle car ils sont aussi décrits comme insuffisants et la nécessité d'autres alternatives est évoquée.

Un espoir

Plusieurs patient·es sont dans l'attente d'une solution médicamenteuse, elles et ils espèrent trouver une molécule qui leur permettrait de guérir les symptômes. Une croyance se construit autour de ce médicament, sans avoir encore fait l'expérience de son efficacité.

« Pour moi c'est le médicament qui peut me soulager. » (Alphonse)

« Non je ne connaissais pas (le médicament). Bon personne ne m'a dit que je vais trouver un autre médicament mais c'est moi, moi je pense qu'il y a un autre médicament que ça mais je ne sais pas quel médicament. » (Alpha Amadou)

Qui apparaît comme indispensable

D'autres patient·es amènent la notion de contrainte, de perte de pouvoir par rapport à leurs soins. Les patient·es semblent ne pas pouvoir envisager d'autre issue à leur souffrance que la prise de ce médicament.

« Ils (les amis) disent « non c'est pas bien ! » quelque chose mais ... j'ai pas le choix, si j'ai pas dormir, je prends, si j'ai mal je prends, si j'ai pas mal... »
(Sekou)

« J'ai pas le choix, je dois le prendre le médicament. » (Alphonse)

Un traitement symptomatique et non curatif

Des patient·es remarquent que le médicament psychotrope ne répond que partiellement à leurs attentes : il soulage les symptômes mais ne résout pas le problème définitivement. Elles et ils évoquent le souhait de vivre sans consommation de médicament.

« Le problème du médicament c'est que quand je le prends ça apaise les douleurs ça c'est sûr mais ça ne règle pas le problème : je ne suis pas dans mon état normal, je ne reviens pas à mon état auparavant. [...] Pour moi l'objectif est de revenir à l'état normal, sans médicament. » (Alphonse)

« Je ne suis pas libre parce que ce n'est pas facile. Il n'y a pas plus beau que quand tu as sommeil, tu viens tu te couches même si tu as faim dès que tu t'allonges tu dors. Il n'y a pas mieux que ça mais toi dans ta vie tu vas passer toute ta vie à prendre des médicaments pour dormir c'est, c'est pas une vie ça. » (Oumar)

- *Qui soulage des symptômes*

Le médicament psychotrope semble être efficace par rapport à la qualité du sommeil. Des patient·es rapportent dormir plus longtemps, avec une diminution de la fréquence des cauchemars. Il semble agir aussi sur les autres symptômes tels que les pensées envahissantes ou bien les symptômes de l'anxiété : le médicament « rassure », « apaise », « tranquillise », « enlève la panique », « met à l'aise », « soulage », entraîne une « disparition des idées noires ».

« Quand je dors en tous cas, c'est un sommeil paisible, [...] jusqu'à ce qu'on m'a changé le somnifère et à partir de là je commençais quand même à m'endormir sans que mon sommeil soit en tort. » (Julienne)

« Quand je prends ça aussi ça m'aide à me soulager pour ne pas mes pensées beaucoup. [...] et puis le médicament me fait oublier de mes pensées. » (Joséphine)

« Mais à condition de prendre le médicament. Quand je prends le médicament je me dis tout va bien, merci Dieu, je suis content. Et quand je ne prends pas le médicament, je suis toujours content mais je pense toujours à mon passé et je m'angoisse. » (Alphonse)

- Avec une rapidité d'action

Des patient-es ont l'expérience d'un traitement qui agit rapidement après la prise.

« Oui ça va si je prends le médicament je peux dormir, sans problème. [...] Ensuite mon corps commence à se relâcher, je vois qu'on dirait que je suis fatigué après directement en peu de temps je dépose mon appareil, après je.. je prends ma couverture, je commence à.... à somnoler. » (Alpha Amadou)

« Je prends, je sais que j'ai quelque chose dans la main et puis ça tombe. Et je dors. Après je doooooors. » (Rosaline)

Des stratégies alternatives

- Stratégies cognitives positives

Les patient-es semblent mobiliser des ressources internes, des pensées qui apaisent comme des souvenirs joyeux du passé, des chants ou bien lorsque l'esprit s'évade en écoutant de la musique, regardant un film, en discutant avec des ami-es.

« Ce sont des musiques guinéennes. Car la musique me rappelle des souvenirs, les bonnes choses que j'ai vécues. » (Ousmane)

- Mise en mouvement du corps

Les activités permettant de mobiliser le corps en extérieur ou intérieur sont aussi évoquées en parallèle du médicament : la course à pied, la marche, la danse et aussi les massages.

« Le mouvement c'est bon pour moi » (Mohamed)

« Peut-être le seul moment où je me sens bien c'est quand je suis avec des amis en train de faire des activités. Là ça peut passer. » (Oumar)

« Je me promène souvent. Dans la nuit, je vais à côté de la plage, regarder les vagues, la mer. » (Rosaline)

- *Retrouver des relations sociales*

D'autres patient·es se sentent soulagé·es lorsqu'elles et ils se retrouvent entouré·es de personnes parlant la même langue, et se sentent rassuré·es par leurs proches (souvent par téléphone),...

« Oui moi je pars, il y a beaucoup des amis ici comme moi Érythréens, refuge, ils parlent dans mon langue. Je pars là-bas, je discuté. Parce que ... je sens toute mon, il y a toute le bon et pas bon dedans parce que je parle bien mon langue, je parle avec mon ami, toute la mer, les bons et pas bonne choses. Peut-être... Et après un petit peu bien. » (Sekou)

« Oui je les (famille/amis en Guinée) ai expliqué je les ai expliqué même que je vous ai dit moi je vais me tuer, je les ai dit, après ils me conseillent mais après au moment qu'ils me conseillent ça s'arrête, cette idée-là s'arrête ça s'envole mais après ça encore ça réveille. » (Alpha Amadou)

« Oui, oui lorsque je suis avec mes amis, oui. Dans ce moment oui je suis apaisé oui, vous voyez je suis content mais lorsque je rentre chez moi ça recommence. » (Mamadou)

- *Obtention d'un statut juridique*

Les patient·es ayant reçu un titre de séjour disent se sentir soulagé·es depuis que leur statut s'est régularisé ce qui leur a permis de travailler, d'avoir des projets.

« Là maintenant je vais très bien parce que la journée je travaille, je suis fatigué et la nuit, dorme bien. » (Sekou)

« J'ai laissé le médicament maintenant je commence à dormir naturellement. C'est comme si j'ai eu le papier je ne sais pas, parce que le stress a diminué. Ils ont fait mon livret familial pour mes enfants, ils sont en train de faire venir mes enfants, peut-être ça. J'ai dans ma tête que je vais vivre avec mes enfants. » (Joséphine)

- *Autres substances psychotropes*

Le tabac, le cannabis, l'alcool ont été cités par des patient·es comme solution pour oublier, ne plus penser ou dormir avec une efficacité tout de même inférieure à celle du médicament.

« *Mais des fois quand je n'arrive pas à dormir, quand je n'arrête pas de penser à mes angoisses, je fume mais je sais que ça n'a pas d'utilité.* » (Alphonse)

« *Comme je n'étais pas habitué ça me donnait des vertiges donc ça m'aidait à dormir.* » (Oumar) (à propos du tabac)

« *Oui en ce moment, j'ai besoin de certaine condition pour moins penser.* » (Boubacar) (à propos du cannabis)

- *Peu de pratiques traditionnelles, religieuses ou spirituelles*

Par « pratiques traditionnelles », nous incluons ici les traitements composés de plantes ayant des vertus thérapeutiques utilisés sans prescription médicale et également les rituels menés par des guérisseurs ou guérisseuses. Peu de patient·es ont évoqué l'utilisation de ces pratiques dans le pays d'accueil. Rosaline et Julienne ont pu les mentionner lorsqu'elles se rappelaient des traitements utilisés auparavant dans le pays d'origine ou sur le parcours migratoire.

« *Comment vous vous soignez là bas ?* Rosaline : *Les racines, les types de racine.* »

« *Les mamans là ont pris soin de moi, ils glissaient les écorces, ils me massaient, ils me faisaient le médicament pour que je puisse...* » (Julienne)

Et Alpha Amadou a pu nous expliquer, à la fin de l'enregistrement de l'entretien, qu'il ne trouvait de toute façon pas les ingrédients nécessaires à la réalisation de ces pratiques.

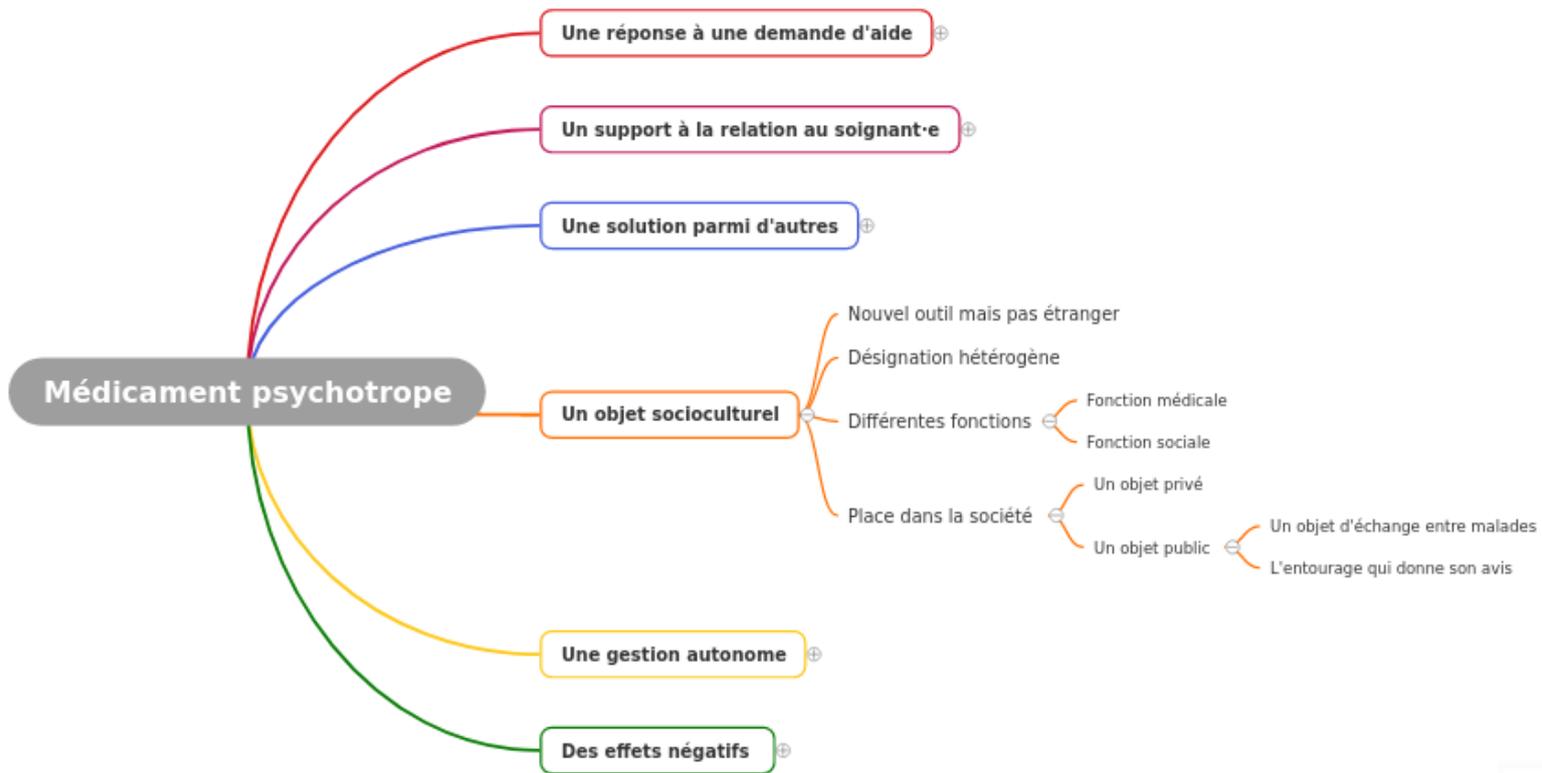
Enfin, des pratiques religieuses ou spirituelles sont évoquées par quelques patient·es. Elles et ils implorent le divin dans leurs expressions « *merci mon dieu, je suis content* » (Alphonse), « *Tout se passe dans la volonté de Dieu, c'est Dieu qui tranche* » (Abdoulaye), « *on doit prier le bon dieu de le protéger là où il est. [...] Dieu sait [...]* » (Julienne)... et d'autres ont recours à des prières pour s'apaiser ou pour demander la guérison.

« *Quand je rentre je m'assois sur la moquette, je prends ma bible. Je le fais ça parfois, il est 21h, je fais ma bible comme ça je m'adosse* » (Julienne)

A noter que seulement Alpha Amadou mentionne avoir recouru à des rituels pour soulager ses symptômes :

« De prier de faire la bénédiction, de faire le sacrifice [...] De prendre l'argent donné des gens qui sont dans la rue mais je fais tout ça mais ça... ça n'arrête pas. [...] C'est ça seulement, j'ai donné l'argent à ceux qui sont dans la rue, j'ai fait la prière, mais, je ne sais pas ça s'arrête pas. » (Alpha Amadou)

UN OBJET SOCIO-CULTUREL



Ici nous allons pouvoir décrire les représentations du médicament psychotrope. Nous notons qu'elles sont assez hétérogènes : le médicament n'est globalement pas inconnu des patient·es mais peut être méconnu. Le savoir autour de la fonction du médicament varie selon l'histoire de la maladie et selon les échanges entre patient·es. On remarque que le rapport au médicament se décline à l'intérieur du groupe en fonction de la sensibilité des patient·es : besoin de discrétion ou au contraire besoin d'échange, de faire un lien.

Nouvel outil mais pas étranger

Pour la majorité des patient·es, le médicament psychotrope est un nouvel outil accessible. C'est un traitement souvent connu des patient·es mais jamais consommé auparavant. Les médicaments n'étaient pas facilement accessibles dans le pays d'origine, ils n'avaient ni les moyens financiers ni les moyens de s'en faire prescrire (disponibilité des soignants, éloignement géographique,...). Enfin la grande majorité des patient·es ne présentaient pas de troubles psychiques, à l'exception d'un patient. Il n'y avait donc pas d'indication à la prescription d'un traitement psychotrope.

« *Oui je connaissais mais comme en Guinée, je n'avais pas le temps pour ça, je n'avais pas l'argent pour acheter. Je n'avais pas l'argent pour prendre soin de moi, ni la consultation ni rien.* » (Joséphine)

« *En Guinée, je ne connaissais pas ça parce que je ne tombais pas malade j'avais juste des fois des maux de tête et quand j'avais des maux de tête je prenais du paracétamol, donc je n'étais pas du tout stressé là bas.* » (Oumar)

Désignation hétérogène

Les patient·es donnent des noms différents aux médicaments. Le nom commercial est souvent méconnu, les patient·es s'en excusent d'ailleurs. Le « *valium* », le « *loxapac* » sont des noms connus surtout lorsqu'ils sont expérimentés depuis de nombreux mois. Le médicament peut être nommé par sa fonction. Nous retrouvons dans les entretiens « *celui pour dormir* », « *celui pour l'angoisse* ». Le médicament est également souvent nommé par sa couleur et sa forme « *le petit rouge* », les « *gouttes* ». Ils sont appelés « *médicament* », « *le produit* ». Nous notons une variation des appellations au sein du groupe selon l'expérience singulière de la maladie pour les patient·es.

Différentes fonctions

- *Fonction médicale*

Les patient·es amènent pendant les entretiens ce qu'elles ou ils ont compris de la fonction du médicament psychotrope.

Des patient·es attribuent à ces médicaments un rôle qui correspond à la fonction pharmaceutique du médicament tel que hypnotique « *pour dormir* », anxiolytique « *pour diminuer les angoisses* », antidépresseur « *pour apaiser les idées noires* ». Ces représentations du rôle du médicament sont proches de celles du corps médical.

Un autre patient destine la fonction du médicament psychotrope à un autre symptôme médical plutôt d'ordre physique : « *Le comprimé rouge (alprazolam) que je prends le matin et le soir pour arrêter les maux de tête et pour arrêter les différentes douleurs que je ressens, là c'est très bien.* » (Alphonse) Le médicament soulage ce que le patient identifie lui-même comme symptôme.

- *Fonction sociale*

Pour d'autres patient·es, le médicament ne semble pas être utilisé à des fins que l'on nommerait médicales mais plutôt sociales. Le médicament permet de « *redevenir une personne normale* », de retrouver un rythme de vie normal, un rythme de sommeil normal. Il a pour but de surmonter l'inhibition de l'action, de se lever le matin, aller à l'école, et de se donner du courage à réaliser ces tâches quotidiennes, « *comme avant* » dit Alphonse.

Boubacar nous révèle une autre fonction du médicament : pour masquer sa tristesse du regard des autres. «*Et si ça arrive que je suis parmi les gens dans la masse comme ça et que les larmes se mettent à couler, vous imaginez ce que les gens pourraient penser. C'est pour cela que je n'aimerais pas que les larmes coulent à chaque moment.* »

« *Mais quand j'ai vu c'est normal, moi dans ma tête c'est normal.[...] J'ai essayé (le médicament), je suis normal maintenant.* » (Sekou)

« *Le valium me donne toutes ces idées, c'est comme ça quoi, ça m'apaise comme ça, ça me donne le courage et ça m'aide dans mes décisions.* » (Boubacar)

« *Quand je prends je deviens comme si je suis naïtre [...] Mes pensées sont claires, je n'ai plus d'angoisse, je suis là, je réfléchis comme une chouette personne.* » (Julienne)

Enfin, Julienne évoque un autre sens de la fonction sociale du médicament : il n'est pas question ici de l'attention portée par les soignant·es envers les patient·es mais plutôt celle des patient·es qui souhaitent satisfaire la ou le médecin, lui montrer que son acte de prescription est utile. La patiente semble se donner le devoir de montrer que le médicament soulage afin de valoriser le rôle des professionnel·les de santé.

« *Et c'est les idées là que je me mets dans la tête. Je ne peux pas toujours montrer la faiblesse pour ce qui m'aident. Il faudra qu'il y a l'amélioration quoi, il faudra que. Parce que si, si je montrais la faiblesse à chaque fois peut-être que les médicaments là ça ne devraient pas agir. J'ai dit non, si quelqu'un a pris de la peine de te changer le premier, de te mettre ce qu'elle connaît. Donc moi aussi je me suis donnée, je me force à faire ce qui est bien dans mon traitement pour que ça puisse agir et m'aider. Parce que si je continue à avoir les idées noires, je vais me perdre.* » (Julienne)

Place dans la société

Le médicament prend une place particulière pour l'ensemble des patient·es par rapport à son entourage social.

- *Un objet privé*

La consommation de médicament reste un acte discret, qui concerne surtout les patient·es eux-même et le corps médical.

« En fait on m'a seulement demandé si je prenais des médicaments mais quelle sorte de médicament ça je n'ai pas dit. J'ai juste pas dit que je prenais des médicaments des fois pour m'endormir, pour oublier certaines choses oui. [...] Non je ne dis pas à tout le monde, les copains avec lesquels qui sont de là bas et qui sont dans la même situation de moi. Eux ils connaissent ma situation mais les autres copains blancs ou autre qui ne sont pas de la même situation que moi, je ne dis pas, je ne raconte pas ma situation. » (Ousmane)

« Non non, chacun s'il a besoin d'avoir le médicament il vient, à l'hôpital. C'est entre lui avec son docteur ou bien l'infirmier, cela ne concerne pas tout le monde. » (Abdoulaye)

« Si il voit que je viens ici et qu'ils me demandent où je vais, je vais dire que je vais voir mon médecin. Rien de ce qui se passe ici je ne raconte ça à personne quoi. » (Mamadou)

- *Un objet public : un objet d'échange entre malades*

Cette consommation est un acte plus apparent, partagé avec ses proches. Le médicament devient alors un objet de conversation sociale : d'échange d'expériences, de conseils apportés et d'aide à l'utilisation.

« L'un de mes colocataires dit qu'il a aussi le même problème, il souhaite trouver une solution aussi, la nuit est vraiment trop longue, dès fois, je n'arrive pas à dormir et l'autre me dit d'aller voir le médecin, peut-être il pourra changer le traitement. » (Alphonse)

« Je suis à l'aise quand je discute avec mes amis car il y a beaucoup de mes amis qui prennent le même traitement que moi donc quand on se retrouve on parle de ça, on parle des médecins que l'on voit donc ça me soulage d'en parler. » (Oumar)

- *Un objet public : l'entourage qui donne son avis*

La technique de substitution nous a aussi permis de recueillir l'avis des proches, bien souvent négatif. Nous retrouvons la notion de folie, du médicament qui rendrait fou et aussi la notion de dépendance.

L'avis de la famille nous permet de montrer que ce médicament est aussi un objet qui fait lien avec la famille, une famille qui se soucie de la patiente ou du patient malade.

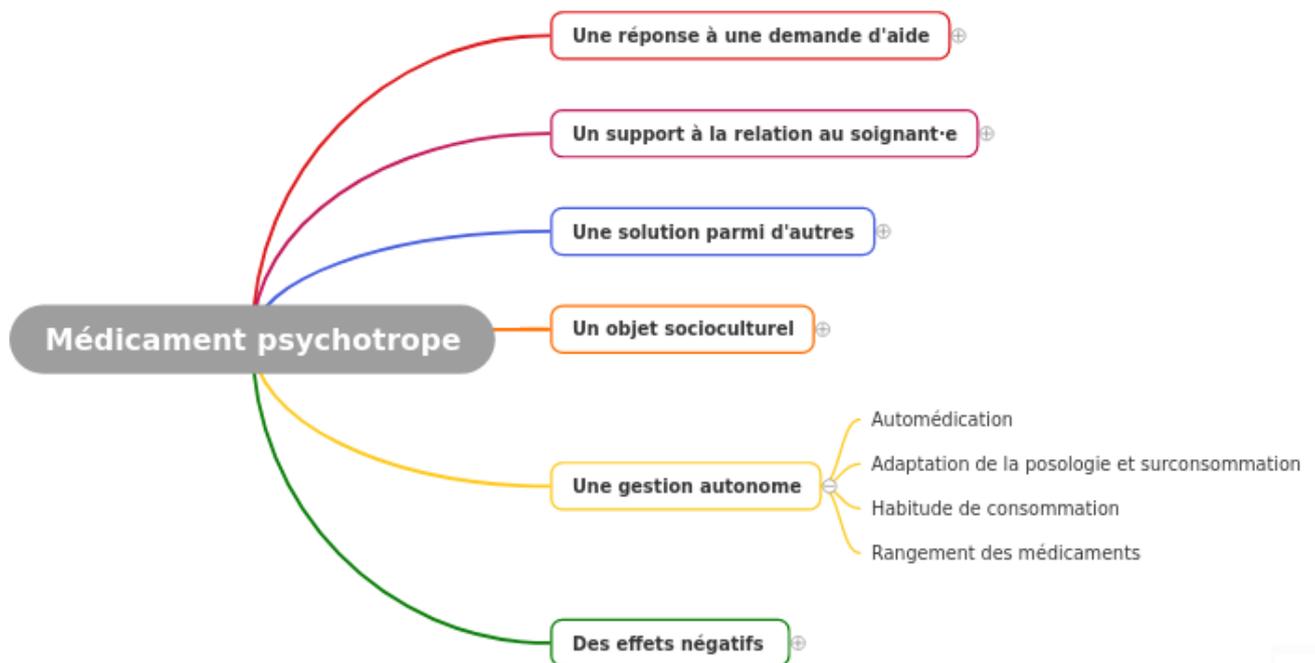
« Juste chez nous on dit pas bon, pas bon, pas bon après dans ma tête il y a pas bon. C'est comme ça.. Juste les personnes de chez moi il dit médicaments pour dormir, c'est pas bon. Après quand j'ai grandi, j'écoute celle-là toujours, dans la tête il dit toujours c'est pas bon. [...] Euh bah... Spécialement les médicaments pour dormir, on n'aime pas. » (Sekou)

« Après j'ai pris une fois deux fois après j'ai expliqué à mon ami, mon ami il dit que ce n'est pas bon pour moi. » (Mohamed)

« Oui ils ont dit que ça, ça va détourner ma tête que finalement ils vont m'amener dans la psychiatrie. Oui c'est ça qu'ils ont dit, si tu n'arrêtes pas de prendre le produit là, tu vas être folle. » (Joséphine)

« Ils disent que ce n'est pas bon par ce que quand tu es habitué de prendre si tu n'as pas pris tu ne vas pas dormir. » (Alpha Amadou)

UNE GESTION AUTONOME



Ici l'analyse des données nous permet d'isoler des éléments décrivant les pratiques des patient·es par rapport au médicament psychotrope : les patient·es se montrent autonomes par rapport à la prescription médicale.

Automédication

Plusieurs patient·es nous font part de leur expérience d'automédication. Un médicament psychotrope est proposé par des ami·es, qui ont déjà bénéficié du traitement et qui partagent la même problématique.

« Ça m'est arrivé une fois avant que l'on me change de traitement, j'ai eu des comprimés avec mon ami que j'ai bus mais c'était bon ça m'a beaucoup aidé donc quand je suis revenu au centre on m'a prescrit ça. » (du Diazépam) (Oumar)

« Ce qui est bien, pour dormir, il va conseille et me dire « ah c'est cool il faut prendre ça s'il te plaît tu vas dormir ». Et moi j'ai pris ça, pan pan, le tout. Le tisane je goutte comme ça. Le truc là comment ça s'appelle je ne sais pas.. mais les gouttes comme ça voilà. [...] Voilà c'est eux qui ont acheté ça pour moi quoi. » (Loxapine) (Mohamed)

Adaptation de la posologie

Les patient·es semblent modifier la quantité de gouttes ou de comprimés, en suivant leurs ressentis. Ceci quelles que soient les modalités de prescription : avec la mention « si besoin » ou non. Le médicament semble alors bien souvent surconsommé.

- *Surconsommation*

Les patient·es disent contrôler leur consommation même si elles ou ils surconsomment. La souffrance de l'insomnie semble supérieure au risque de surdosage. Les patient·es nous partagent leur expérience de surconsommation : souvent une première dose est prise le soir puis si la ou le patient·e ne ressent pas les effets escomptés il prendra une deuxième dose. Nous remarquons ici une augmentation de la tolérance du médicament. « *Oui il n'est plus efficace maintenant. Parce que j'ai beaucoup pris depuis 2018 jusqu'à 2020 je suis en train de prendre ce produit.* » (Joséphine)

« Oui dès fois je... j'exagère... je prends... plus de gouttes pour dormir. [...] Je fais le 5 gouttes, j'attends, j'attends et je fais le 5 gouttes encore. » (Rosaline)

« Oui parfois je prends un comprimé si ça ne va pas je prends le deuxième si ça ne va pas je prends le 3eme, maintenant je peux rester comme ça jusqu'à.. au matin. » (Joséphine)

« Je suis obligé de prendre un deuxième comprimé pour que je puisse dors un peu » (Mamadou)

- *En fonction des symptômes*

La posologie est modifiée selon l'évolution des symptômes : si les angoisses sont importantes, les patient·es prennent plus de traitement, si les angoisses disparaissent elles ou ils arrêtent le traitement. Si les effets indésirables sont trop intenses, les patient·es peuvent arrêter leur traitement. L'idée transmise ici serait que plus la dose est élevée plus le traitement sera efficace.

« Quand je suis en manque et que j'ai envie de vraiment m'endormir et qu'il y a des choses qui passent dans ma tête que je n'apprécie pas du tout, là oui je prends et puis ça va quoi. » (Boubacar) (à propos du zopiclone)

« Tu vois quand j'ai beaucoup des, des angoisses je le prends beaucoup, je le prends 3 comprimés par jour. Pour m'apaiser, parce que si je ne suis pas apaisée, quand je prends le loxapac ça ne va pas vite agir. C'est ça que je, comme ça que je prends le médicament. » (Julienne)

« Vous savez avec ce médicament j'arrive à m'endormir mais c'est trop fort. Le médicament que l'on m'a donné est trop fort car le matin je suis trop fatigué. »
(Ousmane qui ne prend plus son zopiclone)

Habitudes de consommation

Lors des entretiens, les patient·es nous livrent aussi leurs habitudes de consommation. Cet objet du quotidien est manipulé différemment selon la ou le patient·e, l'heure de la journée,...

- *Avec du lait, du thé, un repas, de la mangue...*

Il semble significatif pour les patient·es de consommer le médicament psychotrope en association avec des aliments ou à un moment précis du repas. Cela peut augmenter son efficacité et inversement. Joséphine mange de la mangue pour potentialiser le médicament, d'autres patient·es pensent à boire une boisson...

« Je boire chaud, comme du thé quelque chose. Je ne prends pas tout de suite le médicament. » (Sekou)

« Après seulement quelques heures, ça vient encore cogner Touc ! là je dois encore manger quelque chose et puis le prendre. Pour ne pas donner, pour donner la force à celui là. » (à propos de la Loxapine) (Julienne)

- *En fonction de l'heure du coucher*

Les patient·es adaptent leur consommation selon les horaires, leurs activités dans la journée. Elles et ils développent des stratégies pour rendre le médicament efficace. Le médicament peut être consommé le matin si la nuit a été mauvaise.

« Oui dès fois je prends tous les jours,.. oui dès fois, dès fois c'est le matin que je prends parce que je vois que si je ne prends pas ce médicament je ne peux pas dormir. » (Alpha Amadou)

« Je prends mon traitement la nuit, parce que quand je prends dans la journée je ne peux pas dormir la nuit donc je le prends sur les coups de 20h, 21h. »
(Oumar)

« Je prends ça le soir, des fois je prends ça le soir des fois je prends l'autre le soir. Je ne mélange pas trop. C'est pour attraper un peu le sommeil. » (Rosaline)

« Je consomme 4 cachets avant on venait me donner et je devais prendre devant les infirmières. Mais maintenant on me donne les cachets et quand je suis prêt à aller au lit je le prends et je vais directement au lit. » (Ousmane)

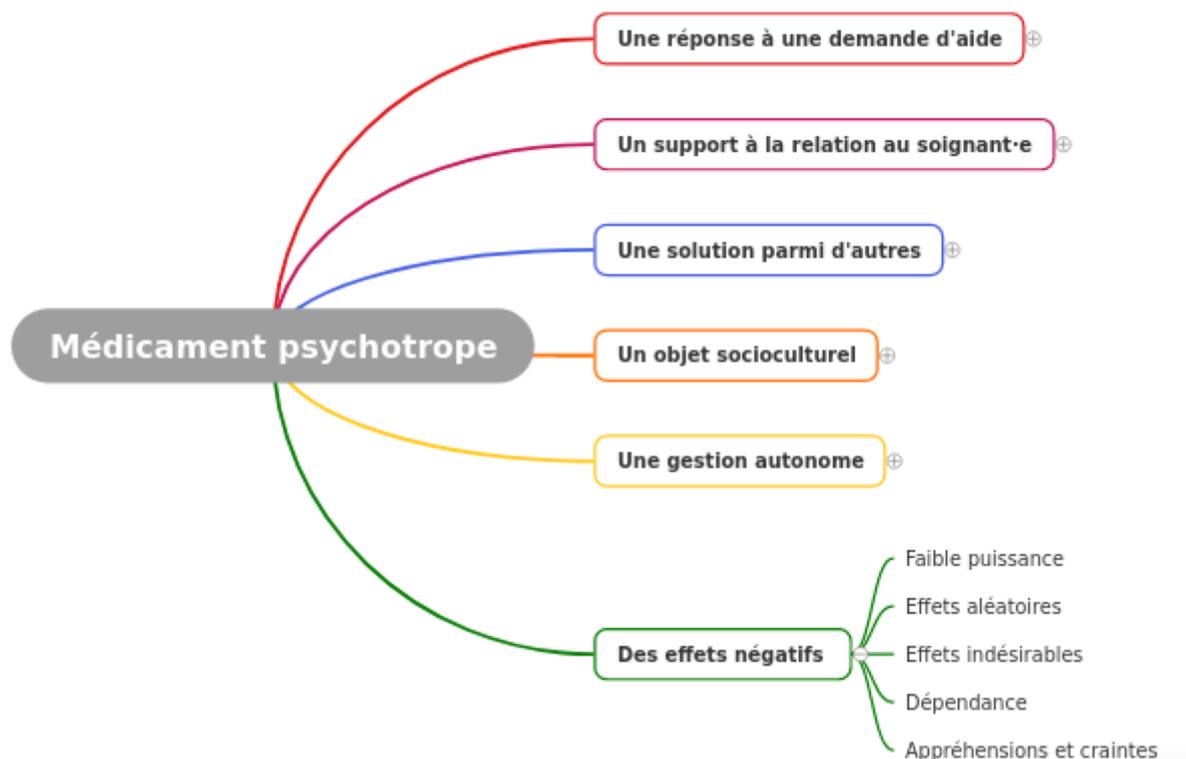
Rangement des médicaments

Le lieu de rangement des médicaments nous permet de mettre en valeur la perception que les patient·es ont du médicament. Chez Boubacar mais aussi chez d'autres patient·es, le médicament peut être dangereux, surtout chez une personne naïve de traitement. Le médicament est alors gardé dans les poches.

« Si, si, je sais que quand si j'en ai je mets sur moi parce que je ne veux pas que quelqu'un prend comme quelque chose de non importance pour mettre dans la poubelle ou prendre pour consommer ce qu'il ne sait pas. Donc je me promène avec. [...] Dans ma poche. » (Oumar)

Pour d'autres patient·es le rangement du médicament représente surtout les conditions de vie : vivant en collectivité, le médicament est plutôt dans la chambre, près du lit ou bien dans le sac à main pour Joséphine et Julienne.

LES EFFETS NÉGATIFS DU MÉDICAMENT PSYCHOTROPE



Faible puissance

Les patient-es peuvent nous raconter les réveils précoces, au milieu de la nuit, la persistance de cauchemars malgré une observance du médicament et surtout un sommeil différent pas comme celui connu auparavant, décrit comme mauvais.

« Parce que le premier (comprimé) si je prends, dès fois je dors mais c'est pas bien quoi.. je dors mais c'est pas ce que je veux. Il peut attraper moi, je dors, mais je dors pas vite, je dors quand même mais c'est pas beaucoup... Je dors pas bien quand même, je dors mais ... pas bien. » (Mohamed)

« Le médicament ça me soulage un peu seulement vous voyez, ça me permet de dormir un peu de temps mais jusqu'à présent les cauchemars et ça ça revient jusqu'à présent. » (Mamadou)

Effets aléatoires

L'analyse des données nous permet d'extraire des citations évoquant une action aléatoire du médicament liée à une accumulation d'anxiété dans la journée : « *j'ai trop de stress, c'est ça qui m'empêche de dormir* » (Oumar).

Ou bien la cause de l'efficacité aléatoire n'est pas précisément repérée.

« Ça dépend, dès fois quand je prends le médicament, je n'arrive pas à dormir jusqu'au matin, mais des fois à certains moments je fais des cauchemars, il y a des gens qui me pourchassent, je me réveille et je n'arrive pas à me rendormir. Mais il y a des fois quand même je m'endors jusqu'au matin. » (Ousmane)

Effets indésirables

Les patient·es interrogé·es mentionnent des effets indésirables assez variables tels que des vertiges, palpitations, vomissements, nausées, douleurs, prises de poids, sensations de lourdeur dès le matin, difficultés à parler, somnolences dans la journée, « *paresses* », affaiblissements et un « *poids sur les épaules* ».

Ces effets semblent souvent se prolonger jusqu'au lendemain et ont donc un retentissement sur la vie quotidienne empêchant de se rendre à des rendez-vous ou à l'école car « *trop fatigué le matin* » (Ousmane).

« Je me suis réveillée vraiment lourde. Mon corps est vraiment lourd et fatigué, fatigué. [...] C'est comme si on m'a posé du béton sur la tête, je suis vraiment lourde. HEAVY, yes ! » (Rosaline à propos de la loxapine)

« Et la nuit je continue avec le Théralène, quand je prends le Théralène malgré ça me faisait bizarre, quand je me réveille, à mon réveil c'est comme si j'avais des douleurs, c'est comme si la tête va quitter, la tête cogne, les vertiges... beaucoup des effets que je ne voulais pas, les effets gênants quoi. » (Julienne)

« Oui c'est ça goutte ça ça me, ben ça me provoque des paresses et non seulement je suis tellement fatigué, je n'arrive pas à dormir. [...] ça me dérange beaucoup ça me fait cause des faiblesses vous voyez, je suis tellement fatigué. » (Mamadou à propos de la loxapine)

Ces effets semblent inquiéter les patient·es, les gêner et pourtant pour certain·es ils sont acceptés. Les patient·es s'y habituent.

« Malgré ça me donnait l'effet bizarre mais je me disais, il vaut mieux que je continue, peut-être quand ça va s'habituer avec moi, ça va me faire du bien. » (Julienne)

Dépendance

La dépendance a été évoquée à de nombreuses reprises lors des entretiens. Les patient·es en parlent comme un risque appréhendé. Elles et ils l'évoquent aussi par « *l'habitude* » comme un mauvais geste du quotidien. Cette dépendance est alors mise à l'épreuve par des tentatives de sevrage montrant aux patient·es qu'il est déjà difficile de s'en séparer suite à l'apparition de signe de manque.

Des patient·es ont déjà vécu des symptômes de manque. En cas d'arrêt, elles et ils disent ressentir un rebond de leurs symptômes, avec une majoration de la tristesse, de la nervosité. D'autres évoquent aussi des symptômes physiques tels que des palpitations ou une perte d'appétit à l'arrêt.

« Des fois j'essaie de ne pas prendre le médicament je peux attendre une semaine, deux semaines mais quand je ne prends pas le médicament je ne peux pas dormir, je n'ai pas d'appétit, je mange à 18h, je ne mange qu'une seule fois par jour. Même depuis le 12 janvier que je n'ai pas de traitement, je n'arrive pas du tout à dormir. Donc je pense que je ne peux plus dormir sans ça. » (Oumar)

« Je sais qu'aujourd'hui j'ai l'impression d'être dépendant de ça mais au fond de moi je sais que je ne suis pas dépendant quoi parce que des fois malgré tout si je suis seul, je ne vais pas prendre quoi. Même si je me sens triste, je suis nerveux, je ne veux pas parler. » (Boubacar)

Appréhensions et craintes

Plusieurs patient·es expriment la peur de s'habituer au médicament, ils anticipent avec angoisse l'arrêt du médicament.

« Parce que déjà je n'ai pas l'habitude de prendre ce médicament, quand j'ai commencé à prendre ce médicament, c'est avec ça que j'arrive à m'endormir et je me demande le jour que je n'aurais pas ce médicament comment ça va se passer, qu'est-ce que je vais devenir ? C'est ça. » (Ousmane)

« Parce que ce n'est pas une bonne habitude, si je m'habitue à ça, quand j'aurais mes papiers, ce sera pas facile pour moi de travailler avec ça. Donc j'essaie mais comme actuellement je suis trop stressé et que j'ai trop de problèmes ben je ne peux pas m'en passer. » (Oumar)

D'autres peurs apparaissent à l'évocation de la consommation du médicament : la peur de devenir folle ou fou, peur de l'altération des capacités cognitives, peur de la transformation de la personnalité.

« Après j'ai dit ah ! J'ai dit ah attends là je n'ai pas pris encore, il a commencé, ... 3 jours j'ai pris comme ça comme ça mais j'ai dit faut que j'arrête ça sinon je vais devenir fou, trop, depuis 6 ans. » (Mohamed)

« Oui j'ai peur des effets que ça peut faire quoi. Bon, après je le prends quoi, parce que je sais où moi je vais aller. Et c'est encore, si une personne est fragile, ne sait où il peut aller quoi. » (Boubacar)

A noter chez Boubacar une crainte par rapport au médicament générique

« Je suis à allé à la pharmacie, je n'ai pas trouvé, c'est le générique, mais moi je n'en prends pas ça quoi si il n'y a pas, il n'y a pas. J'en prends pas d'autre quoi parce que je sais pour eux c'est pas différent quoi, parce que c'est la même molécule, c'est le même composant chimique quoi mais pour moi ça l'est. » (Boubacar)

DISCUSSION

Analyse de l'étude par rapport aux données de la littérature

DE L'ETHNICO-CULTUREL AU SOCIO-CULTUREL : SPÉCIFICITÉS DU GROUPE ÉTUDIÉ

Utilisation de pratiques "traditionnelles"

Nos données montrent que l'ensemble des représentations du médicament psychotrope exprimées par les patient·es exilé·es originaires d'Afrique subsaharienne est plutôt proche de celles déjà étudiées auprès de la population occidentale. En effet, dans les entretiens, nous ne trouvons que très peu de notion d'utilisation de "traitement traditionnel" (comme défini ci-dessus dans les résultats) afin de traiter les troubles mentaux¹. Par exemple, Julienne dit avoir utilisé des écorces, des massages lorsqu'elle était au Gabon ou bien au Congo mais ce ne sont plus des moyens qu'elle met en place dans le pays d'accueil. Il en est de même pour les pratiques religieuses : le divin et le sacré sont bien présents dans les discours des patient·es ; néanmoins le recours à la spiritualité ne soulage pas les symptômes. Alpha Amadou dit avoir fait des « prières, des bénédictions, des sacrifices [...] mais ça n'arrête pas ». Ces résultats sont similaires à ceux retrouvés dans les études de Levesque et Rocque : nous ne constatons que peu d'intervention du surnaturel² dans l'évocation de la cause ou des traitements des troubles mentaux (35). De plus, Anne Y. Guillou explique que la majorité des patient·es migrant·es interrogé·es dans son étude « n'avait pas d'expérience directe de ces « médecines traditionnelles » dans leurs pays d'origine ou en avaient une expérience sommaire ». Enfin elle rappelle que « la migration rend, dans la majorité des cas, difficile voire impossible la perpétuation de ces pratiques à cause du changement d'environnement. » (36). En effet, il devient plus difficile dans le pays d'accueil de se procurer le nécessaire pour appliquer ces pratiques "traditionnelles" ou bien de rencontrer un guérisseur ou une guérisseuse.

1. Se référer au paragraphe **Peu de pratiques traditionnelles, religieuses ou spirituelles** dans la partie résultats.

2. Le surnaturel, ce qui ne relève pas des lois de la nature, d'un système d'explication rationnel.

Tradition et culture

Nous devons ici nous demander ce qu'est une tradition. Au sens commun, elle se rapporte à des pratiques ou des comportements transmis dans le temps par un groupe culturel vu comme homogène celui des « Africains ». Or les traditions culturelles « n'existent que par rapport à un certain ordre social, qui est fondé sur des rapports sociaux et qui fonde des rapports sociaux, dont elles sont l'expression... » (37). Une tradition est perpétuellement remaniée par le changement de l'environnement, du contexte. Elle ne garde pas la même fonctionnalité même si elle reste la même tradition.

Revenons alors sur le terme « culture » défini comme un ensemble de savoirs et de pratiques qui s'acquièrent et se transmettent socialement au sein d'un groupe donné. La culture englobe aussi tout le système de valeurs, de croyances, de représentations, le rapport au bien et au mal qui sont socialement partagés. Elle indique de quelle façon appréhender le monde, l'expérimenter, s'y comporter et ainsi permet de s'adapter, communiquer, travailler, vivre ensemble. C'est par le biais de la culture qu'un groupe attribue un sens commun aux événements vécus. La culture est un processus dynamique avec des variations constantes à l'intérieur du groupe selon son histoire, le contexte social et politique (38). Elle n'est pas transmise de façon intacte de génération en génération mais évolue perpétuellement selon l'environnement du groupe. « La culture ne se transmet pas comme des gènes ». C'est pour cela que le concept de « culture d'origine » de l'exilé·e est une façon réductrice d'évoquer la culture propre de l'individu. « Il ne prend pas en compte l'évolution et l'adaptation continue d'une culture tout le long de la migration » (37). Ce caractère évolutif va à l'encontre d'une supposée homogénéité culturelle au sens ethnique. Nous parlerons ici de la spécificité socio-culturelle évoquant une culture non figée, prise dans les rapports aux autres et à l'histoire.

Acculturation

Cette dimension dynamique a été mise en lumière par le processus complexe d'acculturation. L'évolution culturelle n'est pas seulement le fruit d'une migration, elle dépend aussi des relations qui ont existé entre la culture du pays d'origine et du pays d'accueil. En prenant pour exemple les relations coloniales, les Africains et Africaines de la côte ouest ont connu une imprégnation profonde de la culture française conduisant à une acculturation déjà avancée (37). L'acculturation est un processus de changement qui s'opère lors d'une rencontre entre deux groupes dont la culture est socialement perçue comme différente. Il est décrit quatre stratégies d'acculturation à l'exposition à une autre culture : l'assimilation (abandon de sa culture), la séparation

(rejet de la culture dominante), intégration (adhésion aux deux cultures) et la marginalisation (rejet des deux cultures) (39). Ces stratégies d'acculturation sont critiquables car très figées mais la théorie de l'acculturation nous permet de comprendre le caractère dynamique de la culture. Il nous semble important de signifier que l'acculturation est un processus en mouvement qui, au moment des entretiens menés dans cette étude, est toujours en cours, « le résultat du contact culturel n'est jamais définitif » (37).

Spécificités de la population étudiée

Les représentations du médicament retrouvées dans notre étude sont donc plus spécifiques au groupe social des exilé·es (dans le sens de la rupture avec le passé comme évoqué dans l'introduction) qu'à une culture qui serait propre aux pays d'Afrique subsaharienne. Se pose ici la question de qui sont les exilé·es ? Comment caractériser cette population au-delà de la culture ? Qu'est-ce qui fait la spécificité de ce groupe ? Nous repérons déjà l'expérience commune de la migration, des persécutions et violences subies liées à des causes familiales, religieuses, politiques, ainsi que de la mort. Nous pouvons également souligner la moyenne d'âge jeune des patient·es, qui ont majoritairement quitté leur pays d'enfance alors qu'ils atteignaient à peine la majorité. Ces patient·es sont aussi en grande partie d'ancien·es habitant·es des capitales de leur pays³. Pour la plupart d'entre elles et eux, le niveau d'éducation est élevé. L'article écrit par les psychiatres nigériens Adewuya et Makanjuola met en évidence que les habitant·es de zone urbaines, les personnes ayant un haut niveau d'éducation, celles qui sont le plus en contact avec les malades mentaux seraient plus familières avec les causes biomédicales, psychosociales de la maladie mentale alors que les personnes âgées et vivant dans les milieux ruraux ont plus de croyances surnaturelles (40). Finalement, nous pouvons supposer que dans notre étude nous avons affaire à une population plus sensible aux causes biomédicales.

Attirance pour la technologie

Le médicament manufacturé de type occidental n'est pas un objet inconnu, il semble réputé pour être efficace, d'action rapide comme retrouvé dans nos résultats⁴. Le médicament psychotrope est bien présent dans les pays d'Afrique subsaharienne, sur les marchés informels et distribué dans les hôpitaux (41). Cependant il reste peu accessible par son coût, par sa disponibilité et par les habitudes de pratiques⁵. La mondialisation économique, l'essor du médicament par les industriels

3. Se référer au paragraphe **Caractéristiques de la population** dans la partie résultats

4. Se référer au paragraphe **Un traitement symptomatique et non curatif** dans la partie résultats

5. Se référer au paragraphe **Nouvel outil mais pas étranger** dans la partie résultats

pharmaceutiques et la publicité ont joué un rôle majeur dans l'évolution des connaissances autour du médicament et ainsi sa popularité. L'idée qu'il « existe un savoir extraordinaire ailleurs », qui est recherché⁶ et apprécié est présente dans nos entretiens (42). En effet, la réticence décrite par Sjaak van der Geest et Susan Reynolds Whyte face à un produit artificiel, chimique, non naturel est peu mise en avant dans nos résultats (42). Nous retrouvons simplement Mohamed qui décrit la peur que le médicament étranger à lui-même amène une perte d'équilibre entre le corps et l'esprit. Traité plus tard dans cette thèse, l'objet de la méfiance semble en définitive davantage relatif aux effets secondaires du produit qu'à la nature même de celui-ci. Nous pouvons ici supposer que la population étudiée dans cette étude a une attirance prononcée pour ce savoir biomédical représenté par la technologie, le moderne et les produits industriels peu utilisés dans leur pays d'origine.

USAGES ET RÉPERCUSSIONS NON SPÉCIFIQUES AUX EXILÉS D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Les éléments ci-dessous discutant des pratiques et des usages du médicament psychotropes par les patient·es interrogé·es ont été retrouvés similaires aux éléments décrits dans les études sur les représentations du médicament psychotrope auprès de population n'ayant pas spécifiquement d'histoire de migration ni de précarité récente. Les études citées sont réalisées par l'anthropologue Claudie Haxaire, les sociologues Sylvie Fainzang et Madeleine Akrich auprès d'une population vivant en France sans critère de sélection analogue à notre étude (14,17,18,43).

Matérialité du médicament

Nos résultats ont pu mettre en évidence l'importance de l'apparence, du conditionnement et de l'emballage du médicament pour les patient·es⁷. C'est assez facilement que des patient·es font le lien entre les quelques gouttes de loxapine du soir et leur tisane. Les patient·es signalent un accès facile au médicament anxiolytique alprazolam de par son aspect petit, pratique et sa couleur permettant de le distinguer des autres. Des études se sont penchées sur les effets de la configuration matérielle du médicament. Madeleine Akrich évoque dans ses recherches l'attention toute particulière des spécialistes du marketing du médicament. Cette attention est portée sur la forme galénique adaptée à « l'environnement supposé de l'utilisateur voire des compétences même de cet utilisateur ». Elle est également portée sur la notice

6. Se référer au paragraphe **Un espoir** dans la partie résultats

7. Se référer au paragraphe **Désignation hétérogène** dans la partie résultats

« comme un prolongement de la consultation médicale » afin de permettre un usage consumériste du médicament (43).

Appropriation du savoir et autonomisation

La prise du médicament peut donc être interprétée comme un geste technique simple mais qui nécessite tout de même de la part des patient·es une articulation entre les symptômes ressentis et les connaissances de la maladie et du traitement. Nos résultats montrent l'étendue du champ de connaissances construit par les patient·es par rapport à leurs médicaments et les effets sur leurs symptômes. Du reste, elles et ils se permettent d'adapter la posologie du traitement selon ce champ de connaissances⁸. Ce savoir qui leur est propre semble s'inspirer du savoir médical auquel elles et ils ont accès lors de la consultation pour la prescription du médicament⁹. Les patient·es se réapproprient ce savoir et de nouvelles connaissances biomédicales sont associées aux connaissances préexistantes présentes bien avant l'exil. La consommation du médicament « prend sens dans la culture de l'utilisateur et s'autonomise des intentions du prescripteur » (17).

Accéder à un pouvoir individuel

En mobilisant ses connaissances de façon autonome pour se soigner, la ou le patient·e peut échapper au contrôle social. Comme nous l'avons vu dans les résultats¹⁰, l'entourage, la famille et les ami·es donnent des avis négatifs : le médicament pour dormir « *c'est pas bien* ».

« Oui ils ont dit que ça (le médicament), ça va détourner ma tête que finalement ils vont m'amener dans la psychiatrie. Oui c'est ça qu'ils ont dit, si tu n'arrêtes pas de prendre le produit là, tu vas être folle. » (Joséphine).

Pourtant les patient·es nous expliquent qu'elles et ils continuent à le consommer car pour eux c'est une solution à leurs difficultés.

« Ils disent que prendre le médicament pour dormir ce n'est pas bon mais moi ... comme c'est si je prends pas je dors pas je n'ai pas autre solution, donc je prends. » (Alpha Amadou).

C'est ce que nous expliquent les anthropologues cités ci-dessus : « autour de la maladie, de son explication et de son traitement gravitent des notions d'obligation et de moralité. Les réunions familiales, les confessions, les sacrifices [...] sont des sortes de thérapies enclavées dans les relations de parenté et de communauté. Dans ces

8. Se référer au paragraphe **Adaptation de la posologie** dans la partie résultats.

9. Se référer au paragraphe **Une source de savoir médical** dans la partie résultats.

10. Se référer au paragraphe **Un objet public : l'entourage qui donne son avis** dans la partie résultats.

thérapies, les médicaments sont une alternative, un traitement qui peut être appliqué en privé et qui se centre sur le corps individuel. » (42). Les patient·es nous montrent bien ce besoin de discrétion, d'un usage de l'ordre de l'intime et la nécessité d'un soin qui reste individuel¹¹. Levesque, dans ses études auprès des réfugié·es d'Afrique subsaharienne au Canada, nous montre que les patient·es développent l'idée que « l'évolution favorable des troubles mentaux dépend aussi de l'attitude de l'individu affecté » (35). Le médicament confère un pouvoir individuel qui semble précieux vers le chemin de la guérison.

Automédication et non observance

Comme nous l'avons souligné plus haut, les patient·es utilisent le médicament en déviant des indications dictées par la ou le médecin : il peut s'agir d'automédication, de non-observance et de surconsommation. Nos résultats semblent se rapprocher de ceux mis en lumière par l'anthropologue Claudie Haxaire dans son étude auprès d'une population rurale de Basse-Normandie : les patient·es s'échangent des médicaments psychotropes¹², les surconsomment¹³, prennent des habitudes¹⁴ et s'accoutument au médicament (17). L'adaptation de la posologie du médicament psychotrope répond d'après Sylvie Fainzang à des règles différentes de celles du médicament traditionnel : le dosage du médicament traditionnel serait respecté scrupuleusement car adapté aux caractéristiques de l'individu qui consomme (l'identité des patient·es, le statut familial,...) (14). Le dosage du médicament occidental lui est proportionnellement équivalent à son efficacité indépendamment des caractéristiques de l'individu. Nos résultats mettent en avant une pratique selon laquelle plus les patient·es prennent des comprimés, plus le dosage est élevé et plus les patient·es ont des chances de guérir. Malgré le fait que ce sont des médicaments nécessitant une prescription médicale, a priori plus difficiles d'accès, nécessitant une surveillance, l'automédication semble tout de même d'usage. L'accès au médicament pourrait être facilité par les prescriptions conditionnelles. De plus, le caractère chronique des symptômes que le médicament permet de traiter rend plus aisée l'utilisation de celui-ci. En effet, il s'agit ici surtout de la question de la gestion du sommeil qui reste une question partagée par beaucoup d'êtres humains, vécue comme un problème du quotidien. Le traitement est ici expérimenté comme un traitement qui soulage le symptôme et non qui guérit. Le médicament semble donc plus facilement manipulable car l'enjeu est moins fort : « les patients prennent rigoureusement les médicaments qui, de leur point de vue, sont le traitement étiologique de leur mal » (17). « Il est vrai que l'automédication implique la

11. Se référer au paragraphe **Un objet privé** dans la partie résultats.

12. Se référer au paragraphe **Automédication** dans la partie résultats.

13. Se référer au paragraphe **Surconsommation** dans la partie résultats.

14. Se référer au paragraphe **Dépendance** dans la partie résultats.

responsabilité du sujet, l'autonomie dans ses décisions à l'égard de sa santé, son indépendance à l'égard du médecin » (14).

La dépendance et l'accoutumance

Le fait même que le médicament soit un traitement symptomatique utilisé dans certaines circonstances amène les patient·es à ancrer la prise du médicament comme une habitude qui rythme le quotidien. Cette habitude est le commencement d'une dépendance perçue comme dangereuse pour les patient·es de notre étude¹⁵. Et pourtant cette dépendance semble déjà bien présente, elle est illustrée par les signes de sevrages décrits précisément par les patient·es ainsi que l'augmentation de la tolérance au médicament. Cependant ce syndrome de sevrage leur paraît surmontable de façon autonome, en particulier si un environnement stabilisé le leur permet. Nous pourrions supposer ici que l'installation de cette dépendance, de cette « mauvaise habitude » serait favorisée par une impossibilité des exilé·es de se projeter dans l'avenir. Les patient·es sont néanmoins conscient·es de la dangerosité de ces molécules, nous le constatons par l'analyse du lieu de rangement des médicaments qui doivent être hors d'accès d'autrui, là aussi le plus discret possible. « Les divers lieux de rangement du médicament semblent correspondre à différents modes de perception de l'objet qu'il représente et de l'importance qui lui est accordée. » (14).

Menace de l'autonomie

Nous avons donc vu dans quelles mesures le médicament est un moyen d'accéder à l'autonomie dans le soin et cela malgré les effets du médicament sur le corps et sur l'esprit des patient·es qui sont vécus comme peu contrôlables. Ces effets indésirables ou secondaires suscitent la crainte d'une altération des facultés cognitives¹⁶. Le médicament psychotrope peut provoquer une asthénie, une somnolence chez les patient·es et peut même les empêcher de suivre des activités du quotidien, de se présenter à leurs rendez-vous... Il serait donc aussi une menace à l'autonomisation. Cette réticence n'amène pourtant pas au refus de la prescription du médicament.

15. Se référer au paragraphe **Dépendance** dans la partie résultats.

16. Se référer au paragraphe **Appréhensions et craintes** dans la partie résultats.

ENTRE PATHOLOGISATION DE LA SOUFFRANCE SOCIALE ET NÉCESSITÉ DE LA PRISE EN CHARGE DE LA PATHOLOGIE

La folie et la somatisation

Cette acceptation d'une certaine perte d'indépendance et de liberté serait liée à l'intensité de la souffrance psychique. Pour les patient·es de l'étude, il s'avère prioritaire d'apaiser les souffrances si fortes et si incompréhensibles. Elles et ils tentent de les expliquer par une origine : « elle vient de la tête »¹⁷. Cette tentative de donner du sens à ce qui leur arrive les conduit à imaginer l'inacceptable : la folie¹⁸. Plusieurs patient·es ont exprimé leur peur de devenir folle ou fou et surtout la peur d'être jugé·e comme folle ou fou. Plusieurs définissent le « fou » comme une personne mise à l'écart de la société, seul·e « dans la rue, sans chaussures, sans vêtements » (Joséphine). Afin d'éviter la stigmatisation du malade psychiatrique, il est décrit dans certaines études que « somatiser le mal être autorise à éluder toute psychiatisation » (44). La somatisation serait un facteur d'accès au soin en santé (38). D'après l'article du psychologue Kokou-Kpolou et du psychiatre Menick « plus l'indice de détresse psychologique est élevé plus le nombre de symptômes somatiques l'est aussi » (45).

La ou le médecin et l'ordonnance

Cet accès au soin, nécessaire aux patient·es de notre étude, est initié par la demande de prescription de médicament. Même si l'utilisation du médicament paraît se décentrer de la profession médicale, la ou le médecin est néanmoins indispensable à la prescription sur ordonnance. Cette ordonnance n'est pas assimilée comme un « ordre » ou comme le document de l'autorité médicale mais plutôt comme une attestation « que le patient a effectivement un problème à résoudre » (14). En outre, l'ordonnance est souvent égarée, peu lue ce qui est sans doute lié à la barrière de la langue. Les représentations relatives aux médecins montrent que ces dernier·es paraissent peu critiqué·es. La peur, décrite dans les études, d'une ou un médecin qui aurait le pouvoir et le contrôle sur les patient·es n'est pas mise en avant dans notre étude (46). Les médecins peuvent être perçu·es par quelques patient·es comme des professionnel·les davantage centré·es sur le médicament que sur l'écoute (exemple Sekou) alors que d'autres attachent de l'importance à la relation avec ceux-ci¹⁹.

17. Se référer au paragraphe **Multiplés tableaux cliniques de la souffrance psychique** dans la partie résultats.

18. Se référer au paragraphe **Appréhensions et craintes** dans la partie résultats.

19. Se référer au paragraphe **L'ordonnance : un outil de consultation** dans la partie résultats.

Relation médecin-patient·e

Le médicament comme support à la relation médecin-patient·e est bien mis en exergue lors des entretiens menés dans cette étude. Pour Balint, « le médicament le plus utilisé en médecine est le médecin lui-même ». La ou le médecin est aussi bien nécessaire pour la prescription que pour les échanges. Une majorité des patient·es est vigilante à l'attention et l'écoute que les médecins leur portent. Les médicaments ne semblent pas « prendre la place des mots » comme décrit dans cet article (42). Au contraire, les médecins sont, ainsi qu'il apparaît dans nos résultats²⁰, les sujets d'un transfert offrant aux patient·es un lieu sécurisé pour s'exprimer et symboliser des événements qui n'ont pas pu être intégrés comme tels (le traumatisme).

Seul outil pour répondre à des situations impossibles

Le médicament est probablement un outil pour les médecins permettant de répondre à des situations impossibles et aux souffrances incomprises. Sa prescription est la preuve pour les patient·es d'une relation empathique et compatissante. « Délivrer une ordonnance, c'est admettre qu'il y a une justification, voire une légitimité à soigner le patient » (14). C'est d'ailleurs majoritairement vers les médecins généralistes que les patient·es se tournent pour une prescription de médicament psychotrope (11,12). Et pourtant, en prescrivant le médicament, les médecins peuvent avoir conscience de l'insuffisance de leur prescription face à des situations souvent complexes. Cependant les patient·es, l'entourage, le confrère ou la consœur, la société leur imposent le fait de poser un acte thérapeutique visible, le soin psychothérapeutique étant au centre de santé le Point H et, de façon générale à Brest, difficilement accessible car saturé. Nous pourrions nous demander ici si le fait que les soignant·es ne puissent pas proposer des suivis en psychothérapie, les amène à majorer la durée de prescription médicamenteuse.

Médicalisation de la pression sociale d'intégration

L'exilé·e se retrouve exposé·e à un ensemble de facteurs de risque de vulnérabilité inhérents aux conditions de la migration²¹. Parmi ces facteurs de risques, nous retrouvons l'absence de travail, l'isolement, la barrière linguistique, les problématiques d'hébergement, les discriminations et la stigmatisation (35,47). Cette précarisation liée à un dysfonctionnement du système d'accueil met en péril le bien-être psychique de l'exilé·e et en complexifie la prise en charge médicale.

Nous parlons ici d'une souffrance psychique liée à l'environnement social donc d'une souffrance psychosociale. Nous pouvons alors réfléchir à ce qui amène à prescrire

20. Se référer au paragraphe **Une écoute bienveillante et le transfert** dans la partie résultats.

21. Se référer au paragraphe **Statut d'exilé : une vulnérabilité sociale** dans la partie résultats.

cette thérapeutique biomédicale : le médicament est-il seulement prescrit pour soigner la pathologie mentale ou bien pour soulager une détresse sociale ? Les sociologues canadiens Johanne Collin, Marcelo Otero et Joël Ankri développent dans leurs ouvrages la thèse de la « pharmaceuticalisation de la société », « médicaliser l'existence » c'est à dire la tendance de la société à « trouver une cause médicale à des problèmes d'ordre non médical et des solutions que sont, entre autres, la prescription du médicament ». « Le médicament contribue de plus en plus à l'abaissement des seuils à partir desquels on intervient médicalement » (15,16,48). Ici on peut se poser la question de la médicalisation d'une existence soumise à une pression sociale d'intégration, d'autonomisation et de performance. Les politiques migratoires insistent sur la demande d'intégration rapide de l'exilé·e dans la société d'accueil. L'apprentissage d'une langue orale et écrite, la recherche d'un travail, les démarches administratives demandant de se présenter à de multiples rendez-vous semblent difficilement réalisables dans un contexte d'isolement, de pensées post-traumatiques envahissantes, de pertes de repères (6). Le médicament joue donc un rôle de moteur afin de « rester dans la course », il permet à l'individu de s'adapter à de « nouveaux critères de performance et d'amélioration de vie individuelle » (4). Comme nous le décrivons dans les résultats ²², le médicament peut être perçu comme un « puissant instrument de socialisation et de mise en conformité » dans une société où la responsabilité individuelle est valorisée et comme nous l'avons vu plus haut, sa consommation permet de « s'auto-assister face à l'individualisme » (15).

Danger de la pathologisation du vécu des exilé·es

La souffrance psychosociale n'équivaut pas à une pathologie mentale : les patient·es souffrants ne développeront pas tous et toutes des symptômes. Dans l'article de Baudet et Moro il est mentionné que « toute souffrance n'est pas pathologique, pathologiser la souffrance sociale c'est faire porter le poids à l'individu et tenter de normaliser les dysfonctionnements sociaux tels que la discrimination » (38). Estelle d'Halluin rappelle que « la santé mentale, et plus largement la santé, est liée à la condition sociale, aux conditions objectives de l'existence matérielle et à l'expérience subjective, personnelle qui en est faite. » (4). L'être humain n'est pas qu'une « machinerie objectivable » dont la solution à la souffrance psychique serait le médicament : c'est cette expérience subjective et sociale de la souffrance qui est à prendre en compte dans la prise en charge des exilé·es (49).

22. Se référer au paragraphe **UN OBJET SOCIO-CULTUREL** dans la partie résultats.

Spécificités socio-culturelles de la prise en charge

La spécificité de cette prise en charge est révélée par les difficultés des médecins généralistes à accompagner seul·es les exilé·es. Il existe bien des recommandations de prescription de traitements psychotropes dans le cadre d'un diagnostic psychiatrique. Mais les prescriptions sont bien souvent plus longues que recommandées (12). Les médecins semblent démuni·es devant cette souffrance et manquent de formation particulière mêlant les logiques médicales et socio-culturelles. Selon ces logiques, les représentations de la santé, de la maladie ainsi que du médicament varient. Les hypothèses étiologiques des maladies et le sens donné aux symptômes sont modelés par le socio-culturel. « Les représentations culturelles conditionnent la manière dont le degré de gravité est conféré à la maladie, l'attente par rapport au soin ainsi que les possibilités d'alliance avec le praticien » (38). L'intégration de la dimension socio-culturelle dans le soin paraît ici pertinente ainsi que l'analyse de nos pratiques et des outils que nous utilisons en tant que médecin.

Diagnostic de trouble de stress post-traumatique

Prenons l'exemple des critères du trouble de stress post-traumatique dans la classification du DSM-5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux). Cette classification biomédicale « reflète certains aspects caractéristiques de la société dans laquelle elle a été conçue, de ses préoccupations et de sa manière de considérer la souffrance psychique » (38). Ce diagnostic porte déjà un sens historico-culturel dense : il semble avoir été créé afin d'offrir une reconnaissance sociale de victimes et une réparation juridique aux soldats de la guerre du Vietnam (7). Ce diagnostic est aujourd'hui questionné car il « néglige les effets du patrimoine culturel et linguistique sur les expériences interprétées comme « traumatisantes », les manifestations de la symptomatologie post-traumatique, les récits de détresse et les trajectoires de guérison » (50). Certains symptômes ne sont pas mis en valeur et pourtant bien identifiés par les clinicien·nes humanitaires ou celles et ceux travaillant auprès des exilé·es (38,50,51). Pour exemple, le traumatisme avec intentionnalité humaine n'amène pas les mêmes conséquences cliniques que les catastrophes naturelles. De plus il peut exister une modification de personnalité, du système de valeurs et de croyances non décrit dans le DSM, la dimension de deuil n'y est pas évoquée. Tout cela complexifie la symptomatologie et il semble réducteur de se limiter à ce diagnostic pour décrire les effets psychiques du traumatisme. Nous avons pu décrire dans nos résultats d'autres troubles caractérisés dans le DSM comme les troubles anxieux, les troubles dépressifs, les troubles psychosomatiques,... Cette classification

a le mérite de reconnaître les effets psychiques de la violence mais en faire une catégorie universelle soulève un risque d'erreur diagnostique.

Invariants humains et prise en charge individuelle

Les professionnel·les de santé du Point H peuvent observer une variation symptomatologique selon l'origine des patient·es : les patient·es d'Afrique subsaharienne se plaindraient de céphalées, de douleurs abdominales ou de « corps chaud » et celles ou ceux d'Asie du Sud-Est souffrent davantage de troubles de la sphère génitale, troubles de l'érection notamment. Or il est vrai que « le manque de données épidémiologiques, la non-scientificité de ces observations amènent à se focaliser davantage sur le commun du psychotraumatisme et les invariants humains que sur la question culturelle » (51). Parmi les processus invariants, nous retrouvons l'effroi (facteur surprise du traumatisme), le changement dans l'appréhension du monde et la métamorphose violente (la description d'un avant et d'un après le traumatisme). Estelle d'Halluin décrit alors deux modèles historiques de la psychiatrie des migrant·es en France mis en valeur par Didier Fassin et Richard Rechtman : le modèle universaliste selon lequel il n'existe pas de singularité culturelle dans l'appréhension des maladies et le modèle « hérité de la psychiatrie coloniale imprégnée de préjugés culturalistes et racistes » (7). Dans la prise en charge de la souffrance psychique chez les exilé·es il est donc décrit deux pièges : celui du déni de la dimension culturelle et celui du culturalisme. Proposer un soin sensible à la dimension culturelle chez des patient·es ayant vécu un traumatisme nécessite de co-construire un projet de soin en lien avec les représentations de la santé auxquelles les patient·es individuellement adhèrent ainsi qu'avec les difficultés sociales endurées. C'est à dire s'intéresser ou questionner les patient·es à propos de ces représentations et inclure les patient·es dans la prise de décision pour élaborer un projet de soin. Le tout sans vouloir imposer des modèles de pensée.

Approche individuelle et groupale

Dans ce sens, la psychiatrie transculturelle propose un passage de la thérapie individuelle à une prise en charge groupale. La thérapie individuelle restant un soin indispensable et complémentaire à une dimension collective du soin. De plus, ce suivi individuel est précisément demandé par les patient·es qui s'adressent à des professionnel·les de santé : les patient·es veulent être entendu·es comme des sujets particuliers. Mais Elise Pestre souligne « la gêne de partager un vécu d'horreur avec quelqu'un qui ne l'a pas connu » ainsi que le caractère trop « carré », « intrusif » de la prise en charge individuelle (51). La prise en charge groupale permet de favoriser l'élaboration d'un capital social en créant un réseau d'appui interindividuel et

transculturel. « Les patients suivis dans le groupe sont le plus souvent dans une situation d'isolement et de solitude liée à l'exil. Il s'agit donc de mobiliser des ressources symboliques, des souvenirs, des représentations par l'apport du groupe sur ce qui se dit « ailleurs » qu'en France, par exemple autour des rituels de deuil. ».

D'autres solutions sont développées pour la prise en charge des patient·es souffrant de trouble de stress post-traumatique. Les propositions d'aide et d'accompagnement par un·e pair·e permettent de faciliter l'accès au soin avec une meilleure compréhension du système de santé du pays (52). Les démarche « d'aller-vers » demandent aux professionnel·les de se déplacer à la rencontre d'un public nécessitant du soin, ce qui peut permettre aux patient·es les plus isolé·es de trouver un accès au soin qui leur convient (53). Et enfin, il convient d'interroger la place des visites à domicile par des infirmier·e·s afin d'intégrer le soin dans des expériences du quotidien.

Limites et points forts de l'étude

Avant d'évoquer les forces et limites de notre étude il nous paraît important de noter que les entretiens ont été réalisés par une femme, médecin, socialement « blanche ». Les discours produits par les patient·es s'adaptent à ce qu'elles et ils considèrent comme attendu par leur interlocuteur ou interlocutrice. Les réponses sont induites et orientées par la personne qui mène l'entretien et par les caractéristiques de celle-ci. De plus, le contenu des questions de l'interlocutrice est lui aussi imprégné de ses propres représentations et peuvent influencer les données recueillies au cours de cette étude. Pour majorer la force de cette étude, il pourrait être intéressant d'aller au plus près des comportements réels de consommation des patient·es en tant que personne en observation sur le terrain, au quotidien ; même s'il est vrai que cela ne retirera pas complètement la variabilité des données selon les caractéristiques des personnes.

Limites de l'étude

Premièrement, il a été complexe pour l'interlocutrice de centrer de façon fluide l'entretien autour du médicament psychotrope. En effet, les entretiens étaient le réceptacle d'un témoignage fort du vécu d'un parcours traumatisant pour les patient·es. Il a été difficile d'accueillir avec suffisamment de recul et de professionnalisme ces récits tout en dirigeant l'entretien vers le médicament.

« J'avais juré de ne plus parler de mon histoire mais comme ça va faire de toi un témoignage, ça va approfondir tes études, c'est pourquoi que j'ai accepté de vous dire ça, parce que à travers vous allez consoler ceux qui sont aussi terrorisés comme moi. C'est pourquoi j'ai accepté de vous expliquer ça. [...] Vous allez faire de votre mieux pour aider ceux qui ont subi ce que je suis en train de parler là. C'est pourquoi que j'ai accepté depuis le jour qu'on m'avait proposé ça. J'ai dit si je garde ça pour moi peut-être qu'il y aura des gens qui vont souffrir plus que moi ou bien comme moi. Et l'histoire là pourrait aider. »
(Julienne)

Deuxièmement l'interlocutrice ne rencontrait qu'une seule fois chaque patient·e. En conséquence, les patient·es se sont exprimé·es devant une personne inconnue et ont du répondre à des questions intimes sans qu'une relation de confiance ne se soit créée. Ceci constitue une limite dans la mesure où les propos recueillis sont moins riches et contiennent probablement moins d'information que si nous avions fait plusieurs entretiens.

Troisièmement, interne en médecine générale, la chercheuse a réalisé sa première expérience de recherche qualitative. Une plus longue expérience pourrait permettre d'améliorer les relances et l'orientation des questions lors des entretiens. Ainsi nous aurions collecté plus d'information concernant le sujet de l'étude.

La quatrième limite est liée à l'obstacle de la langue. Les études nous montrent la perte de contenu subjectif lorsque les patient·es ne s'expriment pas dans leur langue maternelle (54). Lorsque les entretiens étaient réalisés avec un·e interprète téléphonique, nous nous sommes posé la question de la qualité et donc de l'intérêt de l'interprétation téléphonique. Nous avons pu remarquer un malaise de la part des patients ainsi qu'une sélection d'information de la part de l'interprète. La présence lors de l'entretien d'un médiateur ou une médiatrice parlant la langue maternelle des patient·es pourrait faciliter les échanges.

La cinquième limite de cette étude est que de nombreux autres sujets ont été explorés au cours des entretiens ce qui amène à une perte de puissance de l'étude. Les représentations du médicament psychotrope ont été étudiées mais aussi celles du soin avec un·e psychologue, celles des autres substances psychotropes utilisées ainsi que l'intérêt de l'interprétariat téléphonique. Plusieurs données n'ont pour le moment pas été traitées car elles ne concernaient pas les objectifs de cette thèse.

Pour finir, sur le plan méthodologique, nous pouvons décrire un biais d'interprétation des résultats, inhérent à ce type d'étude, qui n'a pas été réduit par un double codage.

Points forts

Le premier point fort de notre étude est l'originalité du sujet du fait des caractéristiques de la population et de la question centrée sur le médicament psychotrope. Bien que l'état de santé des exilé·es ainsi que la question de la prise en charge des troubles psychiques soient des sujets largement étudiés dans la littérature médico-sociale, la question de la représentation du médicament et en particulier du psychotrope n'a pas été précisément recherchée auprès de cette population (9). Quelques études explorent les représentations de la maladie et de la santé chez les migrant·es originaires d'Afrique subsaharienne ce qui nous a permis de collecter des éléments de référence par rapport aux représentations spécifiques de cette population (35,40,50).

Par ailleurs nos résultats font écho aux résultats retrouvés dans des travaux réalisés auprès d'un échantillon de population n'ayant pas eu une histoire d'immigration récente (14,18,42). Nous avons donc pu déconstruire ici l'idée d'une culturalisation des représentations du médicament dans le cadre de trouble psychique à propos

d'une population « qui vient d'ailleurs ». Le croisement de plusieurs disciplines (la sociologie, l'anthropologie, la médecine, la psychiatrie) nous a permis d'approfondir notre sujet d'étude.

En outre, la population semble représentative de la diversité de population exilée, originaire d'Afrique subsaharienne et francophone, consultant au Point H. Elle est majoritairement masculine, jeune, avec une part importante de Guinéen·nes. En comparaison avec les données de la population consultant dans les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) de France, notre population s'avère elle aussi représentative (9). Nous pourrions donc potentiellement nous servir de cette étude pour mener plus de réflexions au Point H et dans les PASS.

D'autre part, nous avons eu accès à des informations personnelles de la part des patient·es en utilisant au cours de nos entretiens la technique de substitution. « Le fait de s'exprimer au nom d'une population de substitution désimpliquerait le sujet et lui permettrait d'échapper à la pression normative qui s'exerce sur lui et donc de démasquer les éléments contre-normatifs du champ de représentation » (55).

Enfin le dernier point fort de notre étude est d'avoir utilisé une méthode qualitative qui nous a permis d'obtenir des résultats au plus près de la réalité exprimée par les patient·es et leur en donner du sens grâce à nos analyses réalisées en utilisant une démarche la plus inductive possible. Notre réflexion s'est reposée sur les propos recueillis sur le terrain, via des entretiens avec des questions ouvertes. Une telle étude permet de mettre en lumière des éléments qui servent directement à la pratique des soignant·es.

CONCLUSION

Cette étude construit une réflexion critique quant à l'approche culturaliste dans le soin. Les professionnel·les du Point H travaillent avec des populations aux origines diverses et de nombreux questionnements peuvent survenir par rapport à l'adaptation du soin selon les origines des patient·es. Avec cette étude, nous sommes amenés à mieux comprendre les perceptions et les utilisations du médicament psychotrope. Nous constatons qu'elles ne sont pas spécifiques à un groupe ethnique mais plutôt communes à un groupe social caractérisé par le vécu de l'exil ainsi que par de nombreux facteurs de vulnérabilité sociale (précarité administrative, barrière de la langue, instabilité d'hébergement, isolement, discriminations...). Comme décrit dans la littérature, ce serait un écueil que d'adopter une approche culturaliste et de pathologiser le vécu singulier des patient·es. Tout compte fait, ces pièges sont présents dans une grande partie de nos consultations médicales : le culturalisme²³ existe aussi auprès de patient·es d'un même groupe culturel avec des différences sociales (entre les riches et les pauvres, les milieux urbains et ruraux,...).

Le médicament psychotrope est un objet symbolique fort dans notre société. Il permet aux patient·es d'être reconnu·es comme des malades qui nécessitent des soins médicaux avec un accompagnement personnalisé. Les benzodiazépines et la loxapine, majoritairement utilisées par les patient·es de cette étude, permettent de soulager des symptômes psychiques envahissants les empêchant de réaliser les actions du quotidien. L'étude nous a permis de comprendre que l'automédication, la non-observance avec surconsommation de ces médicaments sont principalement le signe d'un besoin de gestion autonome et individuelle de la santé. Il paraît important pour les patient·es d'avoir un sentiment de contrôle sur leur propre corps. Le médicament est perçu par ces patient·es comme la solution à leurs problèmes de santé mentale quand bien même il n'est pas reconnu comme curatif. Il existe alors un espoir important dans le savoir médical face à une désillusion dans l'amélioration de leurs conditions sociales, juridiques. La souffrance psychique, omniprésente dans nos entretiens, s'avère être la conséquence d'un trouble psychique post-traumatique renforcé par la précarité sociale dans le pays d'accueil. La multiplicité des troubles psychiques de la population qui consulte au Point H nous semble expliquer le taux de prescription de médicament psychotrope plus élevé que chez les médecins généralistes libéraux. La prise en charge médicamenteuse est nécessaire mais insuffisante pour apaiser les souffrances.

23. Doctrine anthropologique qui considère comme primordiale l'influence du milieu culturel, des formes acquises de comportement sur la formation des individus et de la société. (Dictionnaire Le Robert)

Nous remarquons que les patient·es investissent largement la relation soignant·e-patient·e afin d'exprimer leurs affects. La recherche du médicament permet d'accéder plus facilement à un lien thérapeutique avec la ou le médecin prescripteur ainsi que les autres soignant·es. Il existe d'autres alternatives thérapeutiques non médicamenteuses avec notamment la prise en charge groupale, les activités thérapeutiques, les échanges avec des pairs et l'accompagnement à la construction d'un nouveau capital social.

Enfin, nous avons pu noter que les soins psychiques centrés sur le psychotraumatisme sont difficiles d'accès pour les exilé·es. En effet, les consultations avec des psychologues ou des psychiatres ou bien les accompagnements par des infirmier·es spécialisé·es sont saturés, la liste d'attente est longue. L'adaptation du système de soin aux patient·es exilé·es avec un accès plus largement ouvert dans le cadre de la santé mentale devient un enjeu majeur de santé publique plus particulièrement lorsque les barrières à l'immigration et la stigmatisation s'amplifient. Compte tenu de l'évolution des flux migratoires et d'une volonté de l'État d'organiser une répartition des publics migrants sur l'ensemble du territoire français, cette évolution du système de soin devient nécessaire sur le territoire finistérien qui n'était que peu concerné par les arrivées des patient·es migrant·es jusqu'à il y a une dizaine d'années.

Afin d'approfondir ce premier travail, il nous paraîtrait intéressant de questionner les représentations de la prescription de médicaments psychotropes et du soin psychique pour les soignant·es qui prennent en charge cette population spécifique. A Brest, les soignant·es du centre de santé du Point H sont au cœur de cette question mais il serait pertinent d'inclure l'ensemble des professionnel·les de santé à l'hôpital psychiatrique, en addictologie, les médecins généralistes libéraux,... Que pensent-elles ou ils de ces outils si fréquemment prescrit ? Comment les utilisent-ils ? Ont-ils des difficultés ou des demandes particulières ? Existe-t-il des représentations spécifiques face à cette population particulière ?

D'autre part, lors des entretiens, la place de la psychothérapie a été questionnée. Quel rapport les patient·es ont avec la prise en charge par la parole ? Quel lien créent-elles ou ils avec ces professionnel·les de santé mentale ? Quels effets repèrent-ils ?

Enfin un travail autour de l'exploration des représentations des autres substances psychotropes (alcool, cannabis, tabac,...) a été débuté auprès de la même population afin d'améliorer les outils de préventions ainsi que le repérage de trouble de l'usage de psychotropes au Point H.

Annexe 1

GRILLE D'ENTRETIEN

<i>Thèmes</i>	<i>Items</i>
<p>Se présenter, présenter la recherche</p> <p>Présentation libre du ou de la participant·e</p>	<p>Expliquer la démarche de l'entretien Expliquer le choix du patient·e Universitaire / pas de lien avec préfecture Enregistrement, anonymat, confidentialité</p>
<p>Question brise-glace</p>	<p><i>Qu'est-ce qui vous a amené à prendre ce ou ces médicament·s ?</i> Boîtes de médicaments apportées par les patient·es</p>
<p>1 - Traitement</p> <p>Connaissance - Utilité - But du traitement Service rendu L'effet du traitement sur la ou le patient·e Fréquence d'utilisation Quotidien avec le traitement Dépendance Observance Accessibilité</p>	<p>2 - Histoire de la maladie</p> <p>L'origine de la maladie (Anxiété, trouble du sommeil, dépression) Premiers symptômes - première consultation au Point H Circonstances d'apparition des symptômes Origine de ces symptômes Causes / facteur déclenchant</p>
<p>3 - Itinéraire thérapeutique</p> <p>ATCD de thérapeutique médicamenteuse ou autre Automédication Alternative médicamenteuse ? Autres substances psychotropes Quels soins pour ce symptôme dans le pays d'origine ? Solutions pour soigner ce symptôme Psychothérapie - Psychologue Relation avec médecin Point H</p>	<p>4 - Retentissement</p> <p>Prise en charge médicale évoquée à l'entourage ? Entourage = famille, ami·es Conseils, avis, accompagnement, reproches Modification des relation Répercussions dans la vie professionnelle, personnelle, relationnelles.</p> <p><i>Utilisation de la technique de substitution</i></p>
<p>Complément</p>	<p>Avez-vous des choses à rajouter sur les sujets évoqués ?</p>

Formulation des questions ouvertes

- Qu'évoque pour vous...
- Que pensez-vous de...
- Que pouvez-vous dire de ...

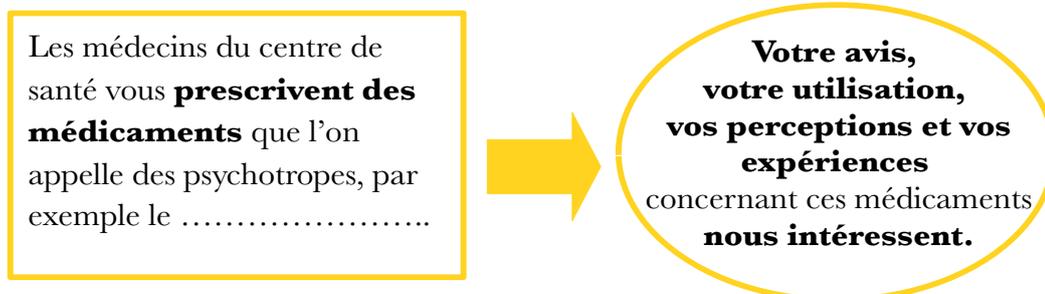
Modèles de relance

- Qu'est-ce que cela signifie pour vous ?
- Pouvez-vous préciser cette idée ?
- Avez-vous une explication à cela ?

Annexe 2

INFORMATION PATIENTS

Le Point H vous propose de participer à une étude.



Pourquoi cette étude ?

→ Les résultats de la recherche nous permettront d'améliorer les soins que nous vous proposons ainsi que de mieux comprendre vos attentes.

→ L'objectif est de rencontrer des patients originaires d'Afrique Subsaharienne, consultant au Point H, pour étudier leurs représentations des médicaments psychotropes.

Comment ? Où ? Avec qui ?

Une discussion conviviale et bienveillante

Lors d'une rencontre avec le médecin en formation
Gaëlle Milbéo

Gaëlle Milbéo rentrera en contact avec vous d'ici une semaine, vous avez donc **le temps de réfléchir** à cette proposition. Puis, elle vous proposera **un rendez-vous**.



Au Point H
Pendant environ 1 heure
Témoignage enregistré

Anonymat, confidentialité et secret médical respectés

Tous les intervenants de cette étude s'engagent à préserver la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les données recueillies.

Les données de votre témoignage seront anonymisées et confidentielles via un traitement informatique permettant d'exploiter le contenu sans identifier vos informations personnelles. (*Méthodologie de référence relative à la protection des personnes physique à l'égard du traitement des données personnelles MR-003*)

Vos droits

Vous avez le droit à tout moment

D'accéder, de rectifier et d'effacer vos informations personnelles collectées

De vous opposer ou limiter leur utilisation sans avoir à vous justifier.

Les enregistrements utilisés dans le cadre des entretiens seront détruits à la fin de l'étude.

Pour plus d'information ou si vous avez des questions, n'hésitez pas à vous adresser aux professionnels du Point H ou bien au médecin en charge de l'étude : Gaëlle Milbéo (gaille.milbeo@gmail.com).

Annexe 3

INFORMATION AUX PROFESSIONNELS

Projet de thèse :

Étude des représentations sociales des médicaments psychotropes chez les patient·es exilé·es originaires d'Afrique subsaharienne consultant au Point H dans le cadre de troubles psychiques.

Nous constatons aujourd'hui que **30 % de la population** consultant au Point H consomme des médicaments psychotropes, c'est à dire **deux fois plus que dans la population générale**. De plus, nous savons que les consultations pour troubles psychiques (anxiété, syndrome anxio-dépressifs, troubles du sommeil,...) sont de plus en plus fréquentes dans les structures de soin accueillant les exilé·es.

Il nous paraît donc intéressant de connaître les expériences, les perceptions et l'utilisation de ces médicaments par les patient·es ainsi que d'analyser leurs représentations des psychothérapies.

Dans ce but, je réalise une recherche qualitative via des entretiens individuels semi-dirigés auprès de patient·e du Point H a qui on a prescrit des médicaments psychotropes (anxiolytiques, neuroleptiques, antidépresseurs et hypnotiques). Je vais recueillir leur témoignage oral, le retranscrire puis l'analyser.

J'ai besoin de votre aide afin de constituer un échantillon de patient·e.

Voici les caractéristiques de l'échantillon :

- **Originaire d'Afrique subsaharienne** (tous les pays du continent Africain se situant au sud du Sahara)
- **Francophone**
- **Consommant des médicaments psychotropes**
- **Majeur·es**
- **Arrivé·es en France depuis moins de 5 ans**

Si vous pensez à un ou une patient·e, vous pouvez lui **transmettre la feuille d'information** ci-dessous, **prendre ses coordonnées** (Nom, Prénom et numéro de téléphone).

Je me chargerai ensuite de le contacter.

Enfin, je serais ravie d'échanger avec vous, si vous avez des questions, des remarques, des idées, des envies. Je suis disponible par téléphone au 07.89.84.01.04. et par mail gaelle.milbeo@gmail.com

Un grand merci pour votre participation,
Gaëlle Milbéo, interne en médecine générale.

Annexe 4

AVIS FAVORABLE CPP



Secrétariat
Mme Elisabeth
VERCHERAND
cpp.sud-est-3@chu-lyon.fr
04.27.85.62.45
www.cppsudest3.com

MADAME CATHERINE JEZEQUEL
POINT H - AGEHB
16 RUE ALEXANDRE RIBOT
29200 BREST

Bureau

Président

Pr. François CHAPUIS

Vice-Présidente

Mme Mireille LIOTARD-
GAZQUEZ

Secrétaire Général

Dr. Dominique SAPPEY-
MARINIER

Trésorier

Me Noëlle TERTRAIN

Membres

Dr Aline AUROUX

Mme Evelyne BELLION

Mme Sonia BENKHELIFA

Mme Violaine BERNARD
DE DOMPSURE

M. Lucio CAMPANILE

Pr François CHAPUIS

Dr Julie COTON

Mme Evelyne DECULLIER

Dr Claude DELPUECH

Dr Humbert DE
FREMINVILLE

Mme Alexandra FAMERY

Dr Marcel GARRIGOU-
GRANDCHAMP

Me Alexandre GIOVANI

Mme Martine GIROUD

SAVOIE

Dr Audrey JANOLY-
DUMENIL

Dr Didier LE BARS

Mme Mireille LIOTARD
GAZQUEZ

Dr Marianne MAYNARD-
MUET

Mme Agathe-Laure

SALGON

Dr Dominique SAPPEY-
MARINIER

Mme Isabelle SAUTEREL

Me Nina SCALISI

Dr Jean STAGNARA

Me Noëlle TERTRAIN

Mme Laurine TROADEC

2020- 073 B COURRIER N° 2

Numéro d'enregistrement de l'essai CNRIPH :		20.07.27.62519
Numéro d'enregistrement de l'essai auprès du CPP :		2020- 073 B
Numéro EudraCT (ou ISRCTN, le cas échéant) :		2020-A02260-39
Numéro de référence interne du demandeur :		point h
Titre complet de l'essai clinique : « Étude des représentations sociales des médicaments psychotropes chez les patients exilés originaires d'Afrique Subsaharienne consultant dans un centre de santé (Point H) dans le cadre de troubles psychiques ».		
Investigateur coordonnateur : Madame Gaëlle MILBEO		
Promoteur : Point H - AGEHB		
Date de réception de la demande : 28 juillet 2020	Date de la demande d'informations complémentaires : 29 septembre 2020	Refus d'autorisation / avis défavorable : <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non Si oui, date : -
Date du début de la procédure : 10 août 2020	Date de réception de la réponse du promoteur suite à la demande d'informations complémentaires formulée par le Comité : 18 octobre 2020	Autorisation / avis favorable : <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, date : 20 octobre 2020
<u>Avis formulé par le CPP le 20 octobre 2020</u>		
Au vu des compléments apportés répondant à ses remarques du 29 septembre 2020, Au vu des documents transmis le 18 octobre 2020, à savoir :		
<ul style="list-style-type: none">- courrier de réponse aux remarques du Comité (<i>daté du 17.10.20</i>),- protocole (<i>version 5 du 12.10.20</i>),- résumé (<i>version 3 du 14.10.20</i>),- document d'information (<i>version 3 du 14.10.20</i>),		
Et ainsi qu'il a été convenu en séance du 29 septembre 2020,		

V. 3.0 DU 02.09.2020

GROUPEMENT HOSPITALIER EST – BATIMENT PINEL - 59 BOULEVARD PINEL – 69500 BRON
CPP.SUD-EST-3@CHU-LYON.FR - 04.27.85.62.45 - WWW.CPPSUDEST3.COM

2020 - 073 B - 1 SUR 2

Le Comité émet un avis favorable à la réalisation de cette étude après avoir vérifié ses conditions de validité telles qu'elles sont prévues à l'article L. 1123-7 du Code de la Santé Publique.

Le Comité vous rappelle que conformément au Livre I, Titres II et III du Code de la Santé Publique régissant les recherches biomédicales, toute modification substantielle du protocole devra faire l'objet d'une demande d'avis complémentaire auprès de ce même comité. Par ailleurs, le Comité souhaiterait pour son information être destinataire du résumé du rapport final qui sera rédigé à l'issue de cette étude.

Date :
21 octobre 2020

Pour le Comité,
Le Président, Professeur François CHAPUIS



P J :

- Liste des pièces transmises dans le cadre de ce protocole,
- Liste des membres du Comité présents lors de la séance du 20 octobre 2020,
- Composition du Comité Sud-Est III.

CPP SUD-EST III
Groupement Hospitalier Est
Bâtiment Pinel
59 Boulevard Pinel
F-69500 BRON
Tél : 04 27 85 62 45

Annexe 5

DÉCLARATION CNIL

CNIL.

3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

Cadre réservé à la CNIL

N° d'enregistrement :

DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

1 Déclarant

Nom et prénom ou raison sociale : JEZEQUEL Catherine

Sigle (facultatif) :

N° SIRET :

Service :

Code APE :

Adresse : POINT H 16 RUE RIBOT

Code postal : 29200 Ville : BREST

Téléphone : 06 08 18 54 94

Adresse électronique :

CATHERINE.JEZEQUEL@AGEHB.ASSO.FR

Fax : 02 98 44 60 17

2 Texte de référence

Vous déclarez par la présente que votre traitement est strictement conforme aux règles énoncées dans le texte de référence.

N° de référence

MIR-3 Recherches dans le domaine de la santé sans recueil du consentement

3 Personne à contacter

Veuillez indiquer ici les coordonnées de la personne qui a complété ce questionnaire au sein de votre organisme et qui répondra aux éventuelles demandes de compléments que la CNIL pourrait être amenée à formuler

Votre nom (prénom) : JEZEQUEL Catherine

Service :

Adresse : 16 RUE RIBOT

Code postal : 29200 - Ville : BREST

Téléphone : 06 08 18 54 94

Adresse électronique :

CATHERINE.JEZEQUEL@AGEHB.ASSO.FR

Fax : 02 98 44 60 17

Raison sociale :

N° SIRET :

Sigle (facultatif) :

Code NAF :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone :

Adresse électronique :

Fax :

N° CERFA 13810*01

CNIL - FORMULAIRE DECLARATION DE CONFORMITE

Annexe 6

INFORMATION ANSM

Agence nationale
de sécurité du médicament
et des produits de santé

BORDEREAU D'ENREGISTREMENT RECHERCHES ET COLLECTIONS BIOLOGIQUES (RCB)

Date : 27/07/2020

1. INFORMATIONS SUR LE DEMANDEUR

Raison sociale : Milbéo
(ou nom s'il ne s'agit pas d'une personne morale)
Adresse : 5 rue Duruy
Ville : 29200
Pays : France
Nom du contact : Mademoiselle Gaëlle Milbéo
Téléphone : 0789840104

Catégorie : Privé
Code postal : 29200
Mail : gaelle.milbeo@gmail.com
Fax : 0298446017

2. INFORMATIONS SUR LE DOSSIER

Titre complet de la recherche

Étude des représentations sociales des médicaments psychotropes chez les patients exilés originaires d'Afrique Subsaharienne consultant au Point H dans le cadre de troubles psychiques.

Numéro ID RCB : 2020-A02260-39
Type RCB : Autres recherches biomédicales
Type de dossier : Dossier initial
Référence interne du demandeur : Point H

BIBLIOGRAPHIE

1. Lessault D, Beauchemin C. Les migrations d'Afrique subsaharienne en Europe : un essor encore limité. janv 2009;(452).
2. Beauchemin C, Lessault D. Les statistiques des migrations africaines : ni exode, ni invasion. oct 2014;(12):32-43.
3. Centre Primo Levi. Le psychotraumatisme chez les exilés. Blessure, corps et âme. sept 2018;(73).
4. d'Halluin E. La santé mentale des demandeurs d'asile. Hommes Migr. 1 nov 2009; (1282):66-75.
5. Fassin D, D'Halluin E. The truth from the body : medical certificates as ultimate evidence for asylum seekers. Am Anthropol. déc 2005;107(4):597-608.
6. Abbott A. The troubled minds of migrants. NATURE. 13 oct 2016;538(158):4.
7. Fassin D, Rechtman R. L'Empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime. Flammarion; 2007. 460 p.
8. Fassin D. Épreuves d'exil. Maux Exil. nov 2019;(61):8.
9. Lot F, Quelet S. La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique. Santé Publique Fr. sept 2017;(19-20):66.
10. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Médicaments psychotropes - Synthèse des connaissances. févr 2019;12.
11. Groupe d'expert Inserm. Médicament psychotropes - Consommations et pharmacodépendances. Les éditions Inserm; 2012.
12. ANSM. État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France. 2017 avr p. 60.
13. Beck F, Guignard R, Haxaire C. Médicaments psychotropes - État des lieux en France. Santé En Action. mars 2014;(427):3.
14. Fainzang S. Médicaments et société. Presses Universitaires de France; 2001.

15. Collin J, Otero M, Monnais L. Le médicament au cœur de la socialité contemporaine. Regards croisés sur un objet complexe. Presses de l'Université du Québec. 2006. 285 p. (Problèmes sociaux et interventions sociales).
16. Collin J, David P-M. Vers une pharmaceuticalisation de la société? Le médicament comme objet social. Presses de l'Université du Québec. 2016. (Problèmes sociaux et interventions sociales).
17. Haxaire C. « Calmer les nerfs » : automédication, observance et dépendance à l'égard des médicaments psychotropes. *Sci Soc Santé*. 2002;20(1):63-88.
18. Terrien K, Haxaire C. Usages de psychotropes et normes sociales : autorégulation et effets d'interactions dans des réseaux de sociabilité féminins en Finistère. In: Normes et valeurs dans le champ de la santé. Rennes: Presses de l'EHESP; 2004. p. 261-72. (Recherche, santé, social).
19. Moscovici S. Des représentations collectives aux représentations sociales : éléments pour une histoire. In: Les représentations sociales. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2003. p. 79-103. (Sociologie d'aujourd'hui; vol. 7e éd.).
20. Abric J-C. Pratiques sociales et représentations. Puf. 2016. 312 p. (Quadrige).
21. Jodelet D. 1. Représentations sociales : un domaine en expansion. In: Les représentations sociales. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2003. p. 45-78. (Sociologie d'aujourd'hui; vol. 7e éd.).
22. Pires A. "Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique". In: La recherche qualitative Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Montréal; 1997. p. 113-69.
23. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets Perspect Vie Econ*. 2014;Tome LIII(4):67-82.
24. Pouliot È. L'étude des représentations sociales à l'aide d'une diversité de techniques. Québec: Centre de recherche sur l'adaptation des jeunes et des familles à risques (JEFAR), Université Laval; 2013.
25. Seca J-M. Les représentations sociales. Armand Colin; 2010. 241 p.

26. Jodelet D. Les représentations sociales. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2003. 454 p. (Sociologie d'aujourd'hui; vol. 7e éd.).
27. Abric J-C. Méthodes d'étude des représentations sociales. Toulouse: ERES; 2005. 296 p. (Hors collection).
28. Combessie J-C. La méthode en sociologie. Paris: La Découverte; 2007. 128 p. (Repères; vol. 5e éd.).
29. P. Hudelson. La recherche qualitative en médecine de premier recours. Rev Médicale Suisse. 2004;0.24011.
30. Savoie-Zajc L. Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide ? In: Recherches qualitatives. 2007. p. 99-111.
31. Couture M. La recherche qualitative : introduction à la théorisation ancrée. 2003;7(2):9.
32. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cah Rech Sociol. 27 avr 2011; (23):147-81.
33. Apostolidis T. Représentations sociales et triangulation : enjeux théorico-méthodologiques. In: Méthodes d'étude des représentations sociales. Toulouse: ERES; 2005. p. 13-35. (Hors collection).
34. Berger E, Crescentini A, Galeandro C, Crohas GM. La triangulation au service de la recherche en éducation. Exemples de recherches dans l'école obligatoire. 2010;8.
35. Levesque A, Rocque R. Représentations culturelles des troubles de santé mentale chez les immigrants et réfugiés de l'Afrique francophone subsaharienne au Canada. 2015.
36. Guillou AY. Expérience migratoire et pratiques thérapeutiques des migrants à Rennes. Réseau Ville-Hôpital 35; 2005 nov p. 58. (Réseau Ville-Hôpital 35).
37. Cuhe D. La notion de culture dans les sciences sociales. La Découverte. 2010. (Grands repères).
38. Baudet T, Le Roch K, Moro MR. Soigner malgré tout. La pensée sauvage. 2003. (Pratiques de la psychiatrie en situation humanitaire; vol. 1).

39. Mokounkolo R, Pasquier D. Stratégies d'acculturation: cause ou effet des caractéristiques psychosociales? L'exemple de migrants d'origine algérienne. Cah Int Psychol Soc. 2008;Numéro 79(3):57-67.
40. Adewuya AO, Makanjuola ROA. Lay beliefs regarding causes of mental illness in Nigeria: pattern and correlates. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. avr 2008;43(4):336-41.
41. Baxerres C. Pourquoi un marché informel du médicament dans les pays francophones d'Afrique? Polit Afr. 2011;N° 123(3):117-36.
42. van der Geest S, Whyte SR. Popularité et scepticisme: opinions contrastées sur les médicaments. Anthropol Sociétés. 2 févr 2004;27(2):97-117.
43. Akrich M. Petite anthropologie du médicament. déc 1995;(25-26).
44. Haxaire C, Genest P, Bail P. Pratiques et savoir pratique des médecins généralistes face à la souffrance psychique. Singuliers généralistes. Presses de l'EHESP; 2010.
45. Kokou-Kpolou CK, Menick DM, Moukouta CS, Ngameni EG. Étude du lien entre deuil, dépression et troubles somatiques auprès d'une population d'immigrés ouest-africains en Europe. Rev Eur Migr Int. 29 déc 2018;34(2-3):159-86.
46. van der Geest S, Whyte SR, Hardon A. The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach. Annu Rev Anthropol. 21 oct 1996;25(1):153-78.
47. Cagnet M, Hamel C, Moisy M. Santé des migrants en France: l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe. Rev Eur Migr Int. 1 juin 2012;28(2):11-34.
48. Collin J, Ankri J. La problématique de la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées en France et au Québec. Gerontol Soc. 2003;26 / n° 107(4):149-65.
49. Folscheid D. Médicalité unique, rationalité multiple. In Les cahiers de l'Uraca; 2012.
50. Womersley G, Kloetzer L. « En Afrique, aller voir le psychologue, je n'ai jamais entendu ça »: interprétations croisées du psycho-traumatisme entre médiateurs culturels, professionnels de santé et réfugiés victimes. Rev Eur Migr Int. 29 déc 2018;34(2-3):29-54.

51. Pestre E. La vie psychique des réfugiés. Petite bibliothèque Payot. Paris; 2014. 372 p.
52. Ayoughi S, Missmahl I, Weierstall R, Elbert T. Provision of mental health services in resource-poor settings: a randomised trial comparing counselling with routine medical treatment in North Afghanistan (Mazar-e-Sharif). BMC Psychiatry. déc 2012;12(1):14.
53. Herszkowicz A. ADDICTIONS ICI & AILLEURS: Migrations, addictions et accessibilité aux soins. Marseille: RESPADD; 2016 juin p. 44.
54. Chambon N. Soigner le traumatisme ? - RHIZOME. Bulletin national santé mentale et précarité; 2018.
55. Piermattéo A, Guimelli C. Expression de la zone muette des représentations sociales en situation d'entretien et structure discursive : une étude exploratoire. Cah Int Psychol Soc. 18 déc 2012;Numéro 94(2):223-47.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

Que les hommes et femmes et mes confrères et consœurs m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

MILBÉO Gaëlle

Étude des représentations sociales des médicaments psychotropes chez les patient·es exilé·es originaires d'Afrique subsaharienne consultant dans un centre de santé (Point H) dans le cadre de troubles psychiques.

Th. : Méd. : Brest 2021

RÉSUMÉ

Introduction : L'exil est une forme d'émigration le plus souvent engendrée par un contexte de violence. L'exposition à un évènement traumatique est un facteur de risque de développer un trouble psychique dont la prise en charge amène fréquemment les médecins généralistes à prescrire des médicaments psychotropes. L'objectif de cette étude est d'observer et de comprendre le système de pensée relatif à la consommation de médicaments psychotropes afin d'adapter la prise en charge médicale chez les exilé·es d'Afrique subsaharienne.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés menés à Brest auprès de patient·es, majeur·es, vivant en France depuis moins de 5 ans, francophones qui consultent au Point H et qui ont une prescription de médicament psychotrope. Douze entretiens ont été enregistrés, retranscrits puis analysés selon la théorie ancrée.

Résultats : Cette étude montre que les médicaments psychotropes sont une réponse à une demande d'aide face à une souffrance psychosociale, ils soulagent les symptômes mais ne guérissent pas la maladie psychique. Ces médicaments sont un support à la relation aux soignant·es. Les patient·es appréhendent le risque de dépendance et les effets secondaires. Les médicaments psychotropes sont des objets d'échange, qui existent dans les liens sociaux et qui sont imprégnés de valeurs socio-culturelles. La gestion de la consommation est autonome.

Conclusion : L'ensemble des représentations du médicament psychotrope exprimées par les patient·es sont proches de celles déjà étudiées auprès de la population générale en France et sont caractérisées par des spécificités socioculturelles du groupe telles que le vécu de l'exil ou la vulnérabilité sociale à prendre en compte dans la prise en charge thérapeutique.

MOTS CLÉS : exilé·es, représentations sociales, syndrome de stress post-traumatique, médicaments psychotropes

JURY :

Président : Professeur Bernard LE FLOC'H

Membres : Docteur Catherine JÉZÉQUEL

Docteur Morgane GUILLOU

Docteur Jean-Pierre SIMSON

Docteur Benjamin DERBEZ

DATE DE SOUTENANCE : 30 septembre 2021

MILBÉO Gaëlle

Study of psychotropic drug 's social representations of subsaharan Africa exile patients consulting in a health center (Point H) about a mental disorder.

Th. : Méd. : Brest 2021

ABSTRACT

Introduction: Exile is a form of emigration often caused by violence. Exposure to a traumatic event is a risk factor in developing a mental disorder which often leads to the prescription of psychotropic drug by a general practitioner. The objective of this study is to observe and understand the thought systems involved in psychotropic drug consumption in order to adjust the identification and care provision specifically by studying subsaharan Africa exile patients.

Method: This qualitative study was conducted in Brest using semi-structured interviews. The inclusion criteria for this study was that patients were over 18 years old, living in France for less than 5 years, speaking basic French and were seeing a doctor for a prescription of a multiple psychotropic drugs in Point H. These twelve interviews were recorded, transcribed and analysed according to the grounded theory.

Results: This study shows that psychotropic drugs are answering a help request to overcome psychosocial suffering. They relieve symptoms but do not cure the psychiatric disease. This medicine is a support for the relationship with the caregiver. The majority of patients are suspicious of the negative consequences of these drugs including the addiction and abuse risk. We found that psychotropic drugs are a matter of interaction impregnated by patient's sociocultural background. Patients independently manage their consumption of psychotropic drugs.

Conclusion: The social representations of psychotropic drug expressed by this study's subject are similar to those already studied within the general population in France. They are characteristic of the socio-cultural specificity of the group including the experience of exile or the social vulnerability. We have to consider these things when caring for these patients.

KEYWORDS: exile, social representation, post-traumatic stress disorder, psychotropic drug

JURY :

President : Professor Bernard LE FLOC'H

Members : Doctor Catherine JEZEQUEL

Doctor Morgane GUILLOU

Doctor Jean-Pierre SIMSON

Doctor Benjamin DERBEZ

DATE OF DEFENSE: September 30th 2021
