

UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2026

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Luminothérapie : lumière sur les connaissances, représentations et
pratiques des médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais ; thèse
qualitative par entretiens semi-dirigés**

Présentée et soutenue publiquement le 17 juin 2026 à 14 heures

au Pôle Formation

par Mathieu SAMADI

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Ali AMAD

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Jan BARAN

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Julie BRANCOURT

Avertissement

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

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec cette étude à ce jour.

Abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

AD : Anti-dépresseurs

AX : Anxiolytiques

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, et des troubles psychiatriques, 5^{ème} édition

EDC : Episode Dépressif Caractérisé

LT : Luminothérapie

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

RIPH : Recherche Impliquant la Personne Humaine

SPAQ : Seasonal Pattern Assessement Questionnaire (Questionnaire d'Evaluation du Profil Saisonnier)

TAS : Trouble Affectif Saisonnier

TB : Trouble Bipolaire

UVA : Ultraviolet A

UVB : Ultraviolet B

Table des matières

I.	INTRODUCTION	10
1)	Contexte	10
2)	La luminothérapie	10
a)	Définition	10
b)	Histoire de la luminothérapie.....	11
c)	Principe de fonctionnement de la luminothérapie	12
i.	<i>Cycle circadien</i>	12
ii.	<i>Effet antidépresseur</i>	13
iii.	<i>Durée d'exposition</i>	14
d)	Indications	14
i.	<i>Indication dans les épisodes dépressifs caractérisés avec caractère saisonnier</i>	14
ii.	<i>Indication dans la dépression bipolaire</i>	15
iii.	<i>Indication dans la dépression unipolaire</i>	15
iv.	<i>Indication dans les troubles du sommeil</i>	17
v.	<i>Intérêt dans le travail de nuit</i>	17
e)	Tolérance, précautions et contre-indication	18
i.	<i>Tolérance</i>	18
ii.	<i>Précautions</i>	18
iii.	<i>Contre-indication</i>	19
3)	Problématique.....	19
4)	Question de recherche	20
II.	METHODE	21
1)	Type d'étude.....	21
2)	Population	21
a)	Description	21
b)	Echantillonnage	21
3)	Elaboration du guide d'entretien	22
4)	Recueil des données.....	23
5)	Analyse des données	23
6)	Aspects éthiques et réglementaires.....	24
III.	RESULTATS.....	25
1)	Caractéristiques des participants	25
2)	Représentation des thèmes	26
a)	Dispositif identifié au fonctionnement flou	26

i.	<i>Dispositif</i>	26
ii.	<i>Modalités temporelles d'exposition</i>	27
iii.	<i>Mécanismes physiologiques impliqués</i>	28
b)	Applications dans les troubles de l'humeur et du sommeil	29
i.	<i>Place dans les troubles de l'humeur</i>	29
ii.	<i>Place dans les troubles du sommeil</i>	31
c)	Lien de causalité entre luminosité et humeur	32
d)	Sources d'informations	33
i.	<i>Cadre privé</i>	33
ii.	<i>Cadre médical</i>	34
e)	Freins à la prescription et à l'utilisation	35
i.	<i>Freins à la prescription par le médecin</i>	35
ii.	<i>Freins à l'utilisation par le patient selon les médecins</i>	36
f)	Représentations	37
g)	Pratique	38
h)	Perception contrastée du médicament	39
IV.	DISCUSSION	41
1)	Carte thématique	41
2)	Analyse des résultats	42
a)	Connaissances, représentations et pratiques	42
i.	<i>Connaissances</i>	42
	Dispositif	42
	Fonctionnement	42
	Indications	43
	Conclusion	44
ii.	<i>Représentations</i>	44
iii.	<i>Pratiques de prescription</i>	45
b)	Freins perçus et leviers potentiels	45
i.	<i>Freins perçus</i>	45
	Freins à la prescription par les médecins	46
	Freins à l'utilisation par le patient selon les médecins	46
ii.	<i>Leviers potentiels</i>	47
	Réticence aux antidépresseurs	47
	Luminothérapie en unique thérapie	48
	Volonté de connaissances supplémentaires	48
	Remboursement	48

3) Comparaison avec la littérature	48
a) Luminothérapie en médecine générale	48
b) Lien de causalité entre lumière et humeur	49
c) Perception du médicament en France	49
4) Limites	50
a) Echantillonnage	50
b) Expérience du chercheur.....	51
c) Posture	51
5) Points forts	52
a) Type d'étude.....	52
b) Intérêts futurs.....	52
c) Travail de recherche	52
6) Perspectives.....	53
V. CONCLUSION	54
VI. BIBLIOGRAPHIE.....	56
VII. ANNEXES.....	63
1) MAIL DE RECRUTEMENT.....	63
2) GUIDE D'ENTRETIEN	64
3) LIVRE DE CODES.....	65

I. INTRODUCTION

1) Contexte

La luminothérapie est un dispositif déjà connu aux indications nouvelles. Elle présente des résultats prometteurs dans les épisodes dépressifs caractérisés (EDC) (1-4).

L'épisode dépressif caractérisé est une pathologie fréquente (5), 12,5% des personnes âgées entre 18 et 85 ans auraient présenté un EDC en France en 2021.

Le médecin généraliste est le premier acteur de sa prise en charge qui repose sur :

- La thérapie de soutien systématiquement ;
- Les antidépresseurs pour les EDC modérés à sévères ;
- Les psychothérapies structurées selon les cas ;
- Le recours au psychiatre dans les EDC sévères, résistants ou avec situation à risque (6,7).

2) La luminothérapie

a) Définition

La luminothérapie consiste à exposer l'utilisateur à une lumière artificielle.

La luminothérapie est un dispositif médical qui se présente sous forme de lampe ou de lunettes éclairantes. Elle délivre une lumière sans ultraviolet à une intensité de 10 000 lux. L'utilisateur s'expose à la lumière de la lampe en la plaçant à environ 30

centimètres du visage sans la fixer des yeux. La durée d'exposition recommandée est de 30 minutes le matin, dans les 2 heures suivant le réveil (8).

La lampe de luminothérapie n'est pas remboursée par la sécurité sociale.

b) Histoire de la luminothérapie

La luminothérapie en psychiatrie a été développée pour traiter les troubles affectifs saisonniers (TAS).

Le trouble affectif saisonnier fut décrit la première fois par le Professeur Rosenthal en 1984. Il décrit des symptômes similaires à ceux d'un épisode dépressif avec en plus : hypersomnie, hyperphagie et prise de poids. Les symptômes débuteraient à l'automne ou à l'hiver et s'amélioreraient spontanément au printemps ou à l'été. Il faut que les symptômes soient présents au moins deux années de suite et non expliqués par d'autres variations psychosociales pour caractériser le phénomène (9).

Aujourd'hui, le trouble affectif saisonnier n'est plus une entité à part mais appartient à la catégorie épisode dépressif caractérisé. Il est classé selon le DSM-5 comme épisode dépressif avec caractère saisonnier. Le terme « trouble affectif saisonnier » sera utilisé dans cette thèse uniquement lorsqu'il est employé par les auteurs cités ; dans le cas contraire, la dénomination « épisode dépressif caractérisé avec caractéristiques saisonnières » sera privilégiée.

Le caractère saisonnier de l'EDC peut être recherché par le Seasonal Pattern Assessment Questionnaire (SPAQ), la version française du questionnaire a été validée par une étude en 2021 (10). Toutefois, ce questionnaire est remis en cause par certains car il surestimerait la prévalence d'EDC avec caractère saisonnier (11).

L'EDC avec caractère saisonnier serait lié au manque de lumière naturelle causé par la diminution de la photopériode l'hiver. La prévalence du caractère saisonnier de type hivernal augmenterait avec les latitudes élevées. Par ailleurs, l'âge serait aussi un facteur prédictif important du caractère saisonnier, les sujets jeunes présentant un risque plus élevé pour les épisodes dépressifs hivernaux (12).

c) Principe de fonctionnement de la luminothérapie

i. Cycle circadien

L'alternance jour/nuit de l'organisme se fait grâce à la synthèse et sécrétion de mélatonine par l'épiphyse. La mélatonine favorise l'endormissement et apporte l'information de nuit à l'organisme permettant le bon fonctionnement des différents rythmes circadiens (13).

La synthèse et la sécrétion de mélatonine par l'épiphyse sont régulées par l'horloge biologique centrale - située dans les noyaux suprachiasmatiques de l'hypothalamus - grâce à la lumière (14,15). La lumière inhibe la synthèse de mélatonine le jour, expliquant sa sécrétion pendant le nycthémère.

L'influx lumineux est capté par photoréception non visuelle dans la rétine. Il passe ensuite par les noyaux suprachiasmatiques, puis le noyau paraventriculaire avant d'arriver à l'épiphyse par un relais du ganglion cervical supérieur (15,16).

Pendant le jour, l'épiphyse synthétise de la sérotonine à partir du tryptophane. La nuit l'épiphyse synthétise la mélatonine par hydroxylation de la sérotonine (14).

Le rythme endogène de la mélatonine varie entre 24h et 25h selon les individus. Sans la synchronisation par la lumière, le rythme se décale de quelques minutes chaque jour entraînant des décalages de phases. Cela a été démontré lors d'expériences d'isolement temporel comme celle réalisée par Michel Siffre (17).

En cas d'EDC avec caractère saisonnier, les patients seraient plus sensibles à la diminution de la photopériode. La régulation de la sécrétion de mélatonine par l'horloge biologique centrale grâce à la lumière en serait altérée. Cela entraînerait une sécrétion retardée de la mélatonine entraînant un retard de phase circadien (18–20). Ce retard de phase se traduit par un endormissement tardif, des difficultés à se réveiller et de la fatigue diurne (21).

L'apport d'influx lumineux de forte intensité par la lampe de lumbinothérapie resynchronise le cycle circadien en inhibant la sécrétion de mélatonine le jour (16).

ii. Effet antidépresseur

La lumbinothérapie a aussi un effet antidépresseur. Bien que tous les mécanismes physiologiques ne soient pas connus, l'action antidépressive de la lumbinothérapie s'expliquerait par l'interaction de l'influx lumineux avec les centres monoaminergiques du mésencéphale et les transporteurs de la sérotonine (15).

Une étude danoise de (Mc Mahon B. et al. 2016) a montré chez les participants avec un trouble affectif saisonnier : « un taux supérieur de transporteur de la sérotonine l'hiver, en comparaison avec des individus sains et associé positivement à des symptômes dépressifs » (22).

De plus, les études récentes ont montré une efficacité dans les EDC non saisonniers, mettant en évidence les effets antidépresseurs de la luminothérapie.

La luminothérapie agit donc sur le cycle circadien en inhibant la synthèse de mélatonine le jour et, comme antidépresseur à travers des interactions complexes impliquant la sérotonine, les centres monoaminergiques et les transporteurs de la sérotonine.

iii. Durée d'exposition

La durée d'exposition conseillée est jusqu'à réduction des symptômes dépressifs. En cas de rechute après arrêt, elle peut être reprise.

Pour les EDC avec caractère saisonnier, la période d'exposition conseillée est jusqu'à la période de rémission naturelle. L'exposition peut se faire de manière préventive quelques semaines avant la période de baisse de l'humeur (8).

d) Indications

i. Indication dans les épisodes dépressifs caractérisés avec caractère saisonnier

(Le terme « troubles affectifs saisonniers » est utilisé dans cette section, car il est employé par les auteurs).

La luminothérapie a été utilisée depuis 1984 pour traiter les troubles affectifs saisonniers. Trois récentes méta-analyses (2019-2024) appuient l'efficacité de la luminothérapie dans le traitement des troubles affectifs saisonniers (23–25).

La méta analyse de (Pjrek et al. 2020) indique que : « la luminothérapie était supérieure au placebo avec une différence moyenne standardisée de $-0,37$ (intervalle de confiance à 95 % : de $-0,63$ à $-0,12$) pour les scores de dépression » (24).

La méta analyse de (Zuo-Wei-Chen et al. 2024) indique que : « la luminothérapie est un traitement non pharmacologique de première intention prometteur pour le trouble affectif saisonnier, montrant une amélioration significative des symptômes de l'humeur par rapport au placebo » (25).

ii. Indication dans la dépression bipolaire

La luminothérapie peut être utilisée chez les sujets avec un trouble bipolaire (TB) lors d'EDC avec caractère saisonnier sous couvert d'une bonne thymo-régulation compte tenu du risque de virage maniaque (8,26–28).

iii. Indication dans la dépression unipolaire

Des études se sont intéressées à l'utilisation de la luminothérapie pour des EDC d'intensité modérée à sévère sans caractère saisonnier.

L'essai randomisé de (Magdalena Chojnacka et al. 2016) montre : « un taux de rémission significativement supérieur chez les patients traités par lumbinothérapie que par placebo » (29).

L'essai randomisé de (Raymond W. Lam et al. 2016) montre : « une efficacité de la lumbinothérapie en monothérapie ou associée à de la fluoxétine pour réduire le score MADRS versus placebo », ainsi : « qu'une rémission supérieure chez les patients traités par lumbinothérapie + fluoxétine » (30).

Ces résultats sont corroborés par les récentes méta-analyses qui montrent l'efficacité de la lumbinothérapie sur les EDC non saisonniers.

La méta-analyse de (Pierre A. Geoffroy et al. 2019) ne montre : « aucune supériorité entre la lumbinothérapie et les antidépresseurs, les deux peuvent être utilisés comme traitements de première ligne » ; et : « que la combinaison lumbinothérapie plus antidépresseur est plus efficace que antidépresseur seul » (4).

La méta-analyse de (Long Tao et al. 2020) indique que : « la lumbinothérapie diminue les symptômes dépressifs et peut être utilisée dans les EDC sans caractère saisonnier » (1).

La méta-analyse de (Horace Tong et al. 2024) apporte : « des preuves positives en faveur de la lumbinothérapie pour atténuer les symptômes dépressifs dans le trouble dépressif majeur » (2).

La lumbinothérapie peut donc être utilisée dans les épisodes dépressifs sans caractère saisonnier. De plus, elle a un effet synergique avec les antidépresseurs et pourrait raccourcir le temps de réponse aux traitements antidépresseurs (3).

iv. Indication dans les troubles du sommeil

La luminothérapie est efficace dans les troubles du sommeil ; les effets sont légers à moyens, et varient selon le type de trouble du sommeil (31,32).

La méta analyse de (Chambre J et al. 2023) indique que : « la luminothérapie montre une certaine efficacité pour le maintien du sommeil dans les troubles de l'insomnie » (31).

La méta analyse de (Wang Y et al. 2024) suggère que : « la luminothérapie a une certaine efficacité pour améliorer la qualité du sommeil dans l'insomnie ; [diminution des scores de l'échelle de qualité du sommeil de Pittsburgh (PSQI) de -2,89 (intervalle de confiance à 95 % : -4,80 à -0,97) et des scores de l'index de sévérité de l'insomnie (ISI) de -2,16 (intervalle de confiance à 95 % : -4,23 à -0,08)] » (32).

La méta analyse de (Van Maanen A et al. 2016) indique que : « la luminothérapie est efficace pour le traitement des troubles du sommeil tels que les troubles du rythme circadien, l'insomnie, ainsi que les problèmes de sommeil liés à la maladie d'Alzheimer et aux démences. Cependant, la plupart des effets sont faibles à modérés » (49).

v. Intérêt dans le travail de nuit

Des recherches sont en cours sur l'utilisation de luminothérapie chez les personnes travaillant de nuit.

L'exposition à la luminothérapie le soir renforcerait la vigilance la nuit et améliorerait le sommeil la journée qui suit la nuit de travail d'après une méta-analyse (33).

Un essai randomisé a montré que l'exposition à la luminothérapie a diminué la pression artérielle des 24h chez des personnes travaillant la nuit (34). Ces participants ont été exposés à la luminothérapie les soirs de travail et les matins des jours non travaillés.

Le travail de nuit est associé à une augmentation des risques hypertensifs et cardiovasculaires. En France, 4,3 millions de personnes travaillent de nuit de manière habituelle ou occasionnelle (35). Ces recherches laissent entrevoir de nouvelles indications exponentielles à la luminothérapie.

e) Tolérance, précautions et contre-indication

i. Tolérance

La luminothérapie est bien tolérée par les patients, les effets indésirables sont transitoires et apparaissent majoritairement au début de l'exposition. La céphalée est le principal effet indésirable rapporté dans les différentes études (1,2,4,29,36,37).

Augmenter la distance de la lampe peut diminuer les céphalées.

ii. Précautions

Certaines précautions subsistent, l'avis d'un ophtalmologue est nécessaire en cas de pathologies oculaires évolutives telles que le glaucome, la dégénérescence rétinienne ou en cas de pathologies favorisant la survenue de rétinopathie (38).

L'utilisation concomitante de médicaments photo-sensibilisants doit être prudente.

Bien que rare, le risque de virage maniaque par luminothérapie est possible ; elle ne doit pas être utilisée sans thymorégulation adéquate chez des sujets avec trouble bipolaire.

iii. Contre-indication

La seule contre-indication est la porphyrie cutanée (39).

3) Problématique

La luminothérapie n'est pas un « dispositif miracle », mais son efficacité a été démontrée dans les EDC unipolaires, bipolaires ou avec caractère saisonnier. Cette efficacité permet de considérer son utilisation dans les épisodes dépressifs légers où l'antidépresseur n'est pas recommandé en première intention.

La luminothérapie peut, de plus, être proposée dans les troubles du sommeil avec un effet léger à modéré en fonction du trouble du sommeil. Une combinaison luminothérapie + mélatonine peut être intéressante pour traiter les troubles du sommeil sans avoir recours à des médicaments présentant un fort potentiel addictogène.

De plus, elle présente des résultats prometteurs dans la réduction des risques cardiovasculaires chez les personnes travaillant de nuit, et dans l'amélioration de leur vigilance et de leur sommeil.

La luminothérapie est bien tolérée, ses effets secondaires sont rares et transitoires ; elle présente peu de précaution d'emploi.

A notre connaissance, la luminothérapie est peu abordée pendant le 2^{ème} cycle médical. Elle souffre d'une sous visibilité dans le domaine médical et est plutôt mise en avant par des industries commerciales.

Il n'existe, à notre connaissance, pas de recommandation officielle concernant la prescription de luminothérapie en médecine générale, ni d'étude en France s'intéressant à la luminothérapie et aux médecins généralistes.

C'est pourquoi, cette étude s'intéressait directement aux connaissances, aux représentations et aux pratiques des médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais sur la luminothérapie.

4) Question de recherche

Quelles sont les représentations, connaissances et pratiques sur la luminothérapie des médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais ?

Objectif principal :

Explorer les connaissances, représentations et pratiques concernant la luminothérapie des médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais.

Objectif secondaire :

Faire émerger les leviers et freins à la prescription et à l'utilisation de la luminothérapie.

II. METHODE

1) Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative exploratoire par analyse thématique basée sur des entretiens semi-dirigés individuels. L'analyse thématique a été choisie afin d'explorer la diversité des réponses possibles des participants et d'aller au-delà de leur seule expérience personnelle.

2) Population

a) Description

Cette thèse s'intéressait aux médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais.

Les critères d'inclusion étaient : être médecin généraliste et avoir au minimum ou en partie un exercice ambulatoire ou être médecin généraliste remplaçant dans le Nord et le Pas-de-Calais.

Les critères d'exclusion étaient : les médecins généralistes ayant une activité hospitalière uniquement.

b) Echantillonnage

Trois techniques d'échantillonnage ont été utilisées :

- L'échantillonnage par convenance pour le premier entretien ;
- L'échantillonnage par boule de neige ;

- L'échantillonnage non orienté : un mail de recrutement (Annexe 1) a été envoyé à l'adresse mail de contact des 44 CPTS du Nord et du Pas-de-Calais.

Les secrétariats des MSP du Nord et du Pas-de-Calais ont été contactés par téléphone afin d'obtenir leur mail. Un mail de recrutement a été envoyé aux différents médecins des MSP. Le contact des MSP est public sur le site internet de l'ARS Hauts de France.

Dans le département du Nord sur les 64 MSP, 27 ont pu être contactées. 25 adresses mail ont été obtenues et 2 médecins directement au téléphone.

Dans le département du Pas-de-Calais sur les 46 MSP, 29 ont pu être contactées. 25 mails, 4 coordonnées laissées et 1 médecin directement.

Il fut envisagé de fournir aux participants une fiche synthèse sur la luminothérapie en fin d'entretien. Cela n'a pas été fait car la démarche de cette thèse ne visait pas à modifier la prise en charge des patients par le médecin.

3) Elaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien était composé de 5 questions avec des relances si besoin (Annexe 2). Les données sociodémographiques étaient recueillies en fin ou en début d'entretien.

Les questions pouvaient être reformulées, l'ordre pouvait varier et des informations sur la luminothérapie ont pu être données à l'oral en fonction du déroulé de l'entretien.

4) Recueil des données

Le recueil des données a été réalisé entre avril 2025 et octobre 2025. Il a été fait par enregistrements audio ; 13 entretiens ont eu lieu en présentiel sur le lieu de travail et 1 en distanciel par téléphone. Les entretiens ont été anonymisés lors de la retranscription. Les enregistrements audios ont été détruits à la fin de leur retranscription. La suffisance des données a été atteinte au bout du 12^{ème} entretien. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de confirmer la suffisance des données.

5) Analyse des données

L'analyse thématique a été faite par approche inductive selon la méthode de Clarke et Braun. Une carte thématique illustrant les thèmes et les liens entre eux a été réalisée à la fin de l'analyse.

Les entretiens ont été rédigés sur le logiciel Word.

Le codage des verbatim a été fait de manière sémantique à l'aide du logiciel Atlas.ti.

Le codage des verbatim a été interrompu si l'intervenant introduisait des informations sur la luminothérapie que le médecin n'avait pas lui-même évoquées.

Le codage des 3 premiers verbatim a été relu par le Docteur Amine TOUIMI BENJELLOUN, Psychiatre, il n'y a pas eu de dissonance constatée entre le codeur et le relecteur. L'ensemble du codage des verbatim et des thèmes a été relu par le directeur de thèse.

Les thèmes ont été générés de manière inductive.

6) Aspects éthiques et réglementaires

Le consentement oral a été recueilli auprès de chaque participant avant le début de l'entretien.

Tous noms propres susceptibles de lever l'anonymat, ainsi que d'éventuels éléments particuliers ont été enlevés. De plus, l'âge et le sexe n'ont pas été rattachés directement au verbatim de chaque participant. Ces données ont été recueillies pour décrire l'échantillonnage. Le numéro des participants a été modifié aléatoirement pour assurer l'anonymat des participants.

Cette étude n'est pas une recherche impliquant la personne humaine (RIPH). La déclaration de conformité à la méthodologie MR-004 a été réalisée auprès de la CNIL. Cette thèse n'a pas vocation à être publiée ; l'avis d'un comité d'éthique n'a pas été demandé.

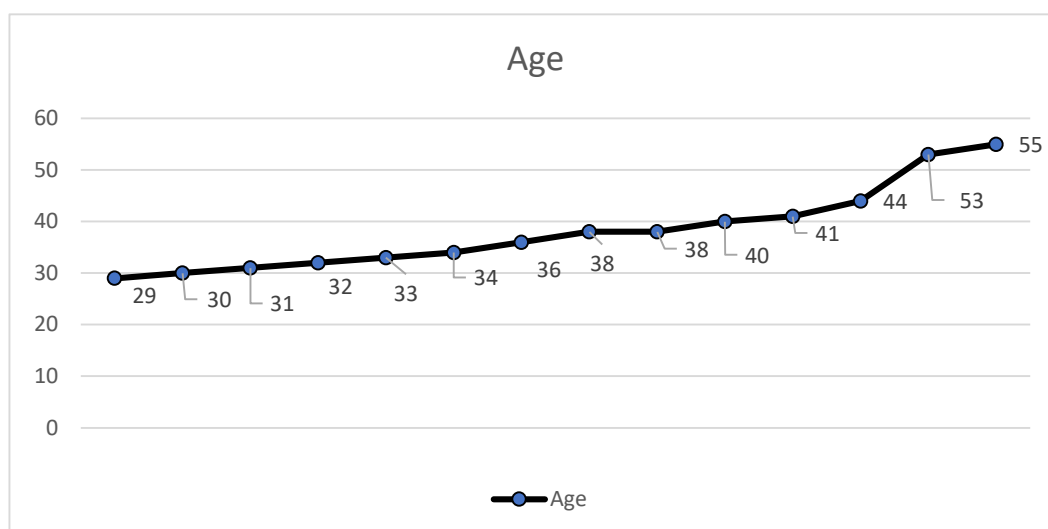
III. RESULTATS

1) Caractéristiques des participants

14 médecins généralistes ont participé à cette étude, 8 dans le Nord et 6 dans le Pas-de-Calais.



La répartition des sexes était de 8 femmes et 6 hommes, l'âge variait de 29 ans à 55 ans avec une moyenne de 38 ans.



La durée moyenne des entretiens était de 20 minutes et 35 secondes. Le plus court était de 16 minutes et 20 secondes, et le plus long de 35 minutes et 55 secondes.

2) Représentation des thèmes

a) Dispositif identifié au fonctionnement flou

i. Dispositif

La quasi-totalité des médecins interrogés sur la luminothérapie ont évoqué différents dispositifs émettant de la lumière tels que les lampes sous forme de cadran lumineux ou des lunettes.

- « *Bah, pour moi la luminothérapie c'est un petit cadran lumineux euh...* » (MG3)
- « *[...] les pays nordiques, où tu les vois tous avec euh, un espèce de petit panneau le matin* » (MG5)
- « *Enfin ça peut être je crois des lunettes ou des... des... carrément je sais pas comment on appelle ça là ...des gros blocs là...* » (MG9)
- « *Spontanément, du coup, la source de luminothérapie et on avait parlé la dernière fois de lunettes éventuellement* » (MG7)

Un des médecins interrogés a évoqué la photothérapie comme pouvant faire partie de la luminothérapie.

- « *Après, si vraiment on réfléchit un peu plus euh, bah par exemple médical, dans tout ce qui euh...est lumière, UV euh..., il y a aussi les traitements en*

dermatos avec la photothérapie ou l'utilisation des UV dans certaines euh certaines maladies dermatologiques par exemple. » (MG12)

Un dernier ne connaissait pas et n'a évoqué aucun dispositif.

- *« J'ai jamais entendu parler de ça. » (MG11)*

Par la suite, les médecins interrogés n'ont pas rattaché directement la photothérapie à la lumineothérapie. La photothérapie était identifiée comme un traitement utilisé en dermatologie ce qui n'était pas le cas de la lumineothérapie.

- *« Je sais qu'en photothérapie, tout ce qui est dermato, il y a les UVA, les UVB, tout ça. Est-ce que c'est les mêmes types d'ondes, de fréquences ? » (MG6)*
- *« En fait pour moi la photothérapie telle que je la connais, j'imagine, à savoir la puvathérapie dans le psoriasis, c'est le seul exemple qui vient en tête. » (MG10)*
- *« Photothérapie ça évoque plutôt le psoriasis, les trucs dermato » (MG5)*

ii. Modalités temporelles d'exposition

La durée d'exposition était variable, d'une dizaine de minutes à quelques heures selon les médecins.

- *« Et que tu mets euh je me souviens plus c'est 15 à 20 minutes » (MG14)*
- *« Pendant 10 minutes à 10-15 minutes. » (MG9)*
- *« [...] doivent être exposés 30 minutes le matin dans les deux heures qui suivent le lever » (MG2)*

- « Alors non, je sais que c'est, ça doit être quelques minutes par jour mais euh, voilà je sais pas trop » (MG13)
- « Euh... Je dirais quand même tous les jours avec une exposition de... Je dirais quotidienne. ...de quelques heures quotidiennes, » (MG5)

Majoritairement le matin, à l'exception d'un médecin pour qui l'exposition pouvait se faire le matin associée au soir.

- « Moi je pense que. Silence. Je pense que je pourrais l'utiliser le matin tu vois histoire de euh... de me mettre dans le euh... de me réveiller un peu, avoir de la bonne lumière le matin euh... » (MG9)
- « Sur lequel tu te mets, c'est le matin. Je dirais le matin » (MG3)
- « [...] par exemple, on se lève et puis on s'expose pendant le petit-déjeuner ou tout comme ça et puis éventuellement le soir un petit peu » (MG5)

iii. Mécanismes physiologiques impliqués

Les mécanismes physiologiques étaient inconnus ou sans affirmation claire.

- « Physiologiquement, je n'ai pas spécialement d'idées sur le côté physio, physiopathe. » (MG1)
- « Alors, honnêtement, je n'ai aucune idée là-dessus. Les mécanismes précis, je les connais pas. » (MG7)

Plusieurs neurotransmetteurs et hormones évoqués - cortisol, dopamine, sérotonine, noradrénaline, endorphine, vitamine D, mélatonine -, ainsi que le cycle circadien et l'épiphyse.

- « À part jouer sur le cycle veille sommeil, peut-être que ça fonctionne sur le cortisol ou ça. Je ne sais pas. » (MG14)
- « Ouais noradrénaline, dopamine, je pense plus sur la sérotonine. » (MG5)
- « Et peut-être sécréter des endorphines aussi, je sais pas. » (MG9)
- « Ce qui permet du coup, une fois que la lumière s'en va, de favoriser la sécrétion de mélatonine tout ça. » (MG8)
- « Bah pour moi, oui, parce que ça euh ça mime la lumière naturelle. Donc, ça a un impact sur ton euh cycle circadien. Veille sommeil. » (MG9)
- « Et quand tu me dis luminothérapie, c'est de la thérapie qui est se... qui est par rapport à la lumière, et quand on dit lumière, on dit vitamine D. » (MG11)

b) Applications dans les troubles de l'humeur et du sommeil

i. Place dans les troubles de l'humeur

La luminothérapie était rattachée à la prise en charge des épisodes dépressifs.

Certains médecins se basaient sur leur expérience personnelle ou sur des sources de littérature médicale.

- « [...] je suis retournée voir, j'ai trouvé un article, [...] qui montrait les degrés de preuve sur la dépression. » (MG2)
- « Et en même temps dans le service, ça arrivait qu'on adresse des patients, pour ceux qui étaient dépressifs » (MG3)
- « J'avais lu que ça pouvait diminuer la profondeur des phases dépressives. » (MG7)

D'autres évoquaient une possible indication dans les épisodes dépressifs mais sans affirmation.

- « *J'imagine qu'on l'utilise plus dans les états dépressifs comme ça.* » (MG5)
- « *Alors, je le relirai à la dépression.* » (MG6)

Une utilisation pour diminuer l'anxiété.

- « *I : Et du coup, est-ce que, quelles seraient les idées un peu d'indications pour toi qui te viendraient comme ça ? Ah bah l'anxiété chronique* » (MG10)
- « *Euh. Est-ce que ça peut pas diminuer aussi les angoisses ? Dans mon patient il l'utilisait pour diminuer les angoisses du matin aussi.* » (MG14)

Ou encore dans les épisodes dépressifs avec composante saisonnière.

- « *[...] c'est une des possibilités thérapeutiques pour l'épisode dépressif, euh un traitement non médicamenteux voilà [...] qui a prouvé son efficacité pour l'épisode dépressif saisonnier principalement,* » (MG2)
- « *Eh bah ce que ça m'évoque, c'est surtout euh, c'est surtout euh... une dépression hivernale en fait* » (MG14)
- « *Chez des gens où je remarque que dans la rythmicité des humeurs un petit peu tristes, ça peut coller avec la période hivernale, automnale. Ça, ça arrive aussi.* » (MG7)

Un effet sur l'humeur plus généralement était aussi évoqué avec l'idée d'améliorer la santé, c'est-à-dire ne pas limiter l'utilisation à un cadre pathologique.

- « *[...] essayer de, d'améliorer les patients par l'apport de lumière.* » (MG1)

- « Euh, ça peut peut-être, je pense, traiter pour le coup des choses peut-être pas forcément très prononcées, mais ça peut je pense, traiter des trucs. » (MG5)
- « Bah oui bah plus la luminothérapie euh, bah comme je le disais au début euh, avec le réveil ou le euh la lampe sur pied, c'est plus du bien-être » (MG12)

Finalement, l'indication était plutôt évoquée lors des périodes de l'année à faible luminosité.

- « Oui. Tu vois, je n'y penserais pas en ce moment, quoi. [...] vraiment plus pour la période automne-hiver, quoi. » (MG2)
- « Ben, du coup plutôt à partir de... Ouais, fin d'automne jusqu'à début de printemps. » (MG3)
- « [...] je le vois plus se caler sur le climat, [...]. Donc notamment l'hiver, pourquoi pas effectivement le printemps ou des fois l'été quand il y a un temps dégueulasse » (MG5)

ii. Place dans les troubles du sommeil

De manière générale.

- « Je pense que la lumière, elle peut permettre, du coup, de sécréter des hormones qui favorisent le sommeil quand il faut et, enfin, toi, qui te mettent dans un rythme. » (MG9)
- « Voilà, et euh, trouble du sommeil aussi. » (MG2)

Dans les troubles du sommeil avec décalage de phase.

- « *C'est thérapeutique, tout ce qui est euh... troubles du sommeil, mais plutôt euh, en lien avec euh, le décalage du rythme nyctéméral tout ça* » (MG8)
- « *Et je me demande si sur les troubles du sommeil, mais plus pour les recalages de phase, ça pourrait pas être utile aussi.* » (MG14)

Une possible alternative aux somnifères.

- « *Je me dis ça peut quand même être une bonne alternative aussi, genre pour des patients [...] qui sont sous Zolpidem ou sous Zopiclones* » (MG8)
- « *Et que des thérapies comme ça, ça permet d'aborder un peu plus les autres manières de bien dormir, de mieux dormir.* » (MG10)

c) Lien de causalité entre luminosité et humeur

Une augmentation ressentie des consultations pour des motifs liés à l'humeur l'hiver.

- « *Mais dans les troubles de l'humeur, il y a clairement une saisonnalité marquée* » (MG2)
- « *Sur le nombre de consultations et les motifs, il y en a beaucoup moins l'été que l'hiver pour des burn-out, troubles, tristesse de l'humeur...* » (MG3)
- « *Euh silence. Quand la période d'hiver, j'ai beaucoup, beaucoup plus de consulte psy.* » (MG 14)

Certains patients seraient plus sensibles à la baisse de luminosité.

- « *Euh bah Après, moi, ça m'est revenu, j'ai recherché un peu, parce que euh...t'as beaucoup de patients qui se disent sensibles à ça.* » (MG2)

- « Elle me disait que ça lui faisait du bien et que c'était justement en période d'ensoleillement minime ici, là, donc euh l'hiver. » (MG1)

Parfois un ressenti personnel exprimé par le médecin.

- « Ouais, t'as l'impression d'être dans le noir toute la journée. Et ça, ça réveille les angoisses à fond. Ça fatigue. » (MG14)
- « Bah fin..., déjà, je pense qu'on le ressent personnellement, nous plus dans le nord, quand il n'y a pas de lumière, c'est un peu la déprime. » (MG5)

d) Sources d'informations

Cette étude présupposait que la luminothérapie était peu abordée pendant la formation médicale. Deux sources d'informations ont été retrouvées.

i. Cadre privé

Une partie non médicale liée au cadre privé à travers des proches, des médias numériques ou papiers, et dans le commerce.

- « Et j'ai une copine, [...] qui utilise ça. Du coup elle a un panneau qu'elle met tous les matins. » (MG5)
- « J'avais vu des vidéos. Alors là, pour le coup, c'est des vidéos... [...] ...sur les réseaux sociaux, à la télé, ce genre de trucs. » (MG6)
- « Des fois, sur des revues un peu de santé et tout, qui en parlaient. [...] des, des canards féminins. Rires ». (MG3)

- « Non, j'en entends parler plutôt en mode vulgarisation commerciale. » (MG 10)

ii. Cadre médical

Une seconde partie liée au domaine médical, par des collègues médicaux, articles médicaux ou stages pendant la formation médicale.

- « j'ai eu une patiente, quand j'étais interne, qui est suivie au CMP aussi, [...] Et l'infirmier psy lui proposait ça. » (MG14)
- « Je me rappelle d'un article. Après, franchement, je ne saurais plus retrouver les références. » (MG2)
- « J'en ai eu entendu un peu parler quand j'étais au SMPR. C'est le service médico-psychologique régional, je crois. Et du coup ils faisaient de la luminothérapie. » (MG5)

Le second cycle médical ne fut que très partiellement évoqué ou absent chez les médecins interrogés.

- « Euh bah je pense que c'était quand même évoqué en cours, pour moi, dès la fac [...] je pense que devait y avoir une ligne là-dessus, dans mon bouquin sur la dépression. » (MG2)
- « Non, peut-être ça doit être dans des cours, peut-être. [...]. Ou en lisant des articles. » (MG8).
- « Ah non, dans la formation non. Ou alors j'écoutais pas. » (MG1)
- « Non. A aucun moment pendant les études. » (MG14)

- « *Jamais. Jamais ça n'a été évoqué dans les formations de base, quoi.* » (MG7)

e) Freins à la prescription et à l'utilisation

i. Freins à la prescription par le médecin

Des connaissances limitées.

- « *je ne l'évoque pas parce que je ne connais pas.* » (MG4)
- « *Je... c'est ce dont je me souviens et comme je le proposerai pas sans me renseigner dessus...* » (MG14)

Associées à un besoin de recommandation.

- « *[...] au final c'est compliqué à mettre en place parce que je vois pas quelles ressources on peut avoir et comment l'organiser dans notre pratique.* » (MG7)
- « *Ben, oui, à qui, enfin, à qui proposer pour une durée de... Je sais pas.* » (MG13)
- « *Tu vois si je peux avoir une ordonnance type, me dire bah voilà* » (MG1)

Des questionnements sur l'efficacité.

- « *Voilà est-ce que ça marche ? S'il y a des retours de patients, de ce qu'ils en pensent ?* » (MG8)
- « *[...] effectivement si il y a une réelle indication dans les syndromes anxiodépressifs [...]* » (MG6)

Des questionnements sur le matériel.

- « *Et puis après peut-être aussi la qualité du matériel* » (MG7)

« *Je pense qu'il faut quand même faire attention au matériel qui est acheté.* » (MG3)

ii. *Freins à l'utilisation par le patient selon les médecins*

Le frein financier.

- « *Enfin voilà, une fois qu'on dit que c'est pas du remboursé, bah ça y est, les gens sont fermés enfin.* » (MG13)
- « *Il y a beaucoup de gens pour la santé où ce n'est pas évident. Combien ça va coûter ? On sent que ça peut être un frein.* » (MG7)

L'acceptation par le patient.

- « *Mais... Mais comment dire, je crois qu'il faut le faire accepter aux patients aussi.* » (MG8)
- « *[...] surtout que le patient il est, il est demandeur en fait il faut vraiment que ça vienne de lui et que...* » (MG10 »

L'observance.

- « *Est-ce qu'ils seront observants ?* » (MG4)
- « *Une fois que les gens ont la lampe, ils vont peut-être... Enfin voilà, dire je l'allume un peu. Enfin vous voyez ne pas être rigoureux sur l'usage* » (MG2)

f) Représentations

Des représentations dans l'ensemble positives.

- « *Je pense que c'est une thérapie qui peut être intéressante* » (MG2)
- « *Ça peut être effectivement une bonne thérapeutique non médicamenteuse.* » (MG7)

Un outil supplémentaire non médicamenteux.

- « *Donc euh, je me dis que ça peut être une option de tenter autre chose.* » (MG8)
- « *Bah, thérapeutique alternative, non médicamenteuse.* » (MG7)
- « *Donc voilà, je trouve que c'est une approche justement où ça te pousse à changer de comportement.* » (MG10)

L'innocuité du dispositif.

- « *Et je pense que la luminothérapie, si ça marche pas, ça marche pas et que ça ne peut pas être nocif, je pense, aux doses où voilà.* » (MG1)
- « *C'est aussi des thérapies où on ne s'inquiète pas euh... d'être nocif.* » (MG2)

Facile à mettre en place.

- « *Enfin si c'est 30 minutes le matin au réveil, je pense que ça se fait assez facilement, ça s'intègre facilement dans le quotidien.* » (MG3)
- « *Et du coup, je me dis que ça pourrait être une alternative ou en tout cas quelque chose de complémentaire qui pourrait être mis en place euh, un peu facilement sans vraiment de contrainte* » (MG6)

Des limites.

- « *Un patient... voilà je me doute bien qu'une personne très dépressive [...] ce n'est pas une séance de luminothérapie qui va tout changer* » (MG1)
- « *Mais par contre pour moi, enfin je te dis, je n'y penserai pas pour tous les patients qui ont une dépression, mais pas en toute saison.* » (MG2)
- « *Euh.... après avec des gains euh...qui sont quand même modérés [...]* » (MG5)

g) Pratique

La place dans la pratique médicale était hétérogène.

Jamais prescrite ou conseillée par certains.

- « *[...] j'ai même jamais prescrit à vrai dire.* » (MG8)
- « *J'ai jamais fait, donc, voilà, je sais pas* » (MG13)

Conseillée voire prescrite par d'autres médecins.

- « *Bah en fait, je le propose plutôt chez les gens qui, pour le côté psychiatrique, les gens qui ont des troubles bipolaires. Et où on a du mal à les équilibrer. J'avoue que je le propose plus facilement chez ces patients-là.* » (MG7)
- « *Euh voilà, donc, moi, ça m'arrive de le prescrire comme ça euh...pour des épisodes dépressifs saisonniers ou pour les gens qui ont un épisode dépressif et qui se sentent [...] sensible à ça.* »
- « *Prescrit non, mais conseillé, oui.* » (MG3)

Utilisée comme un outil supplémentaire dans des situations difficiles.

- « *C'est une patiente où ouais le syndrome dépressif on ne s'en sortait plus trop, [...] dans tout ce qu'on avait essayé, l'infirmière psychologue proposait aussi la luminothérapie.* » (MG14)
- « *Bah en fait, je le propose plutôt chez [...] les gens qui ont des troubles bipolaires. Et où on a du mal à les équilibrer. J'avoue que je le propose plus facilement chez ces patients-là.* » (MG7)

h) Perception contrastée du médicament

Le médicament au cœur du soin.

- « *[...] en France, on raisonne beaucoup par un symptôme un médicament,* » (MG5)
- « *Et aussi essayer de, que le patient ne soit pas systématiquement : j'ai un truc, je prends un médicament* » (MG1)
- « *Mais voilà prendre un cachet, c'est facile* » (MG2)

Recherche d'effet immédiat dans les troubles du sommeil par le patient.

- « *Souvent, le patient il dit que, qu'il veut du Zolpidem et c'est tout quoi* » (MG8)
- « *[...] ils cherchent dans du, dans de l'immédiateté, pas dans des changements de comportement, mais en fait, ils cherchent ce qu'ils cherchent dans un comprimé* » (MG10)

Contrastée par une réticence vis-à-vis des anxiolytiques et des antidépresseurs.

De la part des patients envers les antidépresseurs selon certains médecins.

- « Ouais. Souvent quand on parle de l'antidépresseur, ils sont un peu réticents, déjà parce qu'ils ont une mauvaise image de ça. » (MG6)
- « Globalement, il y a pas mal de réticences à l'introduction des traitements anti-dépresseurs je dirais. » (MG2)

Et de certains médecins envers les antidépresseurs et les anxiolytiques.

- « Euh... Et du coup, je, je, c'est marrant je suis [...] gros prescripteur. Et à la fois, je trouve ça catastrophique. » (MG10)
- « Parce que moi, j'aime pas aller sur les médicaments benzo et tout. » (MG1)
- « Mais peut-être parce que je n'ai pas le médicament facile. Donc, je fais beaucoup, beaucoup de soutien psy. » (MG14)

IV. DISCUSSION

1) Carte thématique

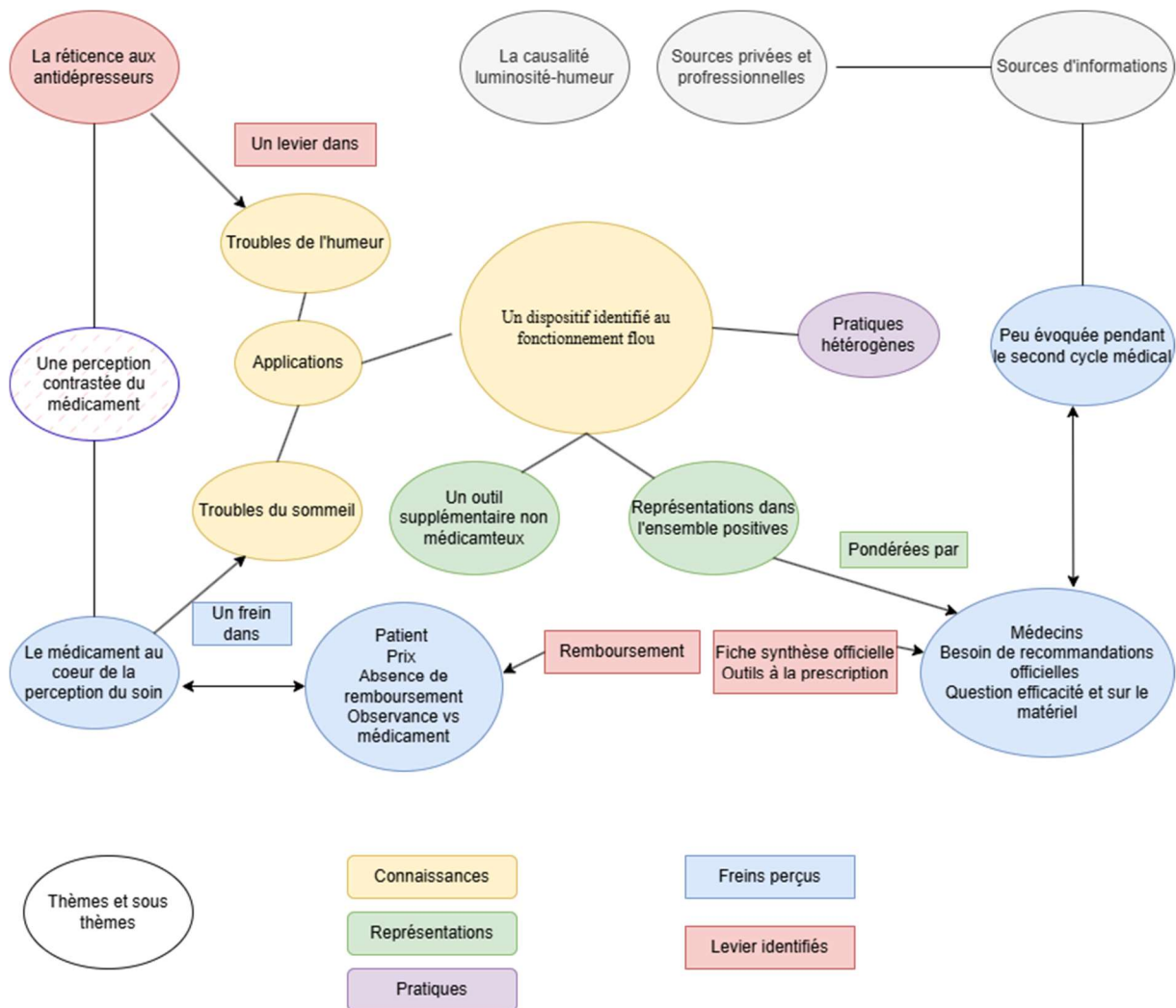


Schéma des différents thèmes et analyse de leurs connexions

2) Analyse des résultats

a) Connaissances, représentations et pratiques

i. Connaissances

Dispositif

Dans cette étude, la luminothérapie était un dispositif identifié. Les médecins, à l'exception d'un, ont évoqué les lampes ou lunettes de luminothérapie qui sont les deux dispositifs existants à ce jour.

Fonctionnement

Le fonctionnement de la luminothérapie était quant à lui majoritairement flou.

Interrogés plus précisément sur les mécanismes physiologiques qui pourraient être impliqués, les médecins ne les connaissaient pas ou n'avaient pas d'affirmations claires.

Plusieurs neurotransmetteurs et hormones ont été évoqués : cortisol, dopamine, sérotonine, noradrénaline, endorphine, vitamine D, mélatonine. Le cycle circadien et l'épiphyse ont aussi étaient évoqués.

La durée d'exposition supposée variait d'une dizaine de minutes à quelques heures selon les médecins. Le moment d'exposition pendant la journée était le matin, à l'exception d'un médecin pour qui l'exposition pouvaient se faire le matin et éventuellement le soir.

Indications

Malgré un fonctionnement flou, la luminothérapie était rattachée aux troubles de l'humeur et aux troubles du sommeil.

Concernant les troubles de l'humeur, étaient évoqués les épisodes dépressifs unipolaires, bipolaires et ceux avec caractère saisonnier. L'anxiété était aussi évoquée comme une potentielle indication à la luminothérapie. Et enfin, l'idée d'améliorer l'humeur de manière générale en dehors d'un cadre pathologique était également mentionnée.

Ces connaissances concernant l'indication dans les troubles de l'humeur peuvent s'expliquer par la source d'information ; la luminothérapie a en effet une indication dans les troubles de l'humeur.

Le lien de causalité luminosité-humeur perçu par certains médecins peut expliquer l'indication dans les troubles de l'humeur. Certains médecins exprimaient une augmentation des motifs de consultation liés à l'humeur l'hiver, avec parfois des patients se disant sensibles à la baisse de luminosité qui entraînerait une baisse de l'humeur.

La luminothérapie était aussi rattachée aux troubles du sommeil en lien avec la dépression, aux troubles du sommeil avec décalage de phase, voire comme une alternative aux somnifères. Cette indication découlait de la source d'information sur la luminothérapie ; ou de l'implication de la lumière dans le cycle circadien et du rôle plus connue de l'exposition lumineuse sur la mélatonine.

Conclusion

Finalement, les connaissances sur la luminothérapie étaient contrastées. La durée exacte d'exposition ainsi que les mécanismes physiologiques impliqués étaient peu connus, tandis que les dispositifs existants et les indications étaient relativement bien connus chez les médecins interrogés.

Ces connaissances contrastées peuvent être liées aux sources d'informations sur la luminothérapie. Celles-ci étaient très diverses mêlant cadre privé : entourage, médias et lampes vues dans le commerce ; et cadre professionnel : collègues médecins/paramédicaux, articles ou stage pendant la formation médicale post externat. Le deuxième cycle médical était quant à lui quasi absent des sources d'informations rapportées.

Le parcours d'internat, les situations rencontrées et la sensibilité personnelle semblent prépondérants aux connaissances sur la luminothérapie.

La médecine générale est un domaine très vaste. Il était attendu que le niveau de connaissance soit hétérogène ; il s'agissait aussi de l'objectif de cette étude : explorer la diversité des réponses possibles des participants sur le sujet.

ii. Représentations

Les représentations étaient dans l'ensemble positives.

La luminothérapie était perçue comme un outil supplémentaire non médicamenteux qui avait l'avantage d'être peu invasif et pour lequel les médecins ne s'inquiétaient pas d'être nocifs.

Ces représentations étaient pondérées par le besoin de recommandations et de validation scientifique. À cela s'ajoutaient des limites perçues telles que la sévérité du trouble dépressif ou la saisonnalité dans l'utilisation.

La luminothérapie n'apparaissait pas comme une « solution miracle » mais comme un dispositif alternatif pouvant être proposé à certains patients.

Au-delà, la luminothérapie était aussi vue comme une façon d'aborder le soin par un angle autre que médicamenteux.

iii. Pratiques de prescription

Les pratiques de prescription étaient hétérogènes. La plupart des médecins n'avaient jamais prescrit de luminothérapie, un médecin l'a conseillée, mais ne l'a pas prescrite.

Les médecins ayant prescrit de la luminothérapie l'ont fait dans le cadre de trouble de l'humeur.

Il s'agissait d'épisodes dépressifs chez des patients se disant sensibles à la faible luminosité, d'épisodes dépressifs à caractère saisonnier ou de prescriptions en complément chez des personnes atteintes de bipolarité difficiles à équilibrer.

Aucun médecin n'a prescrit de luminothérapie dans le cadre de trouble du sommeil.

b) Freins perçus et leviers potentiels

i. Freins perçus

Freins à la prescription par les médecins

Cette étude recense plusieurs freins à la prescription de luminothérapie par les médecins.

Premièrement, le besoin de recommandations officielles. Les médecins souhaitaient avoir des recommandations claires sur l'indication, la durée et le moment d'exposition à la lampe de luminothérapie.

Deuxièmement, des questionnements sur l'efficacité de la luminothérapie.

Troisièmement, des questions sur la qualité du matériel, savoir quel matériel, où le trouver et s'il existe des normes.

Freins à l'utilisation par le patient selon les médecins

Selon les médecins, le principal frein pour le patient était d'ordre financier, en particulier l'absence de prise en charge par la sécurité sociale. Selon eux, une partie des patients n'aurait pas les moyens d'acheter une lampe de luminothérapie, et ceux qui en ont les moyens ne seraient pas nécessairement disposés à investir dans un dispositif médical non remboursé. Les lampes de luminothérapie coûtent environ 40 euros pour les moins chers. Cela reste un investissement financier conséquent dans un contexte d'inflation marquée et dans un système de soin où les médicaments sont remboursés via la solidarité nationale.

L'observance était le second frein perçu par les médecins, frein commun à tous les traitements. Cependant, selon les médecins, la durée d'exposition de 30 minutes pourrait rendre l'observance plus difficile.

Le dernier frein selon les médecins était l'acceptation du dispositif par le patient. Pour une partie des médecins, le médicament occupe une place prépondérante dans le soin en France. Cette place se caractériserait par une forte systématisation « symptôme = médicament » de la part du médecin et du patient. Dans ce contexte, l'acceptation d'un dispositif non médicamenteux serait plus difficile, comparée à la prescription d'un médicament.

Cela s'illustrerait dans les troubles du sommeil. Selon les médecins interrogés, le patient serait à la recherche d'un effet immédiat qui passerait par la prise d'un médicament. Il apparaîtrait difficile pour les médecins de prescrire la luminothérapie car l'observance serait plus difficile.

En comparaison, le somnifère ou l'anxiolytique agit rapidement ; la causalité perçue peut en être renforcée. Cependant, les effets délétères des anxiolytiques et somnifères sur le long terme forcent le médecin à envisager des alternatives.

ii. Leviers potentiels

Réticence aux antidépresseurs

Si le médicament occupe une place prépondérante dans le soin, cette prépondérance paraît plus nuancée dans le cas des antidépresseurs. Plusieurs médecins ont rapporté en contraste une réticence aux antidépresseurs de la part des patients et même de certains praticiens.

Cette réticence peut être un levier pour la prescription de luminothérapie car elle ne contient pas le mot « antidépresseur ». La luminothérapie pourrait être un premier échelon avant une éventuelle escalade thérapeutique. L'innocuité perçue est un

atout majeur ; la faisabilité aussi. Le caractère peu invasif du dispositif peut faciliter la prescription par le médecin généraliste.

Luminothérapie en unique thérapie

La luminothérapie est indiquée dans des situations où l'antidépresseur n'est pas recommandé en première ligne, comme les épisodes dépressifs légers ou avec caractère saisonnier.

Volonté de connaissances supplémentaires

Certains médecins ont prescrit de la luminothérapie sur la base de publications médicales. La création de protocole standardisé faciliterait la prescription par les médecins tout comme le développement des publications médicales.

Remboursement

La prise en charge par la sécurité sociale permettrait de rendre le dispositif plus accessible ; comme c'est le cas en Suisse par exemple (40).

3) Comparaison avec la littérature

a) Luminothérapie en médecine générale

A notre connaissance, il n'existe pas d'autre étude ou thèse en France s'intéressant aux connaissances, représentations et pratiques des médecins généralistes sur la luminothérapie. Nous n'avons donc pas d'autres outils de comparaison.

Il existe une thèse de médecine générale en cours à l'Université de Strasbourg. Elle porte sur la luminothérapie dans le traitement de l'insomnie chronique en médecine générale et s'intéresserait au ressenti des patients. Il sera intéressant d'avoir les résultats de cette étude une fois publiée.

b) Lien de causalité entre lumière et humeur

Certains médecins évoquaient une augmentation du nombre de consultations pour des motifs liés à l'humeur pendant l'hiver. Nous n'avons pas trouvé d'études permettant d'attester ce ressenti.

A part les EDC avec caractère saisonnier qui par définition se manifestent en automne/hiver, la littérature scientifique ne fournit, à notre connaissance, aucune réponse claire sur le sujet (41).

Il est à ce stade difficile de savoir s'il s'agit d'une augmentation réelle ou d'un ressenti de la part des médecins généralistes interrogés.

c) Perception du médicament en France

La France est souvent présentée comme le premier pays consommateur de médicaments en Europe. Or, cette place semblerait désormais être détenue par l'Allemagne (42,43). Le modèle de soin français est néanmoins basé sur le médicament. Le médicament peut symboliser la compétence et la capacité de prise en charge du malade par le médecin. Les consultations de médecine générale sont payées à l'acte. Cela peut induire un sentiment de contrepartie chez les médecins et favoriser la prescription de médicaments.

Pourtant, des médecins rapportaient une réticence des patients aux antidépresseurs. Il n'était pas clair si cette réticence comprenait aussi les anxiolytiques. Il est possible que les patients ne fassent pas la différence entre anxiolytiques et antidépresseurs.

La perception des antidépresseurs est liée à la sémantique ; le mot « dépression » dans « antidépresseur » renvoie au patient les stigmates liés à la santé mentale.

La réticence à l'antidépresseur peut s'expliquer par la peur des effets secondaires, la peur des modifications de la pensée, la peur d'une dépendance et la peur d'une prise de poids (44–47).

En contraste, selon l'ANSM, la France est le deuxième pays européen consommateur de benzodiazépines avec 9 millions d'utilisateurs, derrière l'Espagne (48). Plus d'une personne sur trois qui prend ou a pris des benzodiazépines considère qu'elle ne prend pas de risque avec ce traitement. Il existe donc un contraste entre la perception des antidépresseurs et des benzodiazépines et leur danger réel.

4) Limites

a) Echantillonnage

Un échantillonnage raisonné à variation maximale aurait été plus pertinent pour ce type d'étude. Cependant, l'hypothèse de départ était que la luminothérapie soit un dispositif peu connu et peu utilisé. C'est pour cela qu'un échantillonnage non orienté, par convenance et par boule de neige ont été préférés par crainte de manque de participants.

b) Expérience du chercheur

Il s'agit de la première thèse du chercheur et du premier encadrement de thèse par le directeur. Le manque d'expérience du chercheur pour mener des entretiens semi-dirigés était une faiblesse de cette étude. Le chercheur a pu influencer certaines réponses en posant des questions fermées.

Le codage par une seule personne limite la triangulation, malgré la relecture par le Docteur Amine TOUIMI BENJELLOUN, Psychiatre, et le directeur de thèse.

c) Posture

Le chercheur a pu être perçu à tort comme un expert en luminothérapie. Ce risque était connu ; il a essayé d'être prévenu en rappelant la posture initiale du chercheur, celle d'un interne en médecine générale ayant découvert la luminothérapie lors d'un stage d'internat.

Il est aussi possible que les réponses des participants aient été influencées par le biais de désirabilité sociale. Afin de limiter cet effet, le chercheur a rappelé que dans le but exploratoire de cette thèse, toutes les réponses étaient pertinentes.

5) Points forts

a) Type d'étude

Le choix de réaliser une étude qualitative par analyse thématique est un point fort. L'analyse thématique permet d'aller au-delà de l'expérience individuelle ; elle a été donc la plus pertinente pour étudier un sujet où l'expérience individuelle semblait a priori faible.

b) Intérêts futurs

L'originalité de cette étude est une force. Il s'agit à notre connaissance de la première étude s'intéressant au point de vue des médecins généralistes sur la luminothérapie.

En explorant ce domaine, cette étude enrichit les connaissances sur la luminothérapie en médecine générale. Cela présente un intérêt pour des pratiques futures. De plus, en fonction de l'avancée des recherches, de nouveaux patients pourraient être concernés par la luminothérapie.

c) Travail de recherche

Le travail bibliographique de cette thèse agrège des sources récentes sur un sujet en évolution.

6) Perspectives

Pour la recherche :

Il serait intéressant de mener une étude parallèle auprès des patients, afin de comparer les freins perçus par les médecins avec ceux exprimés directement par les patients.

Pour la pratique :

Cette étude identifie des éléments et des leviers qui pourraient être utiles à l'avenir pour l'usage et la prescription de la luminothérapie :

- Aborder la luminothérapie durant le second cycle des études médicales afin d'améliorer le niveau de connaissances.
- Établir des protocoles d'utilisation à destination des médecins (matériel, indications, durée d'exposition).
- Envisager des démarches auprès de la CPAM pour demander le remboursement en tant que dispositif médical, comme c'est par exemple le cas en Suisse.

V. CONCLUSION

La luminothérapie est un dispositif déjà connu aux indications nouvelles.

L'objectif de cette thèse était d'explorer les connaissances, représentations et pratiques des médecins généralistes, et d'identifier les freins et les leviers à l'utilisation et la prescription de luminothérapie.

Cette thèse a permis de mettre en évidence des connaissances contrastées. La durée exacte d'exposition ainsi que les mécanismes physiologiques impliqués étaient peu connus, tandis que les dispositifs existants et les indications étaient relativement bien connus des médecins interrogés. Ces connaissances étaient la résultante de sources diverses mêlant cadre privé et cadre professionnel.

Les représentations étaient dans l'ensemble positives mais pondérées par le besoin de recommandations et de validation scientifique.

Seuls quelques médecins interrogés ont prescrit de la luminothérapie dans cette thèse, et cela était dans la prise en charge de troubles de l'humeur.

Le besoin de protocoles standardisés est le principal frein à la prescription pour les médecins. Le prix de la lampe de luminothérapie est le principal frein à l'utilisation par les patients selon les médecins.

Le remboursement pourrait rendre le dispositif plus accessible. La perception du médicament a un effet contrasté ; elle pourrait réduire ou renforcer l'utilisation par le patient selon les indications.

Le caractère peu invasif du dispositif et son indication dans des situations où l'antidépresseur n'est pas recommandé en première ligne sont des points forts pour sa prescription.

Les résultats récents chez les personnes travaillant de nuit ouvrent la voie à de nouvelles indications à la luminothérapie.

Au final, cette étude s'est intéressée aux médecins généralistes, il serait pertinent de mener une étude parallèle auprès des patients afin de savoir si les freins perçus par les praticiens sont corroborés par les patients. De plus, une étude quantitative pourrait être réalisée à partir de ces résultats afin de mesurer et d'approfondir les connaissances sur le sujet.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Tao L, Jiang R, Zhang K, Qian Z, Chen P, Lv Y, et al. Light therapy in non-seasonal depression: An update meta-analysis. *Psychiatry Research*. sept 2020;291:113247. doi:10.1016/j.psychres.2020.113247
2. Tong H, Dong N, Lam CLM, Lee TMC. The effect of bright light therapy on major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Asian Journal of Psychiatry*. sept 2024;99:104149. doi:10.1016/j.ajp.2024.104149
3. Menegaz De Almeida A, Aquino De Moraes FC, Cavalcanti Souza ME, Cavalcanti Orestes Cardoso JH, Tamashiro F, Miranda C, et al. Bright Light Therapy for Nonseasonal Depressive Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Psychiatry*. 1 janv 2025;82(1):38. doi:10.1001/jamapsychiatry.2024.2871
4. Geoffroy PA, Schroder CM, Reynaud E, Bourgin P. Efficacy of light therapy versus antidepressant drugs, and of the combination versus monotherapy, in major depressive episodes: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*. déc 2019;48:101213. doi:10.1016/j.smr.2019.101213
5. Léon C. Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre santé 2021 / Prevalence of depressive episodes in France among 18-85 year-olds: Results from the 2021 Health Barometer survey.
6. Haute Autorité de Santé. Synthèse de recommandation de bonne pratique- Episode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours - 2017 pec edc.

7. Collège national des universitaires en psychiatrie et al. - 2021 - Référentiel de psychiatrie et addictologie psychi.
8. Geoffroy PA, Fovet T, Micoulaud-Franchi JA, Boudebessé C, Thomas P, Etain B, et al. Luminothérapie et épisodes dépressifs saisonniers du trouble bipolaire. *L'Encéphale*. déc 2015;41(6):527-33. doi:10.1016/j.encep.2015.09.003
9. Rosenthal NE, Sack DA, Gillin JC, Lewy AJ, Goodwin FK, Davenport Y, et al. Seasonal Affective Disorder: A Description of the Syndrome and Preliminary Findings With Light Therapy. *Archives of General Psychiatry*. 1 janv 1984;41(1):72-80. doi:10.1001/archpsyc.1984.01790120076010
10. Reynaud E, Berna F, Haffen E, Weiner L, Maruani J, Lejoyeux M, et al. Validity and Usage of the Seasonal Pattern Assessment Questionnaire (SPAQ) in a French Population of Patients with Depression, Bipolar Disorders and Controls. *JCM*. 27 avr 2021;10(9):1897. doi:10.3390/jcm10091897
11. Shastun S, Chibisov S, Singh R, Wilson DW, Nyurango P, Sheehama J, et al. Limitations of Seasonal Pattern Assessment Questionnaire and Development of Shastun's Questionnaire for Assessment of Seasonal Affective Disorders, Among Namibian Students in Moscow.
12. Crocq MA, Guelfi JD. *DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
13. Claustrat B. Mélatonine : aspects biochimiques, physiologiques et pharmacologiques en relation avec les phénomènes rythmiques et le sommeil. *Médecine du Sommeil*. sept 2020;17(3):177-94. doi:10.1016/j.msom.2019.12.187
14. *Précis de physiologie*. Montrouge: Éditions Doin; 2016. (Biosciences et techniques).

15. Huang X, Tao Q, Ren C. A Comprehensive Overview of the Neural Mechanisms of Light Therapy. *Neurosci Bull.* 9 août 2023. doi:10.1007/s12264-023-01089-8
16. Auvray Stéphane, Bernier Jean-Claude, Engel Thierry. *Chimie et lumière* [Internet]. 1^{re} éd. 2021. 248 p. (Actualité chimique livres). Disponible sur: <https://univ-scholarvox-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/book/88908700#>
17. Oléron G, Fraisse P, Siffre M, Zuili N. Les variations circadiennes du temps de réaction et du tempo spontané au cours d'une expérience « hors du temps ». *psy.* 1970;70(2):347-56. doi:10.3406/psy.1970.27900
18. Malbos D. Les troubles affectifs saisonniers. *Actualités Pharmaceutiques.* nov 2020;59(600):19-22. doi:10.1016/j.actpha.2020.09.012
19. Fonte A, Coutinho B. Seasonal sensitivity and psychiatric morbidity: study about seasonal affective disorder. *BMC Psychiatry.* déc 2021;21(1):317. doi:10.1186/s12888-021-03313-z
20. Lewy AJ, Lefler BJ, Emens JS, Bauer VK. The circadian basis of winter depression. *Proc Natl Acad Sci USA.* 9 mai 2006;103(19):7414-9. doi:10.1073/pnas.0602425103
21. Royant-Parola S. Retard de phase et psychopathologie. *Médecine du Sommeil.* juin 2005;1(4):21-6. doi:10.1016/S1769-4493(05)70145-X
22. Mc Mahon B, Andersen SB, Madsen MK, Hjordt LV, Hageman I, Dam H, et al. Seasonal difference in brain serotonin transporter binding predicts symptom severity in patients with seasonal affective disorder. *Brain.* mai 2016;139(5):1605-14. doi:10.1093/brain/aww043
23. Pjrek E, Friedrich ME, Cambioli L, Dold M, Jäger F, Komorowski A, et al. The Efficacy of Light Therapy in the Treatment of Seasonal Affective Disorder: A

- Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Psychother Psychosom.* 2020;89(1):17-24. doi:10.1159/000502891
24. Campbell PD, Miller AM, Woesner ME. *Bright Light Therapy: Seasonal Affective Disorder and Beyond.* 2019.
25. Chen ZW, Zhang XF, Tu ZM. Treatment measures for seasonal affective disorder: A network meta-analysis. *Journal of Affective Disorders.* avr 2024;350:531-6. doi:10.1016/j.jad.2024.01.028
26. Sit DK, McGowan J, Wilttrout C, Diler RS, Dills J (Jesse), Luther J, et al. Adjunctive Bright Light Therapy for Bipolar Depression: A Randomized Double-Blind Placebo-Controlled Trial. *AJP.* 1 févr 2018;175(2):131-9. doi:10.1176/appi.ajp.2017.16101200
27. Yorguner Kupeli N, Bulut NS, Carkaxhiu Bulut G, Kurt E, Kora K. Efficacy of bright light therapy in bipolar depression. *Psychiatry Research.* févr 2018;260:432-8. doi:10.1016/j.psychres.2017.12.020
28. Tseng PT, Chen YW, Tu KY, Chung W, Wang HY, Wu CK, et al. Light therapy in the treatment of patients with bipolar depression: A meta-analytic study. *European Neuropsychopharmacology.* juin 2016;26(6):1037-47. doi:10.1016/j.euroneuro.2016.03.001
29. Chojnacka M, Antosik-Wójcińska AZ, Dominiak M, Bzinkowska D, Borzym A, Sokół-Szawłowska M, et al. A sham-controlled randomized trial of adjunctive light therapy for non-seasonal depression. *Journal of Affective Disorders.* oct 2016;203:1-8. doi:10.1016/j.jad.2016.05.062
30. Lam RW, Levitt AJ, Levitan RD, Michalak EE, Cheung AH, Morehouse R, et al. Efficacy of Bright Light Treatment, Fluoxetine, and the Combination in Patients

- With Nonseasonal Major Depressive Disorder: A Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry. 1 janv 2016;73(1):56. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.2235
31. Journal of Sleep Research - 2023 - Chambe - Light therapy in insomnia disorder
A systematic review and meta-analysis.
32. Wang Y, Zhao X, Ren J, Xue S, Liu Y, Zhang L, et al. The effect of light therapy on insomnia: A systematic review and meta-analysis. Sleep Breath. 29 déc 2024;29(1):66. doi:10.1007/s11325-024-03204-z
33. Lam C, Chung MH. Dose–response effects of light therapy on sleepiness and circadian phase shift in shift workers: a meta-analysis and moderator analysis. Sci Rep. 7 juin 2021;11(1):11976. doi:10.1038/s41598-021-89321-1
34. Hannemann J, Laing A, Middleton B, Cridland J, Staels B, Marx N, et al. Light therapy improves diurnal blood pressure control in night shift workers via reduction of catecholamines: the EuRhythDia study. Journal of Hypertension. août 2021;39(8):1678. doi:10.1097/HJH.0000000000002848
35. Cordina-Duverger É. Prévalence du travail de nuit en France : caractérisation à partir d'une matrice d'emplois-exposition.
36. Perera S, Eisen R, Bhatt M, Bhatnagar N, De Souza R, Thabane L, et al. Light therapy for non-seasonal depression: systematic review and meta-analysis. BJPsych open. mars 2016;2(2):116-26. doi:10.1192/bjpo.bp.115.001610
37. Kogan AO, Guilford PM. Side Effects of Short-Term 10,000-Lux Light Therapy. AJP. 1 févr 1998;155(2):293-4. doi:10.1176/ajp.155.2.293
38. Rachid F, Bondolfi G. Luminothérapie et troubles affectifs saisonniers dans la pratique Clinique. Med Hyg. 17 sept 2003;2450:1756-9.

39. Melrose S. Seasonal Affective Disorder: An Overview of Assessment and Treatment Approaches. *Depression Research and Treatment*. 2015;2015:1-6. doi:10.1155/2015/178564
40. Office fédéral de la santé publique OFSP- Liste des moyens et appareils (LiMA). 1^{er} janvier 2026
41. Øverland S, Woicik W, Sikora L, Whittaker K, Heli H, Skjelkvåle FS, et al. A systematic review of the literature.
42. Etude IQVIA pour Les Entreprises du Médicament (Leem). Les Français consomment ils trop de médicaments. 100 Questions Le médicament, secteur stratégique. 2019.
43. Jabri K (DREES/SEEE/BACS). Les dépenses de santé en 2019 > édition 2020 > DREES. 2022.
44. Chardenoux A. Représentations, facteurs limitant et favorisant l'acceptation des antidépresseurs en médecine générale: une étude qualitative auprès de patients ayant initialement refusé un antidépresseur en Haute-Loire.
45. Marqué O. Les #antidépresseurs vus par le prisme des réseaux sociaux. 2024.
46. Blanc JV, Nuss P, Curt F, Bruno N. Adhésion et représentations des antidépresseurs chez des patients hospitalisés pour épisode dépressif majeur. *Eur psychiatr*. nov 2014;29(S3):649-50. doi:10.1016/j.eurpsy.2014.09.019
47. Tanda C. Leviers et freins à l'observance des antidépresseurs. 2020.
48. ANSM [Internet]. [cité 17 mars 2026]. Les médicaments et moi – Focus benzodiazépines. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/page/les-medicaments-et-moi-bub>

49. Van Maanen A, Meijer AM, Van Der Heijden KB, Oort FJ. The effects of light therapy on sleep problems: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*. oct 2016;29:52-62. doi:10.1016/j.smrv.2015.08.009

VII. ANNEXES

1) MAIL DE RECRUTEMENT

Bonjour Madame, Monsieur,

Je vous contacte car je réalise une thèse sur la luminothérapie.

Je suis interne en 6ème semestre de médecine générale, et réalise une thèse qualitative par entretiens semi-dirigés sur la luminothérapie. Mon but est d'explorer la diversité des avis, regards et pratiques des médecins généralistes sur la luminothérapie. Tous les avis sont intéressants, je recherche notamment des praticiens n'ayant que très peu entendu parler de luminothérapie ou ne la connaissant pas.

Merci de votre attention, et à bientôt si cela vous intéresse.

2) GUIDE D'ENTRETIEN

Recueil du consentement des médecins.

Explication de la démarche de la thèse.

Recueil de données sociodémographiques : sexe, âge, département.

1) Si je vous dis « lumineothérapie », qu'est-ce que cela vous évoque ?

Relance si besoin :

Comment s'expose-t-on selon vous à la LT ?

Connaissez-vous des dispositifs ?

Relance fréquence/utilisation : A quelle fréquence utilise-t-on la LT selon vous ?

2) Où avez-vous entendu parler de la LT ?

Relance sur la formation médicale : vous a-t-on parlé de la LT pendant votre formation médicale de 2^{ème} cycle ?

Relance patient/collègue : des patients/collègues ont-ils abordé le sujet de la LT avec vous ?

3) Quels seraient, selon vous, s'ils existent, les mécanismes impliqués dans la LT ?

4) Quelles seraient pour vous, si elles existent, les indications de la LT ?

5) Que pensez-vous de la LT en médecine générale ?

Relance sur les freins : quels sont, selon vous, les freins à la prescription de LT ?

Relance patient : avez-vous eu des retours patients ?

3) LIVRE DE CODES

Thèmes	Sous-thèmes	Codes
Un dispositif identifié au fonctionnement flou	Le dispositif	Lampes ; Lunettes ; Objets du commerce
	Modalités temporelles d'exposition	Exposition le matin ; quotidien ; 15-20 minutes ; 30 minutes ; 15 minutes le matin ; matin ou soir ; pas de dose de charge
	Mécanismes physiologiques impliqués	Cortisol ; sérotonine ; exposition lumineuse ; mélatonine ; pas d'idée sur la physiologie ; apport de lumière ; compense manque soleil ; récepteurs rétiniens ; cycles circadiens
Applications dans les troubles de l'humeur et du sommeil	Place dans les troubles de l'humeur	Thérapeutiques dépression ; épisode dépressif saisonnier ; améliorer la santé ; prescription EDC ; dépression ; effet bénéfique baisse de l'humeur ; effet bénéfique santé
	Place dans les troubles du sommeil	Thérapeutique trouble du sommeil ; décalage de phase ; alternative aux somnifères ; patient trouble du sommeil ; hygiène du sommeil
Lien de causalité entre luminosité-humeur		Baisse de l'humeur en hiver ; période à faible luminosité ; baisse humeur faible luminosité ; besoin de lumière ; effet bénéfique lumière ; saisonnalité baisse humeur ; sensibilité lumineuse personnelle ; angoisse faible luminosité
Sources d'informations		Information cadre privé ; absence information 2 nd cycle ; littérature médicale ; pays nordique ; reportage TV ; magazine ; information pairs ; établissement de santé
Freins à la prescription et à l'utilisation		Frein financier ; besoin de recommandations ; ne connaît pas ; besoin preuve d'efficacité ; questionnaire efficacité ; souhait d'information pratique ; acceptation ; précaution matériel ; attachement remboursement ; observance ; accessibilité

Représentations		Alternative thérapeutique ; innocuité ; intérêt ; facile à mettre en place ; limite de la LT ; favorable
Pratiques		Jamais prescrit ; prise en charge EDC difficile ; conseillé mais pas prescrit ; prescription EDC saisonnières ; thérapeutique trouble bipolaire ;
Perceptions contrastées du médicament	Le médicament au cœur du soin	Symptôme = médicament ; patient cherche effet immédiat ; réticence psychothérapie ; surprescription ; comprimé observance facile ; dissocier symptôme/médication
	Réticence anxiolytique, AD par le patient et le médecin	Réticence AD ; surprescription AX.AD ; réticence AX ; durée AD ; surprescription somnifères

AUTEUR : Nom : SAMADI

Prénom : Mathieu

Date de soutenance : 17/06/2026

Titre de la thèse : Luminothérapie, lumière sur les connaissances, représentations et pratiques des médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais : thèse qualitative par entretiens semi-dirigés.

Thèse - Médecine – Lille 2026

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + FST/option : Médecine Générale

Mots-clés : Luminothérapie ; Médecine générale ; Lumière ; Episode dépressif ; troubles de l'humeur ; troubles du sommeil

Contexte : La luminothérapie est un dispositif déjà connu aux indications nouvelles. Son efficacité a été démontrée dans les épisodes dépressifs et les troubles du sommeil. Il n'existe pas de recommandation officielle pour la prescription de luminothérapie en médecine générale

Objectif : Explorer les représentations, connaissances et pratiques sur la luminothérapie des médecins généraliste du Nord et Pas-de-Calais. Faire émerger les leviers et freins à la prescription et à l'utilisation de la luminothérapie.

Méthode : Etude qualitative exploratoire par entretiens semi-dirigés individuels auprès des médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais. Approche par analyse thématique avec réalisation d'une carte thématique.

Résultats : Quatorze entretiens ont été réalisés pour atteindre la suffisance des données. La luminothérapie était un dispositif identifié au fonctionnement flou. Les représentations étaient dans l'ensemble positives mais pondérées par le besoin de recommandations officielles et validation scientifique. Les pratiques étaient hétérogènes, certains médecins avaient prescrit de la luminothérapie pour la prise en charge d'épisodes dépressifs. Le besoin de protocoles standardisés et le frein financier sont les principaux obstacles à la prescription et à l'utilisation de la luminothérapie. La réticence aux antidépresseurs, la création de protocoles standardisés et le remboursement de la luminothérapie sont les leviers identifiés à son utilisation et sa prescription.

Conclusion : Cette étude a permis d'explorer les représentations, connaissances pratiques des médecins généralistes. Il serait intéressant de réaliser une étude parallèle auprès des patients pour savoir si les freins et leviers perçus sont similaires. De plus, une étude quantitative pourrait être réalisée à partir de ces résultats afin de mesurer et d'approfondir les connaissances sur le sujet.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Ali AMAD

Assesseurs : Monsieur le Docteur Jan BARAN

Directeur de thèse : Madame le Docteur Julie BRANCOURT