

L'essentiel

L'enquête Anadep a été réalisée en amont de la campagne nationale sur la dépression lancée par l'INPES en octobre 2007. L'étude des opinions vise à dresser un panorama des représentations de la dépression en population générale et à analyser leurs relations avec les comportements.

La souffrance liée à la dépression reconnue

Une majorité des enquêtés reconnaissent la souffrance de la personne dépressive ainsi que celle de ses proches. C'est d'autant plus vrai que le niveau de diplôme est élevé ou que la personne interrogée a présenté par le passé un épisode dépressif majeur (EDM). Si « *la dépression est une maladie* » pour 85 % des personnes interrogées, plus de 30 %, paradoxalement, estiment encore que ce trouble est un « *coup de blues passager* », opinion qui est corrélée à un faible niveau de diplôme et au fait d'être un homme.

Les causes de la dépression mal appréhendées

Les représentations sur les causes de la dépression demeurent floues. Ainsi, la moitié considère que « *la dépression, ça vient comme ça, on ne sait pas pourquoi* ». Le trouble psychique est invoqué par 60 % des sujets. Si la dépression a une origine biologique ou physiologique pour la moitié des enquêtés, ils sont 31 % à considérer que « *la dépression est causée uniquement par des événements extérieurs à la personne* ». Cette dernière opinion est d'ailleurs

plus répandue parmi ceux qui ont connu un EDM. Enfin, 16 % considèrent qu'une « *personne dépressive est une personne qui n'a pas de volonté* ».

La souffrance est légitime et la guérison possible

Plus de 90 % partagent l'opinion selon laquelle « *on a le droit d'aller mal* » et une large majorité considère qu'« *avoir une dépression, c'est suffisamment grave pour solliciter l'aide de quelqu'un* ». D'ailleurs peu nombreux sont ceux qui pensent qu'« *il est honteux d'aller chez un psy* ».

Parallèlement, si près de 80 % des personnes interrogées pensent qu'on peut guérir complètement d'une dépression, moins d'un quart considère qu'une « *personne qui fait une dépression peut s'en sortir tout seul* ». Ceux qui pensent ainsi sont plus souvent les hommes et les plus jeunes, ce qui peut contribuer à expliquer la plus faible proportion de recours au soin pour ce motif dans ces populations. Cependant, il semble que la reconnaissance de la souffrance et de la possibilité d'une guérison n'empêchent pas certains d'affirmer que « *les personnes dépressives se complaisent dans leur état* », opinion partagée par 30 % des personnes interrogées.

D'évidentes difficultés à se confier dans le milieu professionnel

Parler de ses problèmes de dépression, dans le milieu du travail ou même à son médecin, paraît risqué pour une bonne partie des enquêtés. Ainsi, ils sont 45 % à juger qu'il est

risqué d'en parler à ses collègues de travail, 39 % à son médecin du travail et même 24 % à son médecin généraliste.

Des représentations sur la dépression toujours hétérogènes

Une typologie effectuée sur l'ensemble des répondants permet de distinguer sept groupes d'individus. Plus de la moitié des individus montrent une certaine empathie et reconnaissent clairement la souffrance liée à la dépression ainsi que la possibilité d'une guérison. Parmi eux, il faut cependant distinguer ceux qui considèrent que les causes sont biologiques de ceux qui y voient plutôt une origine psychologique, plus jeunes et plus diplômés. Environ 13 % des enquêtés se montrent beaucoup plus pessimistes et ne croient pas à la guérison. Ils sont plus nombreux parmi eux à avoir fait un EDM dans l'année.

Néanmoins, près de 20 % des personnes interrogées ont des opinions stigmatisantes sur les personnes dépressives. Il s'agit d'individus appartenant aux classes d'âge extrêmes de l'échantillon (les plus jeunes ou les plus âgés) ou ayant un plus faible niveau d'études. Par ailleurs, une part non négligeable des individus (plus de 10 %) a tendance à ne pas émettre d'avis sur les différentes opinions telles qu'exprimées dans l'enquête. Enfin, quel que soit l'angle envisagé, les femmes semblent avoir des représentations plus affirmées que les hommes, peut-être parce que plus concernées.

Attitudes et opinions vis-à-vis de la dépression

FRANÇOIS BECK

ROMAIN GUIGNARD

ENGUERRAND ROLLAND DU ROSCOAT

XAVIER BRIFFAULT

INTRODUCTION

L'enquête Anadep a été menée en préalable à la campagne d'information sur la dépression lancée par le ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative et l'INPES diffusée en octobre 2007. Elle avait notamment pour objectif de faire le point en amont de cette communication sur les représentations de la population vis-à-vis de cette maladie et sur les distinctions opérées avec la déprime passagère ou le « coup de blues ». Du point de vue des nosographies actuelles, cette distinction se fait à la fois par le type et le nombre de symptômes, leur durée, la souffrance induite et le retentissement sur le fonctionnement dans la vie quotidienne. La définition utilisée dans l'enquête Anadep fait référence au *Diagnostic and Statistical Manual, fourth edition* (DSM-IV) de l'*American Psychiatric Association* [1]. L'épisode dépressif majeur (EDM) ou épisode dépressif caractérisé se traduit ainsi par un sentiment de tristesse inhabituel ou une perte d'intérêt et de plaisir dans tous les domaines sur une période d'au moins

15 jours, tous les jours ou presque, et pratiquement toute la journée. Cet état doit être associé à au moins trois autres symptômes parmi lesquels la perte d'intérêt pour la plupart des choses comme le travail, les loisirs ou les activités qui donnent habituellement du plaisir, l'épuisement ou le manque d'énergie, la prise ou la perte d'au moins cinq kilogrammes sur une période d'un mois, les difficultés pour dormir, les difficultés de concentration, la perte de confiance en soi et les pensées de mort récurrentes. Il doit également être associé à une perturbation des activités, ainsi qu'à un ralentissement ou une agitation — cette dernière dimension n'étant d'ailleurs pas prise en compte dans le CIDI-SF. Cependant, ces critères, nombreux et précis, sont ceux de la communauté scientifique, et les représentations communes de la dépression peuvent bien sûr en être très différentes [2].

La dépression est souvent présentée comme la « maladie du siècle ». L'étude des opinions sur la dépression permet d'appro-

cher les représentations de ce trouble au sein de la population. Le terme de représentation est ici utilisé dans un sens proche de celui que lui donne la psychologie sociale : il s'agit d'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* » [3]. En l'occurrence, il s'agit des représentations des profanes, par opposition à celles des experts ou des professionnels du champ de la santé mentale. Ces représentations profanes ont un rôle pratique dans le sens où elles servent à la fois de cadre cognitif donnant du sens à l'expérience et de guide pour l'action (comment l'idée qu'un individu se fait de la dépression va orienter ses choix de recours aux soins par exemple, ou encore ses réactions et ses attentes face à des personnes atteintes). Elles constituent un type particulier de connaissance, qui a sa logique propre, en général distincte de la logique savante, et qui s'appuie sur une activité discursive : l'individu doit être capable de l'énoncer et de la justifier [4-5].

Une cinquantaine de propositions ont ainsi été soumises à l'opinion des enquêtés,

dans le but de mettre en évidence des profils d'opinions correspondant à des représentations de la dépression structurées et cohérentes, puis d'étudier les principales caractéristiques des sujets présentant ces profils. Si certaines de ces propositions ont été inspirées par un ouvrage sur les idées reçues les plus communes relatives à la dépression [6], la plupart ont émergé lors de la préparation de la campagne, en particulier lors de la phase qualitative préalable à l'étude quantitative (entretiens individuels et focus groupes). Une première série d'items abordait des perceptions assez générales de la dépression et des souffrances qu'elle est susceptible de générer, de ses causes possibles, ainsi que des perspectives de guérison et de la légitimité d'un recours au soin. Une seconde série d'items concernait plutôt les représentations sur les psychothérapies et le recours au soin en général. L'étude de ces dernières et de leurs déterminants fera l'objet d'un travail ultérieur.

L'objectif du travail présenté ici est de caractériser des profils de représentation relatifs à la dépression, en se basant sur les réponses apportées dans cette enquête.

MÉTHODE

L'analyse se base sur les 4 042 individus de l'échantillon d'Anadep qui ont répondu à la version longue du questionnaire (cf. « Méthodologie de l'enquête Anadep », page 19). Les données ont été redressées de façon à être représentatives de la structure par sexe, âge, taille d'agglomération et région de résidence de la population française.

Pour cette étude, 28 propositions issues du questionnaire sur les représentations ont été utilisées. Les modalités de réponses se situaient sur une échelle de type Likert à 4 modalités (*tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt pas d'accord ou pas du tout d'accord*), le nombre pair imposant au répondant d'effec-

tuer un choix entre une appréciation positive ou négative. Les individus ne sachant pas ou ne souhaitant pas se prononcer figurent dans la colonne « Sans réponse » pour les tris à plats et ont été mis à valeur manquante dans les tableaux croisés et les modélisations statistiques, sauf lorsque leur proportion était significative (supérieure à 5 %).

Les propositions se répartissent en trois groupes, chacun relatifs :

- à la perception générale de ce qu'est une dépression et de ses causes ;
- à la guérison ;
- à la légitimité de la dépression et à l'opportunité d'en parler.

Le degré d'accord ou de désaccord global est d'abord décrit par la répartition des réponses selon les modalités.

Ensuite, des tests du Khi^2 et des modèles de régression logistique multivariés sont calculés pour mettre en évidence d'éven-

LES ANALYSES FACTORIELLES ET LES CLASSIFICATIONS

Dans ces analyses, il s'agit de résumer au mieux l'information contenue dans une grande masse de données. Pour les analyses factorielles, la démarche est la suivante : considérons par exemple les 4 042 individus de l'enquête et leurs réponses à p questions (ou variables) concernant la perception de la dépression. Géométriquement, ce tableau correspond à un nuage de 4 042 points situés dans un espace à p dimensions. Puisqu'il est impossible de visualiser graphiquement un tel espace, qui n'est concevable que d'un point de vue mathématique, l'analyse factorielle va prendre en considération la spécificité des variables pour optimiser leur représentation graphique et permettre de réaliser des projections en deux dimensions de cet espace abstrait. Chaque modalité des p variables sera alors représentée par un point. Il est alors possible de visualiser graphiquement les plus fortes relations statistiques qui s'établissent entre les variables considérées [7-10]. Chaque variable participant à la construction de cet espace est appelée « variable active ». On cherche à détecter les directions dans lesquelles le nuage de points s'étire au maximum pour le projeter ensuite dans un plan, en déformant le moins possible la forme initiale du nuage. Par exemple, s'il s'agit de représenter en deux dimensions un ballon de rugby, suivant le plan de projection choisi on aboutira soit à un ovale, soit à un rond : en l'occurrence, l'ovale représente mieux ce ballon que le rond. Techniquement, ces analyses se traduisent par un calcul matriciel considérable. Chacune des directions dans lesquelles le nuage s'étend le plus correspond à une dimension (ou axe), qui est en fait une combinaison linéaire des p variables actives. Une dimension sera interprétée à partir des variables qui dégagent le mieux les individus le long de cet axe (on dit qu'elles ont « une forte contribution à l'axe »). L'interprétation pourra être enrichie à l'aide de variables illustratives, qui ne participent pas à la construction des dimensions mais y sont seulement

projetées. La méthode diffère selon le type de variables utilisées. On parle d'analyse en composantes principales (ACP) si elles sont quantitatives et d'analyse des correspondances multiples (ACM) si elles sont qualitatives ; mais ces 2 méthodes sont bâties sur le même principe. Ce chapitre aura en l'occurrence recours à une ACM.

La classification ascendante hiérarchique (CAH) est la méthode la plus courante de classification. La méthode est très simple : au départ, les n individus constituent n classes « singletons », répartis dans l'espace des variables à p dimensions. À la première étape, les deux individus les plus proches sont réunis. Il reste donc $(n-1)$ classes. Puis, étape par étape, les individus sont regroupés, jusqu'à obtenir ainsi un emboîtement de partitions allant de n classes (avant la première étape) à une seule classe (réunissant tout l'échantillon). Pour avoir les classes les plus homogènes, il faudrait choisir un grand nombre de classes, mais une telle partition ne résumerait pas l'information ; chaque fois que des individus sont réunis, les classes perdent en homogénéité, mais l'analyste gagne en interprétabilité.

La classification permet de compléter l'analyse des correspondances multiples en regroupant successivement les individus par ordre de proximité décroissante. Son objectif est de regrouper les individus en un petit nombre de classes chacune très homogène, mais très différentes les unes des autres. La diversité d'un échantillon se trouve donc réduite à quelques types très contrastés : il s'agit encore d'une technique visant à résumer une grande quantité d'information, afin de mettre en évidence les traits saillants. Pour décrire les caractéristiques de chaque classe, il suffit ensuite de comparer son profil au profil moyen de la population. Par exemple, si une classe donnée est constituée de 80 % d'hommes, alors que ceux-ci ne représentent que la moitié de l'ensemble de l'échantillon, cette classe sera qualifiée de « masculine ».

tuelles associations entre les représentations et les principaux facteurs sociodémographiques mesurés tels que le sexe, l'âge, le niveau de diplôme, le niveau de revenu du foyer et la taille d'agglomération de résidence. L'intensité du lien avec l'épisode dépressif majeur est aussi mesuré, en utilisant une variable en trois modalités : ceux qui ont vécu un EDM dans les 12 derniers mois, et parmi les autres, ceux qui ont déjà vécu un EDM au cours de leur vie et ceux qui n'en ont jamais connu. Les résultats de ces modèles sont exprimés par les odds ratios ajustés (ORa). Dans une certaine mesure, ils permettent aussi d'avoir une indication sur l'intensité relative des associations observées entre les différentes attitudes ou opinions sur la dépression et les facteurs qui y sont associés. Dans ces différents modèles, la variable à expliquer représente le degré d'accord global (tout à fait ou plutôt) à chaque question, par opposition à un désaccord (plutôt pas ou pas du tout). L'utilisation de modèles multivariés permet de s'assurer de l'effet de chaque facteur après avoir contrôlé l'ensemble des autres facteurs d'intérêt. Enfin, des analyses factorielles et de classification sont utilisées pour caracté-

riser une typologie des individus selon leurs profils de réponse (cf. « Les analyses factorielles et les classifications », page 121).

Pour ces analyses complémentaires, les différentes opinions vis-à-vis de la dépression ont été recodées en « d'accord/pas d'accord/NSP ». Six propositions jugées trop difficiles à comprendre pour un public non averti, difficilement interprétables ou équivoques ont été exclues de l'analyse. De même, cinq propositions redondantes ont été écartées après avoir constaté que le coefficient de corrélation entre ces propositions était très élevé comparé aux autres au sein de la matrice de corrélation. Trois propositions ont également été retirées parce qu'elles faisaient l'objet d'un consensus exceptionnellement large. Après cette sélection des opinions les plus pertinentes, une ACM permettant de dégager les principales dimensions du jeu de données, suivie d'une CAH visant à distinguer les individus selon leurs perceptions sur la dépression, ont été conduites sur l'ensemble de ces opinions. Les modalités étaient ventilées si elles ne dépassaient pas 5 % de l'effectif total, ce qui était souvent le cas pour les modalités « NSP ». Au final, ces analyses ont ainsi porté sur 14 items.

RÉSULTATS

QUESTIONS RELATIVES À LA PERCEPTION GÉNÉRALE DE CE QU'EST UNE DÉPRESSION ET DE SES CAUSES

La dépression, une souffrance difficile à décrire pour la personne dépressive et ses proches

La reconnaissance d'une souffrance liée à la dépression fait presque l'unanimité : en effet, plus de 95 % des personnes interrogées se disent d'accord avec l'opinion selon laquelle « une personne qui fait une dépres-

sion souffre », dont près de 80 % « tout à fait d'accord »¹ [tableau I]. Toutes choses égales par ailleurs, c'est-à-dire une fois contrôlés les principaux autres effets dans la régression logistique, celles qui adhèrent le moins à cette opinion sont les personnes de moins de 25 ans et celles âgées de 65 ans et plus. Le fait d'avoir connu un EDM au cours de la vie, mais pas dans les 12 derniers mois, augmente nettement la probabilité d'être

1. Les femmes présentent un taux particulièrement élevé d'avis tranchés en faveur de cette opinion (83 % vs 75 % des hommes, $p < 0,001$).

de cet avis par rapport à ceux qui n'ont jamais eu d'EDM (ORa = 3,3 [1,4; 7,5]). Les personnes ayant un diplôme supérieur ou égal au baccalauréat ont également une probabilité plus élevée de penser qu'une personne qui fait une dépression souffre [tableau II].

Parallèlement, plus de 90 % des sujets considèrent que « *les proches d'une personne dépressive souffrent* » également, dont plus de 60 % se déclarent « *tout à fait d'accord* ». L'adhésion à cette opinion distingue les jeunes adultes, moins en accord, des plus de 24 ans. Elle augmente avec le niveau de diplôme et le niveau de revenu.

Concernant la proposition « *la dépression, il n'y a pas de mots pour en parler, c'est une sensation trop personnelle* », les avis s'avèrent en revanche très partagés (47 % d'accord, 51 % pas d'accord). Le fait d'être une femme,

d'avoir au moins 65 ans, ou d'avoir connu un EDM dans les 12 derniers mois apparaissent associés positivement à cette proposition, alors que le niveau de diplôme l'est négativement. Cependant, il est possible que les résultats (qui sont exceptionnellement bien partagés au regard des autres items) traduisent une ambiguïté dans la question posée. En effet, les individus répondent-ils « oui » au fait qu'il n'y ait pas de mots pour parler de la dépression ou au fait que c'est une sensation personnelle ?

La dépression, une « vraie » maladie ?

D'autre part, « *la dépression est une maladie* » pour 85 % des sujets (62 % se disent « *tout à fait d'accord* »), particulièrement chez les femmes qui, comme c'est souvent le cas

TABEAU I

Perception générale de la dépression et de ses causes (%)

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Sans réponse
Même si on est jeune, on peut être dépressif	81	16	1	2	0
Une personne qui fait une dépression souffre	79	17	1	2	1
Les proches d'une personne dépressive souffrent	63	31	2	3	1
La dépression est une maladie	62	23	7	7	1
La dépression est un problème social	30	36	16	16	3
La dépression ça vient comme ça, on ne sait pas pourquoi	27	22	24	25	2
Une personne dépressive souffre d'un trouble psychique	26	34	17	16	6
La dépression, il n'y a pas de mot pour en parler, c'est une sensation trop personnelle	24	23	23	28	2
La dépression est causée par des aspects biologiques ou physiologiques	17	31	22	17	13
La dépression est causée uniquement par des événements extérieurs à la personne	14	17	32	34	3
La dépression est un coup de blues passager	12	20	27	39	2
Par rapport aux gens qui ont une vraie maladie physique, une personne dépressive ne va pas si mal	10	15	26	47	3
Une personne dépressive est une personne qui n'a pas de volonté	7	9	21	61	2
La dépression est une maladie de femmes	2	6	15	76	1

TABLEAU II

Modèles logistiques sur certaines opinions relatives à la perception de la dépression et de ses causes

	Les proches d'une personne dépressive souffrent			La dépression, il n'y a pas de mot pour en parler, c'est une sensation trop personnelle			La dépression est une maladie	
	%	ORa	IC à 95 %	%	ORa	IC à 95 %	%	ORa
Sexe								
Hommes (référence)	95,1	1		44,1	1		83,5	1
Femmes	94,8	0,9	0,6 ; 1,4	51,0	1,3	1,1 ; 1,5	87,9	1,4
Âge								
15-19 ans (référence)	89,3	1		50,7	1		69,1	1
20-24 ans	92,9	1,0	0,4 ; 2,5	40,4	0,8	0,5 ; 1,2	86,0	2,1
25-34 ans	95,4	1,4	0,6 ; 3,0	47,6	1,0	0,7 ; 1,6	85,4	2,0
35-44 ans	96,3	2,3	1,1 ; 4,7	41,2	0,8	0,5 ; 1,1	85,6	2,2
45-54 ans	95,8	2,1	1,0 ; 4,2	46,1	0,9	0,6 ; 1,3	90,1	3,4
55-64 ans	95,2	2,2	1,0 ; 4,7	50,8	1,0	0,7 ; 1,5	89,2	3,3
65-75 ans	95,9	2,9	1,2 ; 6,6	59,2	1,5	0,9 ; 2,3	87,9	3,0
EDM								
Jamais d'EDM (référence)	94,9	1		46,5	1		85,7	1
EDM au cours de la vie	95,8	1,3	0,8 ; 1,9	48,6	1,1	0,9 ; 1,3	87,1	1,0
EDM dans les 12 derniers mois	93,8	0,9	0,5 ; 1,7	62,5	1,7	1,3 ; 2,3	82,6	0,7
Niveau d'études								
< Baccalauréat (référence)	93,0	1		52,6	1		83,1	1
Baccalauréat	95,3	1,6	1,0 ; 2,7	48,3	0,9	0,7 ; 1,2	86,6	1,4
> Baccalauréat	97,9	3,1	1,7 ; 5,4	39,0	0,7	0,5 ; 0,8	89,7	1,7
Taille d'agglomération								
Commune rurale (référence)	94,5	1		49,9	1		89,1	1
2 000 à 19 999 habitants	92,9	0,8	0,4 ; 1,3	49,8	1,0	0,8 ; 1,3	84,2	0,7
20 000 à 99 999 habitants	95,7	1,3	0,7 ; 2,5	47,1	0,9	0,7 ; 1,2	87,2	0,9
100 000 habitants et +	95,1	1,0	0,6 ; 1,7	48,6	1,0	0,8 ; 1,3	84,8	0,6
Agglomération parisienne	96,7	1,3	0,7 ; 2,6	40,8	0,8	0,6 ; 1,1	82,9	0,5
Niveau de revenu mensuel du foyer								
< 1500 € (référence)	92,2	1		53,2	1		85,1	1
1500 à 3000 €	95,5	1,5	1,0 ; 2,4	48,9	0,9	0,8 ; 1,2	85,4	0,9
> 3000 €	97,8	2,4	1,1 ; 5,0	38,4	0,7	0,6 ; 1,0	89,6	1,3
Manquant	93,6	1,5	0,8 ; 2,8	49,0	0,9	0,6 ; 1,2	81,9	0,9

ORa : odds ratio ajusté sur les variables du modèle.

dans cette enquête, affichent des opinions plus tranchées que les hommes. Le fait d'avoir moins de 20 ans diminue très nettement la probabilité de considérer la dépression comme une maladie, les autres classes d'âge se distinguant relativement peu entre elles. Le fait d'avoir eu un EDM n'apparaît pas lié au fait de considérer la dépression comme une maladie. En revanche, le fait d'être diplômé augmente la probabi-

lité d'adhérer à cette opinion. Enfin, le fait d'habiter une commune rurale apparaît également lié positivement avec l'idée que la dépression est une maladie.

La proposition : « *par rapport aux gens qui ont une vraie maladie physique, une personne dépressive ne va pas si mal* » offre une autre manière d'estimer la perception des individus sur le caractère pathologique de la dépression. Au total, 73 % des individus

IC à 95 %	Par rapport aux gens qui ont une vraie maladie physique, une personne dépressive ne va pas si mal			La dépression est un coup de blues passager			La dépression est causée uniquement par des événements extérieurs à la personne		
	%	ORa	IC à 95 %	%	ORa	IC à 95 %	%	ORa	IC à 95 %
	27,2	1		36,5	1		32,7	1	
1,1 ; 1,9	23,4	0,8	0,6 ; 1,0	29,1	0,7	0,6 ; 0,8	30,8	0,9	0,7 ; 1,1
	26,2	1		34,9	1		28,5	1	
1,2 ; 3,9	26,4	1,4	0,8 ; 2,6	36,7	1,5	0,9 ; 2,6	26,1	1,3	0,7 ; 2,3
1,2 ; 3,2	21,7	1,2	0,7 ; 1,9	29,7	1,3	0,8 ; 2,0	26,8	1,5	0,9 ; 2,4
1,3 ; 3,4	20,8	1,0	0,6 ; 1,6	30,4	1,2	0,8 ; 1,8	28,4	1,3	0,8 ; 2,1
2,1 ; 5,4	21,9	1,0	0,7 ; 1,7	28,7	1,0	0,7 ; 1,6	27,9	1,2	0,8 ; 1,9
2,0 ; 5,4	31,6	1,5	1,0 ; 2,4	40,3	1,6	1,0 ; 2,4	40,8	2,0	1,3 ; 3,0
1,7 ; 5,1	35,3	1,7	1,0 ; 2,7	35,9	1,2	0,8 ; 1,9	48,2	2,7	1,7 ; 4,3
	25,8	1		33,9	1		30,6	1	
0,8 ; 1,3	20,3	0,8	0,6 ; 1,0	26,0	0,7	0,6 ; 0,9	34,3	1,2	1,0 ; 1,5
0,5 ; 1,0	30,0	1,2	0,9 ; 1,7	30,7	0,9	0,7 ; 1,2	43,0	1,7	1,3 ; 2,2
	31,6	1		39,1	1		39,5	1	
0,9 ; 2,0	22,5	0,7	0,5 ; 0,9	33,1	0,8	0,6 ; 1,1	29,8	0,7	0,6 ; 1,0
1,2 ; 2,4	16,5	0,5	0,4 ; 0,6	22,2	0,5	0,4 ; 0,6	20,6	0,4	0,3 ; 0,6
	26,5	1		36,7	1		31,8	1	
0,4 ; 1,0	25,3	0,9	0,7 ; 1,3	31,8	0,8	0,6 ; 1,1	36,5	1,3	0,9 ; 1,7
0,6 ; 1,4	27,2	1,1	0,8 ; 1,5	30,6	0,8	0,5 ; 1,0	32,7	1,1	0,8 ; 1,5
0,4 ; 0,9	24,1	1,0	0,8 ; 1,3	31,4	0,9	0,7 ; 1,1	29,5	1,0	0,8 ; 1,3
0,3 ; 0,8	24,0	1,1	0,8 ; 1,6	32,7	1	0,7 ; 1,5	30,2	1,2	0,9 ; 1,7
	31,8	1		38,9	1		39,0	1	
0,6 ; 1,3	24,5	0,8	0,6 ; 1,0	32,3	0,8	0,6 ; 1,0	30,9	0,8	0,6 ; 1,0
0,8 ; 2,0	17,6	0,6	0,4 ; 0,9	23,8	0,6	0,4 ; 0,8	24,6	0,8	0,6 ; 1,0
0,6 ; 1,4	28,5	0,8	0,6 ; 1,2	37,7	0,9	0,7 ; 1,3	33,2	0,8	0,6 ; 1,1

ne partagent pas cette opinion. Le fait d'être âgé de plus de 60 ans augmente la probabilité d'adhérer à cette opinion par rapport aux autres individus. En revanche, avoir connu un EDM au cours de sa vie mais pas au cours des 12 derniers mois diminue la chance de penser qu'une « *personne dépressive ne va pas si mal* ».

Par ailleurs, plus de 30 % des sujets adhèrent à l'idée selon laquelle « *la dépres-*

sion est un coup de blues passager ». Les facteurs associés à cette opinion apparaissent proches de ceux liés à l'assertion précédente. Le fait d'être une femme, d'avoir présenté un EDM au cours de la vie, mais pas dans les 12 derniers mois, diminue la probabilité de penser que la dépression n'est qu'un « *coup de blues passager* ». Le niveau d'études et le niveau de revenu sont également négativement associés à cette opinion.

La dépression, un trouble « bio-psycho-social » ?

La dépression serait un « *problème social* » pour environ les deux tiers des individus. Cette proposition semble très peu discriminée par les variables étudiées (aucun ORa significatif). Par ailleurs, ceux qui ne considèrent pas la dépression comme une maladie sont plus nombreux à ne pas y voir un problème social non plus ($p < 0,001$).

Les causes de la dépression mal appréhendées

Le trouble psychique (« *Une personne dépressive souffre d'un trouble psychique* ») est invoqué par 60 % des sujets. Les hommes partagent un peu plus souvent cette opinion que les femmes, mais celle-ci apparaît globalement peu discriminée par les variables étudiées (aucun ORa significatif à l'exception de l'agglomération parisienne qui se distingue par une adhésion plus forte à cette opinion). Cette question a cependant reçu un taux relativement important de non réponse (6,2 %), ce qui peut suggérer une incompréhension de la proposition s'étendant également à d'autres individus ayant exprimé un avis. Une certaine prudence s'impose donc dans l'interprétation des réponses.

La question de la « responsabilité personnelle » du sujet dans sa dépression est abordée avec la question du « *manque de volonté* » des personnes dépressives. À ce sujet, seulement 16 % des sujets pensent qu'une « *personne dépressive est une personne qui n'a pas de volonté* ». Cet avis est plus souvent exprimé par les hommes et les habitants de l'agglomération parisienne. Les 15-24 ans sont les moins souvent en accord avec cette assertion, les 65-75 ans le sont le plus. Par ailleurs, un niveau d'études supérieur ou égal au baccalauréat diminue la probabilité d'adhérer à cette opinion.

La moitié des individus pensent que « *la*

dépression, ça vient comme ça, on ne sait pas pourquoi », nettement moins chez les plus jeunes et de plus en plus avec l'âge. Les autres variables apparaissent très peu liées à cette opinion. La cause biologique ou physiologique de la dépression est approuvée par 48 % des sujets, mais là encore, aucun des facteurs étudiés n'apparaît lié. Il se dégage surtout une forte proportion d'individus ne se prononçant pas (13 %) ou choisissant les modalités de réponse les plus nuancées (*plutôt d'accord* ou *plutôt pas d'accord*), ce qui pourrait indiquer que la majorité des personnes n'ont pas d'opinion tranchée sur l'étiologie de la dépression. Au contraire, la proposition selon laquelle « *la dépression est causée uniquement par des événements extérieurs à la personne* », avec 31 % d'individus en accord avec cette proposition, apparaît associée à un plus faible niveau d'études ainsi qu'à un âge plus avancé. Le fait d'avoir présenté un EDM, quelle qu'en soit la période, semble augmenter également la probabilité d'adhérer à cette opinion. Il est donc possible que ces EDM aient été vécus comme réactionnels à de tels « événements extérieurs » par ceux qui se sont trouvés confrontés à un tel épisode. Des événements de vie négatifs (deuil, chômage, séparation) sont en effet des facteurs de risque de dépression. Cependant, l'attribution causale rapportée par le sujet ne préjuge pas de la réalité de cette causalité. Des événements similaires chez d'autres personnes ne mèneraient pas nécessairement à la dépression. Attribuer à des événements externes la responsabilité d'un état interne peut parfois être pour l'acteur de la situation un moyen de protéger l'estime de soi, et fait également partie des visions négatives sur le monde qu'engendre la dépression elle-même.

La dépression n'est pas spécifique à une population

Selon les études épidémiologiques disponibles, un certain nombre de facteurs de

risque de présenter un épisode dépressif ont été mis en évidence. Un résultat particulièrement constant de ces études est la surreprésentation féminine au sein des personnes touchées par la dépression, avec une prévalence environ deux fois supérieure à celle des hommes [11-14]. Mais seulement 5 % des individus considèrent que « *la dépression est une maladie de femmes* », assertion qui pourrait pourtant être soutenue, en première analyse, au vu des seuls résultats épidémiologiques. La tournure, plutôt péjorative, de la question a sans doute pesé sur l'adhésion à une telle assertion. Les femmes ont plus de chance de partager cette opinion, après contrôle des autres variables. Cette opinion est également plus répandue avec l'avancée en âge, croissant continûment de 3,0 % pour les 15-19 ans à 11,5 % pour les 65-75 ans ($p < 0,05$). Par ailleurs, une très large majorité des individus pensent que « *même si on est jeune, on peut être dépressif* » (97 % des sujets), et d'autant plus que l'enquêté a connu un EDM au cours de sa vie.

QUESTIONS RELATIVES À LA GUÉRISON : LA DÉPRESSION, ON PEUT EN GUÉRIR... SI ON SE SOIGNE

Près de 80 % des sujets pensent qu'« *il est possible de guérir complètement d'une dépression* » [tableau III]. Ce résultat est plutôt en faveur d'une conceptualisation de la dépres-

sion comme un trouble isolé, une maladie transitoire dont on guérit, et non comme un trouble de la personnalité, voire un tempérament permanent de l'individu. On peut également supposer que ces personnes en accord avec la possibilité de guérir ont plus confiance en l'efficacité des traitements disponibles.

Un niveau élevé de revenu apparaît associé à l'idée que la dépression n'est pas incurable [tableau IV]. Les femmes et les 15-19 ans soutiennent moins cette idée, ainsi que les personnes ayant fait un EDM dans les 12 derniers mois (ORa = 0,6 comparé aux autres individus). Il est vraisemblable que pour ces derniers, la proximité de l'EDM qu'ils ont eux-mêmes vécu et de ses retentissements les incite à une certaine prudence dans leurs réponses, et ce d'autant plus s'ils y sont encore confrontés. On peut également penser que le pessimisme (sur soi, sur l'avenir, sur le monde) constitutif de la dépression elle-même peut influencer sur ces points de vue [15].

Cependant, seulement 24 % des sujets sont en accord avec la proposition selon laquelle « *une personne qui fait une dépression peut s'en sortir toute seule* ». Les hommes et les 15-19 ans partagent plus souvent cet avis ; cela peut contribuer à expliquer que la proportion de recours au soin pour motif de dépression dans ces populations est particulièrement faible (cf. « Recours aux soins pour raisons de santé mentale »,

TABLEAU III

Perceptions sur les perspectives de guérison (%)

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Sans réponse
Pour guérir de la dépression, il faut en connaître les causes	66	28	3	3	1
Il est possible de guérir complètement d'une dépression	51	28	13	5	3
Une personne qui fait une dépression peut s'en sortir toute seule	11	13	32	42	2

TABLEAU IV

Modèle logistique sur la proposition « Il est possible de guérir complètement d'une dépression »

	%	ORa	IC à 95 %
Sexe			
Hommes (référence)	83,3	1	
Femmes	78,7	0,8	0,6; 0,9
Âge			
15-19 ans (référence)	72,3	1	
20-24 ans	82,1	1,5	0,8; 2,6
25-34 ans	83,4	1,7	1,0; 2,8
35-44 ans	81,4	1,5	0,9; 2,4
45-54 ans	80,9	1,5	1,0; 2,4
55-64 ans	79,6	1,5	0,9; 2,4
65-75 ans	83,5	2,0	1,2; 3,3
EDM			
Jamais d'EDM (référence)	81,6	1	
EDM au cours de la vie	81,2	1,0	0,8; 1,2
EDM dans les 12 derniers mois	69,9	0,6	0,4; 0,8
Niveau d'études			
< Baccalauréat (référence)	77,4	1	
Baccalauréat	85,7	1,6	1,2; 2,3
> Baccalauréat	84,0	1,2	0,9; 1,6
Taille d'agglomération			
Commune rurale (référence)	79,2	1	
2 000 à 19 999 habitants	77,9	1,0	0,7; 1,4
20 000 à 99 999 habitants	80,9	1,1	0,8; 1,7
100 000 habitants et +	80,6	1,0	0,8; 1,4
Agglomération parisienne	87,1	1,6	1,1; 2,3
Niveau de revenu mensuel du foyer			
< 1500 € (référence)	79,5	1	
1500 à 3000 €	79,9	0,9	0,7; 1,2
> 3000 €	87,9	1,5	1,1; 2,2
Manquant	75,9	0,9	0,6; 1,2

page 85; [16]). Le fait d'avoir présenté un EDM au cours de l'année augmente également la probabilité d'adhérer à cette opinion, ce qui laisse supposer que les personnes ayant présenté ces épisodes ont pu en proportion significative s'en sortir seules. Ce lien dépend cependant de la sévérité de la dépression puisqu'ils sont 30,0 % parmi les EDM légers ou moyens à estimer qu'on peut se sortir tout seul d'une dépression contre seulement 23,9 % de ceux ayant eu un EDM sévère ($p < 0,05$),

pourcentage proche de ceux n'ayant jamais eu d'EDM (24,4 %). Ce résultat peut par ailleurs être considéré comme cohérent avec les proportions de rémissions spontanées des épisodes dépressifs, qui sont élevées [11]. Sur cette opinion, ainsi que sur la précédente, les habitants de l'agglomération parisienne se distinguent des autres individus en affichant une croyance plus forte en la possibilité de guérison, ainsi qu'en l'idée qu'elle peut survenir sans aide extérieure.

QUESTIONS RELATIVES À LA LÉGITIMITÉ DE LA DÉPRESSION ET L'OPPORTUNITÉ D'EN PARLER

La dépression, il faut en parler à un psy, mais il ne faut pas s'y « complaire »

La question de la légitimité de la dépression a également fait l'objet de plusieurs items. Une part non négligeable de la population (près de 30 %) pense que « *les personnes dépressives se complaisent dans leur état* » [tableau V], la proportion étant même de 34,9 % parmi ceux ayant connu un EDM dans l'année². Le fait d'avoir obtenu un diplôme supérieur ou égal au baccalauréat diminue ce sentiment (ORa = 0,6).

Pendant, une forte majorité des individus (93 %) partage l'opinion générale selon laquelle « *on a le droit d'aller mal, de ressentir des choses négatives* ». Certains

facteurs sociodémographiques observés apparaissent fortement liés à cette opinion [tableau VI]. Le fait d'être une femme ou d'avoir eu un EDM au cours de la vie est fortement lié à une telle opinion (ORa > 2). Au contraire, le fait d'avoir un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat ou un niveau de revenu inférieur à 1 500 euros diminue la probabilité d'être en accord avec cette assertion. On note également une tendance décroissante avec l'âge ($p < 0,05$), c'est-à-dire que cette opinion est de moins en moins partagée quand l'âge augmente. Parallèlement, 62 % des sujets pensent que « *faire une dépression, c'est culpabilisant* », opinion associée au fait d'avoir déjà eu un EDM, à un niveau d'études supérieur au baccalauréat et à un niveau de revenu supérieur à 1 500 euros.

2. Les pourcentages sont similaires selon que l'EDM est actuel à la date de l'entretien ou non.

TABLEAU V

Opinions sur la légitimité de la dépression et l'opportunité d'en parler (%)

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Sans réponse
On a le droit d'aller mal, de ressentir des choses négatives	72	21	3	4	1
Avoir des problèmes de dépression c'est suffisamment grave pour solliciter l'aide de quelqu'un	64	27	4	5	1
Faire une dépression c'est culpabilisant	30	33	13	23	3
Si on est dépressif, il est risqué d'en parler au médecin du travail	18	21	21	36	3
Quand on fait une dépression, il est risqué d'en parler à ses collègues de travail	18	27	25	26	4
Si on est dépressif, il est risqué d'en parler à son médecin généraliste ou à son médecin de famille	15	9	14	62	1
Les personnes dépressives se complaisent dans leur état	10	19	27	40	4
Aller voir un « psy » c'est du luxe	10	15	23	50	2
Il est honteux de parler de ses problèmes « psy » à un professionnel	8	7	15	70	1
Il est honteux d'aller chez un « psy »	4	5	14	77	0
Quand on va voir un « psy » c'est qu'on est fou	1	2	9	88	0

TABLEAU VI

Modèles logistiques sur certaines opinions relatives à la légitimité de la dépression et à l'opportunité d'en parler

	On a le droit d'aller mal, de ressentir des choses négatives			Faire une dépression, c'est culpabilisant		
	%	ORa	IC à 95 %	%	ORa	IC à 95 %
Sexe						
Hommes (référence)	91,3	1		63,4	1	
Femmes	95,9	2,3	1,6; 3,4	64,7	1	0,9; 1,3
Âge						
15-19 ans (référence)	96,2	1		60,7	1	
20-24 ans	97,0	0,8	0,2; 2,8	64,9	1,0	0,6; 1,6
25-34 ans	96,0	0,4	0,2; 1,3	68,0	0,9	0,6; 1,5
35-44 ans	95,4	0,5	0,2; 1,3	64,3	0,8	0,6; 1,3
45-54 ans	93,7	0,3	0,1; 0,9	66,0	0,9	0,6; 1,4
55-64 ans	88,5	0,2	0,1; 0,5	60,2	0,8	0,5; 1,2
65-75 ans	88,0	0,2	0,1; 0,6	60,1	0,8	0,5; 1,3
EDM						
Jamais d'EDM (référence)	92,9	1		62,7	1	
EDM au cours de la vie	97,0	2,4	1,5; 3,7	70,9	1,5	1,2; 1,8
EDM dans les 12 derniers mois	96,4	2,1	1,0; 4,1	69,0	1,4	1,0; 1,8
Niveau d'études						
< Baccalauréat (référence)	90,3	1		60,4	1	
Baccalauréat	97,7	3,0	1,6; 5,9	62,0	1,0	0,8; 1,4
> Baccalauréat	96,8	2,2	1,3; 3,8	71,1	1,6	1,2; 2,0
Taille d'agglomération						
Commune rurale (référence)	91,4	1		66,6	1	
2 000 à 19 999 habitants	94,4	1,5	0,9; 2,6	66,4	1,0	0,8; 1,3
20 000 à 99 999 habitants	93,4	1,2	0,6; 2,3	67,3	1,0	0,8; 1,4
100 000 habitants et +	96,0	1,8	1,1; 3,0	59,6	0,7	0,5; 0,9
Agglomération parisienne	92,2	0,6	0,3; 1,1	63,2	0,7	0,5; 1,0
Niveau de revenu du foyer						
< 1500 € (référence)	90,5	1		59,4	1	
1500 à 3000 €	93,9	1,7	1,1; 2,7	66,8	1,3	1,0; 1,6
> 3000 €	97,6	4,0	2,0; 8,1	68,6	1,3	1,0; 1,8
Manquant	91,7	1,1	0,7; 1,9	57,1	0,9	0,7; 1,2

Par ailleurs, les niveaux d'études et de revenu sont fortement associés à la légitimité et à la nécessité du recours à une aide extérieure, même si en l'occurrence plus de 90 % des individus approuvent l'opinion selon laquelle « avoir des problèmes de dépression c'est suffisamment grave pour solliciter l'aide de quelqu'un ». Concernant la légitimité du recours à un professionnel, il faut d'abord souligner que le recours à un

« psy » n'est que très rarement associé à la folie (pour moins de 3 % des sujets) et que moins de 15 % des individus pensent qu'« il est honteux de parler de ses problèmes psy à un professionnel » ou qu'« il est honteux d'aller chez un psy ». De telles opinions sont associées à un niveau de revenu du ménage inférieur à 1500 euros.

La plupart des personnes interrogées désapprouvent la proposition selon laquelle

Quand on fait une dépression, il est risqué d'en parler à ses collègues de travail			Si on est dépressif, il est risqué d'en parler au médecin du travail			Si on est dépressif, il est risqué d'en parler à son médecin généraliste ou son médecin de famille		
%	ORa	IC à 95 %	%	ORa	IC à 95 %	%	ORa	IC à 95 %
45,6	1		39,6	1		24,0	1	
48,3	1,1	0,9; 1,3	42,1	1,1	0,9; 1,3	23,8	0,9	0,8; 1,2
34,2	1		39,4	1		21,6	1	
46,2	1,4	0,8; 2,3	40,2	1,2	0,7; 1,9	16,1	1,2	0,6; 2,4
51,1	1,6	1,1; 2,5	35,5	0,9	0,6; 1,4	13,6	1,2	0,7; 2,0
46,3	1,4	0,9; 2,2	32,7	0,8	0,5; 1,2	19,6	1,6	0,9; 2,6
49,4	1,7	1,1; 2,5	40,1	1,1	0,7; 1,7	23,9	1,8	1,1; 2,9
44,9	1,5	1,0; 2,3	47,4	1,4	0,9; 2,1	33,0	2,5	1,5; 3,9
49,7	1,8	1,2; 2,8	58,5	2,2	1,4; 3,4	44,1	3,6	2,3; 5,9
45,5	1		40,4	1		24,1	1	
52,5	1,3	1,1; 1,6	39,4	1,0	0,8; 1,2	21,9	0,9	0,7; 1,1
57,5	1,6	1,2; 2,2	52,1	1,5	1,1; 2,0	26,7	1,0	0,7; 1,4
42,7	1		46,3	1		34,3	1	
44,1	1,1	0,8; 1,4	33,7	0,7	0,5; 0,9	14,8	0,5	0,3; 0,6
55,8	1,7	1,3; 2,1	36,1	0,8	0,7; 1,0	12,1	0,4	0,3; 0,5
43,6	1		43,1	1		29,8	1	
43,6	1,0	0,8; 1,3	41,0	0,9	0,7; 1,2	24,4	0,7	0,5; 1,0
53,6	1,5	1,1; 2,0	41,9	1,0	0,7; 1,3	24,6	0,8	0,6; 1,1
47,1	1,1	0,8; 1,4	38,8	0,9	0,7; 1,1	20,5	0,7	0,5; 0,9
49,8	1,2	0,9; 1,6	40,4	1,0	0,8; 1,4	19,6	0,8	0,6; 1,2
46,9	1		46,4	1		35,1	1	
46,1	0,9	0,7; 1,1	41,4	0,9	0,7; 1,2	19,5	0,5	0,4; 0,7
50,2	0,9	0,7; 1,2	31,9	0,7	0,5; 0,9	12,6	0,4	0,3; 0,6
44,5	1,0	0,7; 1,4	43,9	0,9	0,7; 1,3	34,8	1,1	0,8; 1,5

« aller voir un psy, c'est du luxe » (73 %). Cette opinion s'avère toutefois associée au sexe masculin, au fait d'habiter en région parisienne, à un niveau de revenu faible et à l'expérience d'EDM. Il faut souligner une certaine ambiguïté dans cette question : le luxe peut en effet être entendu comme faisant référence à ce qui est superflu, mais aussi à ce qui est onéreux, lié aux conditions tarifaires existantes.

La dépression, ça peut être risqué d'en parler... même à un médecin

Trois items du questionnaire étaient destinés à évaluer le risque perçu lié au fait de parler de sa dépression : dans le milieu de travail (auprès de ses collègues et auprès du médecin du travail) ou auprès de son médecin généraliste. La proximité de l'environnement de travail apparaît comme un frein à la déclai-

ration d'une dépression : en effet, il apparaît plus risqué de parler de ses problèmes de dépression à ses collègues de travail, mais aussi – bien que dans une moindre mesure – à son médecin du travail, qu'à son médecin généraliste. Les craintes envers ce dernier demeurent cependant importantes, puisque près d'un quart des personnes interrogées considèrent que « *si on est dépressif, il est risqué d'en parler à son médecin de famille* ».

Le fait que les jeunes de 15 à 19 ans se démarquent par leur désaccord à propos du risque lié au fait de parler de sa dépression à ses collègues de travail peut aisément s'expliquer par le fait qu'ils ne sont, pour la plupart, pas encore entrés dans le monde du travail. En revanche, le fait d'être âgé de 65 ans ou plus augmente la probabilité de percevoir un risque lié à la déclaration de sa dépression à un médecin, que ce soit un médecin du travail ou son médecin de famille. Si la méfiance et la réticence à évoquer des sujets intimes sont des caractéristiques plutôt plus présentes chez les personnes les plus âgées [17-18], on peut également faire l'hypothèse qu'il y a là une crainte de se voir déclaré sénile. Le fait d'habiter une commune rurale augmente également le risque perçu lié à la déclaration de sa dépression à son médecin généraliste, probablement en lien avec une certaine crainte de la divulgation de cette information au sein du voisinage. Il est également intéressant de noter qu'un niveau de diplôme plus élevé conduit à une crainte plus importante vis-à-vis de ses collègues de travail, mais moins importante vis-à-vis d'un médecin généraliste. Un revenu plus élevé est également associé à une moindre crainte de déclaration au médecin du travail ou à son médecin généraliste.

ANALYSE FACTORIELLE

De l'analyse des correspondances multiples se dégagent 3 axes ou facteurs qui couvrent 28 % de l'inertie totale du nuage de points, ce qui est plutôt peu.

Le premier axe correspond à l'opportunité de parler de la dépression à un médecin. Les individus qui pensent qu'il est risqué ou honteux de parler de leurs problèmes psychologiques à un professionnel sont aussi plus enclins à considérer que la dépression est un « *coup de blues passager* ». Ces personnes, qui affichent à la fois un certain rejet et une forme de déni de la dépression en tant que pathologie, pensent plus souvent qu'une personne dépressive n'a pas de volonté, que la dépression est une « *maladie de femmes* » et qu'elle est causée uniquement par des événements extérieurs à la personne. Il s'agit plus souvent d'hommes, d'individus ayant un niveau d'études inférieur au baccalauréat, ayant un revenu inférieur à 1 500 euros par mois ou n'ayant pas déclaré de revenu, de personnes de 55 ans ou plus, d'individus habitant dans une commune rurale et de sujets n'ayant jamais consulté de « psy » pour des problèmes de santé mentale. Pour eux, la dépression représente une faiblesse dont il est difficile, voire illégitime, de faire l'aveu.

L'axe 2 correspond au fait de considérer la dépression comme une maladie. Ceux qui ne considèrent pas la dépression comme une maladie ont plus tendance à nier la souffrance des proches de la personne dépressive et à rejeter l'hypothèse de causes biologiques ou physiologiques. Il s'agit plus souvent d'hommes, de sujets se sentant mal informés sur la dépression, et ce sont plutôt des individus de moins de 25 ans. À l'inverse, ceux qui déclarent avoir pris des antidépresseurs considèrent plus souvent la dépression comme une maladie.

L'axe 3 correspond aux perspectives de guérison. Il oppose ceux qui pensent qu'il n'est pas possible de guérir complètement d'une dépression à ceux qui pensent qu'une personne dépressive peut s'en sortir toute seule. Il semble donc que, dans l'esprit des interviewés, cette deuxième assertion soit en partie liée aux possibilités de guérison d'une personne dépressive au-delà de la nécessité

d'une aide extérieure. Le fait de penser qu'on n'a pas le droit d'aller mal et de ressentir des choses négatives est également associé au scepticisme envers les chances de guérison. Cette représentation est plus partagée par les sujets ayant un diplôme de niveau inférieur au baccalauréat. Ceux qui ont fait une dépression au cours de leur vie, mais pas dans les 12 derniers mois, pensent plus souvent qu'une personne dépressive peut s'en sortir. Cette opinion est également de plus en plus répandue lorsque le niveau de revenu du ménage augmente.

CLASSIFICATION ASCENDANTE HIÉRARCHIQUE

Une classification ascendante hiérarchique issue de l'analyse des correspondances multiples a ensuite été réalisée sur les 10 premiers facteurs de l'ACM, qui recouvrent environ 75 % de l'inertie. Ce choix résulte d'un compromis entre une typologie réalisée sur l'ensemble des dimensions du nuage

de points qui offre une vision complète de l'information, mais fait intervenir des fluctuations aléatoires ou « bruit statistique », et une typologie effectuée sur un point de vue trop résumé des données qui ne correspondrait qu'aux premiers axes. Elle a permis d'établir une typologie des individus en 7 classes. Le **tableau VII** montre les principales opinions caractéristiques de chacune des classes et les variables illustratives associées (en italique). Toutes les variables présentées distinguent très significativement la classe ($p < 0,001$) du reste de l'échantillon. Les classes sont qualifiées en fonction de leurs caractéristiques les plus saillantes.

Classe 1 : les « psychologisants bienveillants »

Cette classe représente un quart des individus (25,3 %). Aucun des individus qui la composent ne reconnaît de causes biologiques ou physiologiques à la dépression. Ce sont des individus qui, plus que la moyenne,

TABLEAU VII

Typologie des opinions relatives à la dépression

Modalités des variables	%	% de la modalité dans la classe	% de la modalité dans l'échantillon
Classe 1 : les « psychologisants bienveillants »	25,3		
Pas de causes biologiques ou physiologiques		99,6	39,0
Possibilité de guérir complètement		98,7	78,9
Pas une maladie de femmes		99,6	91,1
On a le droit d'aller mal		99,8	93,2
Souffrance de l'entourage		100,0	94,1
<i>Niveau d'études > Baccalauréat</i>		39,8	31,5
<i>20-44 ans</i>		56,9	47,0
<i>Niveau de revenu 1500-3000 €</i>		44,2	39,2
Classe 2 : les « biologisants bienveillants »	31,8		
Causes biologiques ou physiologiques		100,0	47,9
Possibilité de guérir complètement		99,4	78,9
On a le droit d'aller mal		100,0	93,2
Pas une maladie de femmes		98,8	91,1
Souffrance de l'entourage		99,4	94,1
<i>Niveau d'études=Baccalauréat</i>		22,6	17,7
<i>Sentiment d'être bien informé</i>		54,4	48,1
<i>Niveau de revenu > 3000 €</i>		27,1	22,3

TABLEAU VII (SUITE)

Modalités des variables	%	% de la modalité dans la classe	% de la modalité dans l'échantillon
Classe 3 : les « pessimistes résignés »	13,4		
Impossible de guérir complètement		96,7	18,5
On a le droit d'aller mal		98,5	91,1
<i>15-19 ans</i>		14,1	8,8
<i>Femmes</i>		58,9	50,8
<i>EDM dans les 12 derniers mois</i>		8,0	5,0
<i>Sentiment d'être mal informé</i>		56,9	50,7
Classe 4 : « une maladie de femmes »	7,3		
Maladie de femmes		91,8	7,8
Causes extérieures à la personne uniquement		54,0	30,8
<i>Niveau d'études < Baccalauréat</i>		60,1	50,6
<i>Femmes</i>		59,9	50,8
<i>65-75 ans</i>		19,3	13,0
Classe 5 : les « indécis »	11,1		
NSP Causes biologiques ou physiologiques		100,0	13,1
<i>45-75 ans</i>		62,4	44,2
<i>Niveau de revenu manquant</i>		21,0	14,8
<i>Niveau d'études < Baccalauréat</i>		58,6	50,6
Classe 6 : les « stigmatisés »	6,1		
On n'a pas le droit d'aller mal		90,3	6,4
Risqué d'en parler à son médecin		55,4	23,7
Manque de volonté		38,6	16,2
<i>Niveau d'études < Baccalauréat</i>		75,9	50,6
<i>Hommes</i>		69,9	49,2
<i>65-75 ans</i>		45,5	25,1
<i>Jamais vu de « psy »</i>		93,9	85,5
<i>Niveau de revenu < 1500 €</i>		34,1	23,6
<i>Jamais eu d'EDM</i>		90,5	82,2
<i>Commune rurale</i>		33,5	24,0
<i>Jamais suivi de psychothérapie</i>		97,6	92,8
Classe 7 : les « dénégateurs »	5,1		
Pas de souffrance de l'entourage		92,9	5,0
Pas une maladie		35,2	14,2
<i>Niveau d'études < Baccalauréat</i>		69,0	50,6
<i>15-19 ans</i>		19,3	8,8
<i>Niveau de revenu < 1500 €</i>		35,3	23,6
<i>Commune 2000-19999 habitants</i>		24,6	16,8

NB : les variables illustratives sont en italique.

pensent qu'« on a le droit d'aller mal et de ressentir des choses négatives », que ce n'est pas une « maladie de femmes » et que « les proches d'une personne dépressive souffrent ». Même si la souffrance morale leur apparaît légitime, ils n'associent donc pas totalement la dépression à une pathologie, biolo-

gique, comme les autres. D'ailleurs, ils sont légèrement plus nombreux que l'ensemble de l'échantillon à ne pas considérer la dépression comme une maladie (16,0 % versus 14,2 %, $p < 0,01$). Pourtant, ils sont quasiment tous en accord avec le fait qu'il soit « possible de guérir complètement d'une

dépression». Ils ne perçoivent donc pas non plus la dépression comme un tempérament, un trait de personnalité. Ces personnes sont plus souvent des jeunes adultes (âgés de 20 à 44 ans), avec un niveau d'études supérieur au baccalauréat, ainsi qu'un revenu mensuel du foyer situé entre 1 500 et 3 000 euros. On remarquera que ces caractéristiques sont aussi celles des personnes qui ont le plus recours à la psychothérapie [19]. Pour cette catégorie, la dépression est plus probablement associée à «la névrose» qu'à «la sérotonine».

Classe 2 : les «biologistes bienveillants»

Cette classe, qui regroupe 31,8 % des individus, se distingue de la première par le fait que des causes biologiques ou physiologiques sont invoquées par tous ses membres pour expliquer la dépression. Ces individus sont plus enclins à reconnaître que la dépression est une maladie (90,6 % contre 85,1 %, $p < 0,001$). Il s'agit plus souvent d'individus de niveau baccalauréat, avec un revenu supérieur à 3 000 euros, qui partagent le sentiment d'être bien informés sur la dépression. Cette classe correspond à une population plutôt plus âgée et moins éduquée que la précédente, qui accorde plus d'importance aux facteurs biologiques qu'aux facteurs psychologiques de la dépression, et s'inscrit plus dans l'orientation actuellement dominante des discours scientifiques et médicaux sur la dépression, qui la présentent comme une maladie, la «maladie» étant plus associée dans les représentations sociales actuelles à une problématique somatique qu'à une problématique psychologique.

Classe 3 : les «pessimistes résignés»

La classe 3 (13,4 % des individus) est caractérisée par une grande majorité d'indi-

vidus opposés à l'idée qu'on puisse guérir de la dépression (96,7 % contre 18,5 % en moyenne), qui revendiquent tous le droit à «*aller mal*». Il s'agit plus souvent de femmes ou de personnes âgées de 15 à 19 ans. Ils sont plus nombreux à avoir vécu un EDM dans les 12 derniers mois et se disent plus souvent mal informés sur la dépression. On pourrait voir dans les opinions de cette catégorie les effets de la dépression elle-même, et de la vision négative qu'elle engendre sur le pronostic, sur le niveau d'information, et sur l'exigence «d'être compris et accepté» dans son état.

Classe 4 : «une maladie de femmes»

La classe 4 (7,3 % des individus) se distingue par une part très importante d'individus affirmant que «*la dépression est une maladie de femmes*» (91,8 % contre 7,8 % en moyenne). Les sujets appartenant à cette classe pensent également plus souvent que «*la dépression est causée uniquement par des événements extérieurs à la personne*». Il pourrait s'agir d'individus pour qui faire une dépression est un signe de faiblesse face aux événements de la vie, les femmes étant pour eux le sexe «faible». Il s'agit d'ailleurs plus souvent de femmes, de personnes âgées de 65 ans ou plus et d'individus ayant un niveau d'études inférieur au baccalauréat.

Classe 5 : les «indécis»

Les individus de la classe 5 (11,1 % des sujets) sont les indécis. Ils ne se prononcent pas sur la proposition relative aux causes biologiques ou physiologiques de la dépression. Ils sont d'ailleurs plus nombreux que l'ensemble de l'échantillon à ne pas émettre d'avis sur la plupart des propositions. Il s'agit plus souvent d'individus de 45 ans ou plus, d'individus n'ayant pas le baccalauréat ou n'ayant pas déclaré de revenu (21,0 %

contre 14,8 % dans l'ensemble). Ce profil est assez classique dans les enquêtes d'opinions. On peut toutefois noter ici que cette classe est assez importante en effectif (plus d'un enquêté sur dix).

Classe 6 : les « stigmatisateurs »

La classe 6 (6,1 % des individus) regroupe les individus qui ne reconnaissent pas de légitimité à la dépression. Pour eux plus que pour les autres, on n'a pas « le droit d'aller mal » (90,3 % contre 6,4 % dans l'ensemble) et « une personne dépressive est une personne qui n'a pas de volonté ». D'autre part, ils sont plus nombreux à penser qu'il est risqué de parler de sa dépression à son médecin généraliste. Cette dernière opinion est caractéristique du milieu rural. En effet, les individus de cette classe habitent plus souvent dans des communes de moins de 2 000 habitants

(33,5 % contre 24,0 % dans l'ensemble de l'échantillon). Il s'agit également plus souvent d'hommes, d'individus âgés de 55 ans ou plus, de personnes ayant un niveau d'études inférieur au baccalauréat ou un niveau de revenu inférieur à 1 500 euros. Cette classe contient moins d'individus ayant eu un EDM au cours de leur vie.

Classe 7 : les « dénégateurs »

Les sujets de la classe 7 (5,1 % des individus) rejettent plus souvent le caractère pathologique de la dépression et surtout la souffrance endurée par les proches d'une personne dépressive (92,9 % contre 5,0 % dans l'ensemble de l'échantillon). Il s'agit plus souvent de jeunes de moins de 20 ans, de sujets ayant un niveau d'études inférieur au baccalauréat ou un niveau de revenu inférieur à 1 500 euros par mois.

DISCUSSION, SYNTHÈSE ET LIMITES

Il convient d'emblée de rappeler qu'une enquête par questionnaire fermé empêche les personnes interrogées de verbaliser leurs opinions selon des modalités d'énonciation respectant l'organisation spécifique de celles-ci et le lexique utilisé pour les décrire. Toutefois, lorsque les questions posées abordent des thèmes dont le chercheur suppose qu'ils ont une pertinence pour les enquêtés, il devient alors possible d'explorer leurs représentations, au moyen notamment d'analyses multivariées telles que celles qui ont été présentées. Celles-ci permettent en particulier d'en étudier la cohérence, en observant comment s'agencent les réponses aux divers thèmes abordés.

Les représentations qui se dégagent de l'enquête sont celles de la dépression comme une pathologie générant de la souffrance, pour celui qui la subit mais aussi pour ses proches, ce sentiment étant

partagé par la quasi-totalité de l'échantillon. Seule une minorité (14 %) considère que la dépression n'est pas une maladie. Pour autant, presque trois personnes sur dix estiment que les dépressifs se complaisent dans leur état. Précisons toutefois que la question de la maladie est malaisée à analyser seule : ceux qui se disent en désaccord peuvent soit appréhender la dépression d'une autre manière, soit rejeter la gravité de la dépression, gravité connotée par le terme de « maladie », considérant qu'il n'y a pas lieu « d'en faire une maladie ». Les conceptualisations alternatives à la dépression-maladie socialement disponibles sont par exemple la dépression « trouble existentiel » (conception privilégiée par certains psychothérapeutes), la dépression conçue non pas comme une maladie autonome, mais comme le symptôme d'un mécanisme psychopathologique dynamique (concep-

tion privilégiée par certains psychanalystes), la dépression « mécanisme d'ajustement adaptatif » (conception privilégiée par la psychologie évolutionniste), la dépression « conséquence de difficultés sociales » (conception privilégiée par certains sociologues). C'est précisément l'intérêt d'opérer une typologie qui illustre les opinions de groupes cohérents par rapport à plusieurs dimensions.

Les individus les plus âgés sont les plus nombreux à minimiser la souffrance induite par la dépression par rapport à la souffrance physique. Ceci peut être dû au fait que la référence à la souffrance physique trouve un écho plus fort dans cette population qui la subit plus fréquemment que les plus jeunes, mais peut aussi illustrer une sensibilisation plus importante des classes d'âges plus jeunes à l'importance et à la gravité des problématiques de santé mentale, importance qui a été de plus en plus soulignée au cours de la dernière décennie [20]. On peut également évoquer un effet de génération, les plus de 65 ans ayant « connu la guerre » ou ses conséquences, et pouvant de ce fait relativiser ce qu'elles considèrent comme peu de choses au regard de certains drames qu'elles ont connus.

Les causes de la dépression restent pour leur part mal connues par la population. Ainsi, si la moitié des individus considère que la dépression est causée par des aspects biologiques ou physiologiques, ils sont autant à dire ne pas connaître réellement l'origine de la dépression et 30 % à estimer que les causes sont uniquement extérieures à la personne. Les représentations sur les causes de la dépression semblent donc globalement hétérogènes. Il est cependant encourageant de constater que seule une minorité (16 %) d'individus associe la dépression à un manque de volonté, et que très peu de sujets considèrent la dépression comme une « *maladie de femmes* ». À titre de comparaison, dans une étude réalisée

en population générale au Canada en 2006, 43 % des participants considéraient la faiblesse de caractère comme un facteur de risque de la dépression, le pourcentage atteignant 73 % pour les facteurs génétiques [21].

La grande majorité des individus (80 %) considère également qu'il est possible de guérir complètement d'une dépression. Ce chiffre apparaît légèrement supérieur à celui observé dans l'enquête sur la perception des problèmes de santé mentale en population générale (SMPG) menée entre 1999 et 2003 avec une méthodologie très différente, qui relevait que neuf enquêtés sur dix pensaient possible une guérison de la dépression mais seulement sept sur dix une guérison complète [2-22]. Pour les enquêtés, les chances de guérison s'avèrent néanmoins indissociables du recours à une aide extérieure puisque seul un quart pense qu'il est possible de s'en sortir par ses propres moyens. Ces chiffres sont également à rapprocher de ceux de l'étude canadienne évoquée ci-dessus, dans laquelle 81 % des participants ont déclaré qu'il était possible de guérir d'une dépression, au moins en partie, avec l'aide d'un professionnel, alors qu'ils n'étaient que 11 % à penser une telle guérison possible en l'absence de recours à un professionnel [21], signe d'une médicalisation des représentations de la dépression qui reste plus forte en Amérique-du-Nord qu'en France.

Même si 90 % des interviewés considèrent que la dépression est un problème suffisamment grave pour solliciter une aide extérieure, cette sollicitation reste problématique puisque près de la moitié de la population pense qu'il est risqué d'en parler à ses collègues. Cette réserve se situe dans des proportions moindres, mais qui restent conséquentes, envers la médecine du travail (40 %) et le médecin de famille (près de 25 %). La notion de risque est cependant à distinguer de celle de légitimité puisque seule une petite minorité,

moins de 15 %, pense qu'il est honteux de consulter un professionnel en cas de problèmes de santé mentale. Une étude australienne récente menée en population générale adulte a montré que 29 % des individus interrogés seraient embarrassés à l'idée de consulter un médecin généraliste s'ils avaient des problèmes de dépression [23]. Selon ces auteurs, une telle hésitation serait associée à la crainte de la stigmatisation, par le médecin lui-même et par l'entourage. Le recours aux soins est en effet parfois vécu comme un aveu de faiblesse [24], le regard des autres semblant jouer un rôle crucial [25-26]. Une telle crainte peut avoir un impact sur le refus de recourir au soin, comme cela a été montré dans plusieurs études anglo-saxonnes [27-29], même si cela ne semble pas toujours être le cas [30-31], en particulier pour les épisodes dépressifs les plus sévères [32] ou encore en milieu urbain [33].

Les opinions les plus stigmatisantes sur la dépression et les personnes qui en souffrent semblent être celles des personnes les plus âgées et les moins diplômées de l'échantillon (ce qui rejoint des résultats classiques des enquêtes d'opinion sur les usagers de drogues par exemple [34]). Il convient ici de souligner que nous n'avons pas retenu le sentiment d'information parmi les facteurs associés à étudier, dans la mesure où il est probable qu'une bonne part de ceux qui se disent les moins informés sont en fait ceux dont le niveau d'exigence d'information est le plus élevé. En effet, le sentiment d'être bien informé sur la dépression apparaît par exemple mal corrélé avec le niveau de diplôme. Les opinions plutôt stigmatisantes sont aussi plus courantes, étonnamment, parmi les individus qui ont vécu un EDM au cours de l'année, mais pas parmi ceux qui l'ont connu auparavant. Il est possible que ces derniers affichent un certain recul par rapport à la souffrance qu'ils ont pu connaître, notamment pour pouvoir juger

de la dureté de la maladie. Il est également possible que ces opinions soient liées à des épisodes dépressifs d'intensité moins forte. D'un autre côté, l'épisode actuel ou récent est susceptible d'entraîner un sentiment de dévalorisation chez ceux qui le subissent. Ainsi, le fait d'avoir connu un EDM récent conduirait plutôt à sous-estimer la gravité de la dépression en général. Enfin, cet effet pourrait être lié à une motivation de présentation de soi : après avoir répondu, par le CIDI-SF, à un certain nombre de questions attestant plus ou moins explicitement de leur mal-être, ces personnes pourraient « compenser » en tentant de renvoyer à leur interlocuteur une autre image d'eux-mêmes [35].

Sur de nombreuses opinions, les plus jeunes et les plus âgés se distinguent souvent des autres âges par des prises de positions atypiques. Ils ont notamment tendance à sous-estimer la gravité de la dépression. Faut-il y voir un effet génération ou de cycle de vie ? Peut-être les plus jeunes n'y ont-ils pas encore été sensibilisés, et les plus âgés appartiennent-ils à une génération qui ne se reconnaît pas dans le vocable « dépression ». Au contraire, les âges intermédiaires se trouvent plus exposés à la dépression, et ils y ont de surcroît été sensibilisés, dans la mesure où ils sont contemporains de l'émergence de cette notion. Globalement, un capital économique et culturel plus élevé semble conduire à une meilleure appréhension de ce trouble. Le niveau d'urbanité de la commune de résidence semble pour sa part peu lié aux représentations de la dépression au-delà des autres facteurs socioéconomiques observés.

Enfin, hommes et femmes se distinguent sur certaines opinions. Sur la quasi-totalité des assertions, les femmes présentent des réponses plus tranchées (c'est-à-dire plus souvent « *tout à fait d'accord* » ou « *pas du tout d'accord* ») que les hommes, qui optent plus volontiers pour les modalités intermé-

diaires. Plus concernées, elles semblent avoir globalement une meilleure connaissance de la maladie et des représentations plus claires et cohérentes. Ces différences de genre se retrouvent dans d'autres études françaises [2, 22, 36] comme étrangères [21, 37, 38].

Au final, la typologie réalisée à partir des questions d'opinions et d'attitudes de l'enquête Anadep tend à montrer une représentation plutôt compréhensive et tolérante de la dépression pour une grande part de la population. Même si des différences de point de vue existent, par exemple sur les causes de cette maladie, la majorité reconnaît la souffrance endurée par les personnes dépressives et leurs proches. Cependant, une partie de la population a encore du mal à reconnaître le caractère pathologique de la dépression et n'y voit qu'une faiblesse de caractère.

Il ressort également de cette typologie qu'une part non négligeable de la population, de l'ordre d'une personne sur dix, plus âgée et moins diplômée que l'ensemble de l'échantillon, se caractérise par des représentations floues et une réticence à s'exprimer sur ce sujet. Plus globalement, ce manque de cohérence dans les représentations pourrait correspondre à une proportion plus importante d'individus, certains répondant parfois même s'ils ont une compréhension imparfaite de la question. Rappelons également que le principe de la classification ascendante hiérarchique est de résumer l'information disponible et donc de n'en garder que les grands traits caractéristiques. Il ne s'agit ici que d'une première phase d'exploration des représentations de la dépression qui mériterait d'être approfondie par des travaux ultérieurs sur cette même base de données.

Bibliographie

- [1] American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition revised. Washington DC : American Psychiatric Association ; 2000.
- [2] Anguis M. La perception des problèmes de santé mentale : les résultats d'une enquête sur neuf sites. *Études et Résultats*, 2001, n° 116 : 8 p.
En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er116.pdf>
- [3] Jodelet D. Représentations sociales : un domaine en expansion. In : Jodelet D. (dir.), *Les représentations sociales*. Paris : PUF, 1989 : p. 31-60.
- [4] Harré R. Grammaire et lexiques, vecteurs des représentations sociales. In : Jodelet D. (dir.), *Les représentations sociales*. Paris : PUF, 1989 : p. 131-151.
- [5] Abric J.-C. Les représentations sociales : aspects théoriques. In : Abric J.-C. (dir.), *Pratiques sociales et représentations*. Paris : PUF, 1994 : p. 11-36.
- [6] Granger B. *La dépression*, Paris : Le Cavalier bleu, coll. idées reçues, 2004 : 128 p.
- [7] Saporta G. *Probabilités, analyse des données et statistique*. Paris : Technip, 1990 : 493 p.
- [8] Lebart L., Morineau A., Piron M. *Statistique exploratoire multidimensionnelle*. Paris : Dunod, 1995 : 439 p.
- [9] Volle M. *Analyse des données*. Paris : Economica, 1981 : 317 p.
- [10] Falissard B. *Comprendre et utiliser les statistiques dans les sciences de la vie*, 3^e édition. Paris : Masson, 2005 : 372 p.
- [11] Bijl R.V., Ravelli A., van Z.G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population : results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 1998 ; 33 : p. 587-95.
- [12] Kessler R.C., Berglund P., Demler O., Jin R., Koretz D., Merikangas K.R., et al. The epidemiology of major depressive disorder : results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 2003 ; vol. 289, n° 23 : p. 3095-3105.
- [13] Alonso J., Angermeyer M.C., Bernert S., Bruffaerts R., Brugha T.S., Bryson H., et al. Prevalence of mental disorders in Europe : results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 2004, n° 420 : p. 21-27.
- [14] Jacobi F., Wittchen H.U., Holting C., Hofler M., Pfister H., Muller N., et al. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population : results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological medicine*, 2004, vol. 34, n° 4 : p. 597-611.
- [15] Beck A.T. The core problem in depression : The cognitive triad. In : Masserman J.H. (Ed.), *Depression : Theories and therapies*. New York : Grune & Stratton, 1970 : p. 47-55.

- [16] Rickwood D.J., Braithwaite V.A. Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. *Social Science and Medicine*, 1994, vol. 39, n° 4 : p. 563-572.
- [17] Galland O. Âges et valeurs. In : Riffault H. (dir.). *Les valeurs des Français*. Paris : Presses universitaires de France, 1994 : p. 251-296.
- [18] Bréchon P. (dir.). *Les valeurs des Français. Évolutions de 1980 à 2000*. Paris : Armand Colin, 2000 : 280 p.
- [19] Briffault X., Sapinho D., Villamaux M., Kovess V., Factors associated with use of psychotherapy. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 2008, vol. 43, n° 2 : p. 165-171.
- [20] Organisation Mondiale de la Santé. *Mental Health : facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference*. Copenhague : OMS – Bureau Europe, 2005 : 182 p.
En ligne : <http://www.euro.who.int/document/E87301.pdf>
- [21] Wang J., Adair C., Fick G., Lai D., Evans B., Perry B.W., Jorm A., Addington D. Depression literacy in Alberta : Findings from a general population sample. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2007, vol. 52, n° 7 : p. 442-449.
- [22] Bellamy V. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête « Santé mentale en population générale ». *Études et Résultats*, n° 347, 2004 : p. 1-8.
En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er347.pdf>
- [23] Barney L.J., Griffiths K.M., Jorm A.F., Christensen H. Stigma about depression and its impact on help-seeking intention. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 2006, vol. 40, n° 1 : p. 51-54.
- [24] Halter M.J. Stigma and help seeking related to depression : a study of nursing students. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 2004, vol. 42, n° 2 : p. 42-51.
- [25] Dew M.A., Dunn L.O., Bromet E.J., Schulberg H.C. Factors affecting help-seeking during depression in a community sample. *Journal of affective disorders*, 1988, vol. 14, n° 3 : p. 223-234.
- [26] Chadda R.K., Agarwal V., Singh M.C., Raheja D. Help seeking behaviour of psychiatric patients before seeking care at a mental hospital. *The International journal of social psychiatry*, 2001, vol. 47, n° 4 : p. 71-78.
- [27] Cooper-Patrick L., Powe N.R., Jenckes M.W., Gonzalcs J.J., Levine D.M., Ford D.E. Identification of patient attitudes and preferences regarding treatment of depression. *Journal of general internal medicine*, 1997, vol. 12, n° 7 : p. 431-438.
- [28] Hoyt D.R., Conger R.D., Valde J.G., Weihs K. Psychological distress and help seeking in rural America. *American journal of community psychology*, 1997, vol. 25, n° 4 : p. 449-470.
- [29] McNair B.G., Highet N.J., Hickie I.B., Davenport T.A. Exploring the perspectives of people whose lives have been affected by depression. *The Medical journal of Australia*, 2002, vol. 176, suppl. : p. S69-S76.
- [30] Sussman L.K., Robins L.N., Earls F. Treatment-seeking for depression by black and white Americans. *Social science & medicine*, 1987, vol. 24, n° 3 : p. 187-196.
- [31] Jorm A.F., Medway J., Christensen H., Korten A.E., Jacomb P.A., Rodgers B. Attitudes towards people with depression : effects on the public's help-seeking and outcome when experiencing common psychiatric symptoms. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 2000, vol. 34, n° 4 : p. 612-618.
- [32] Blumenthal R., Endicott J. Barriers to seeking treatment for major depression. *Depression and anxiety*, 1996, vol. 4, n° 6 : p. 273-278.
- [33] Rost K., Smith G.R., Taylor J.L. Rural-urban differences in stigma and the use of care for depressive disorders. *The Journal of Rural Health*, 1993, vol. 9, n° 1 : p. 57-62.
- [34] Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P. *Penser les drogues : Perceptions des produits et des politiques publiques. Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP) 2002*. Paris : OFDT, 2003 : 227 p.
En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxfbjl.pdf>
- [35] Baumeister R.F. (Ed.) *Self-esteem : The puzzle of low self-regard*. New York : Plenum Press, 1993 : 265 p.
- [36] Lovell A., Fuhrer R. Troubles de la santé mentale : la plus grande « fragilité » des femmes remise en cause. In : Saurel-Cubizolles M.-J., Blondel B. *La santé des femmes*. Paris : Flammarion, 1996 : p. 252-283.
- [37] Tomen N. Historical perspectives on women and mental illness. In : Apple R.D. (ed.). *Women, health and medicine in America : A Historical Handbook*. New-York : Garland, 1990 : p. 143-171.
- [38] Jorm A.F., Christensen H., Griffiths K.M. The public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about treatment : changes in Australia over 8 years. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 2006, vol. 40, n° 1 : p. 36-41.