## UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

## LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES DE LA DÉPRESSION ET DE SES ENJEUX : COMPARAISONS D'INTERVENANTS ET DE PATIENTS ET RELATIONS AVEC L'ÉTAT DÉPRESSIF

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
PHILIPPE TREMBLAY

### UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL Service des bibliothèques

#### Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

#### REMERCIEMENTS

Cette thèse n'aurait pu être réalisée et complétée sans le soutien et la contribution de plusieurs personnes. Même s'il n'est pas possible de tous vous nommer ici, je tiens à tous vous remercier chaleureusement. Sans vous, ce projet n'aurait pas eu la même signification.

Je tiens d'abord à remercier ma directrice de thèse, qui, du tout début à la toute fin, s'est montrée dévouée et encourageante. Sa perspicacité, sa détermination, sa perspective intégrative, sa grande curiosité et son regard critique m'ont été inspirants et continueront de l'être. Elle a su mobiliser son expérience personnelle et professionnelle au service de ce projet, tout en valorisant mon autonomie. Madame Garnier, vous avez toute ma gratitude.

Ma famille a également joué un rôle important dans ce projet. Depuis mes intérêts premiers pour le domaine de la psychologie, développés en leur présence au fil de nos échanges, jusqu'à l'aboutissement de cette thèse, leurs encouragements et leur confiance en moi ont très certainement contribué à mon cheminement. Votre amour et votre soutien ont été ressentis.

Karine, ta complicité et ta présence au quotidien m'ont été plus que précieuses. Je te remercie tendrement pour ta compréhension, ta douceur, ta patience, ton ouverture d'esprit et ton agréable soutien. Je n'aurais pas su inventer une meilleure compagne à travers tout ce processus. Un merci aussi à ma belle famille, qui a su me soutenir et m'encourager dans ce long projet, par ses petites attentions et sa générosité.

Je tiens également à remercier mes précieux amis. Sébastien, l'accompagnement que nous nous sommes offert à travers ces longues études aura grandement participé à enrichir cette expérience et à en faire quelque chose de significatif. Ton regard humaniste sur la vie, ta sensibilité, ton grand cœur, ton regard critique et ton idéalisme ont su me toucher et me faire grandir. Marie-Ève, Anne, Mélissa, Milena, Mehmet, Érick et autres amis qui avez habité mon parcours et m'avez apporté appui dans les moments les moins faciles comme dans les plus agréables, je vous suis tous reconnaissant.

Aux collègues côtoyés dans le programme d'études et les stages cliniques et à ceux avec qui j'ai eu le plaisir de collaborer au sein du GEIRSO, je vous remercie pour les

expériences enrichissantes qui ont permis une meilleure élaboration de cette thèse. Martine, Lynn, Louise, Jean-Marie, Diane et tous les autres avec qui j'ai eu plaisir de travailler, merci. Merci également aux professeurs rencontrés au cours de ce parcours universitaire, pour leur dévouement et leurs visions inspirantes.

Je souhaite signifier la contribution essentielle des participants à cette recherche. Les patients surtout, merci de cette implication généreuse et d'avoir pris ce temps malgré les moments souvent difficiles que vous traversiez. Merci aux professionnels et aux nombreux étudiants qui avez accepté de vous prêter au jeu et de vous exprimer sur les questions de cette recherche.

Je voudrais aussi souligner la collaboration importante du Dre Valérie Tourjman et de Richard Boyer, qui ont été d'une aide très précieuse dans le processus avec les comités d'éthique des cliniques médicales et dans le recrutement des participants. Un grand merci à Jocelyne Ferraris, Jean Bégin et à Bertrand Fournier pour leurs conseils avisés sur le plan des analyses statistiques. Je souligne également le soutien financier du CRSH et de la fondation de l'UQAM (Fondation J. A. DeSève) pendant la réalisation de cette thèse.

Finalement, merci à vous qui prenez le temps de lire ou de parcourir cette thèse, spécialement vous les membres du jury pour le temps et l'énergie investis dans cette évaluation.

# TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	viii
RÉSUMÉ	xii
CHAPITRE I	1
INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
La dépression : maladie et représentation	2
L'impact des éléments représentationnels liés à la dépression : quelques exemp	oles5
Les études de type «croyances et attitudes»	6
Les représentations sociales de la dépression : quelques repères théoriques	9
Questions peu explorées	21
Objectifs principaux de la thèse	22
Constitution de la thèse	24
CHAPITRE II	27
REPRÉSENTATIONS SOCIALES DES CAUSES ET DES INTERVENTIONS	
RELATIVES À LA DÉPRESSION CHEZ LES PATIENTS, LES PROFESSIONN	ELS ET
LES ÉTUDIANTS	28
Résumé	29
Objectifs	32
Méthodologie	33
Participants	33
Instruments	35
Procédure	36

Résultats
Analyses
Les causes de la dépression
Les interventions de la dépression
Comparaison des groupes sur les facteurs à propos des causes et des interventions46
Analyses de variance sur les facteurs des causes de la dépression47
Analyse de variance sur les facteurs des interventions pour la dépression49
Représentations et état dépressif chez les patients
Discussion56
Positionnements des patients et des professionnels : écarts à combler58
L'image de la dépression chez ceux qui la côtoie de moins près : les étudiants59
Variations dans les positionnements de groupes : les ancrages du sexe et de l'âge60
Des représentations professionnelles «englobantes»
La rémission des patients et la transformation des représentations62
Limites63
Conclusion64
Références
CHAPITRE III71
LES ENJEUX RELATIFS À LA DÉPRESSION ET À SON TRAITEMENT :
REPRÉSENTATIONS SOCIALES DES PATIENTS, DES PROFESSIONNELS ET DES
ÉTUDIANTS72
Résumé
Objectif

Méthodologie	78
Participants	78
Instrument	80
Procédure	81
Résultats	81
Analyses	81
L'enjeu de l'augmentation des consultations relatives à la dépression	82
L'enjeu de l'augmentation des prescriptions d'antidépresseurs	86
L'enjeu des problèmes d'observance aux antidépresseurs	90
Comparaison des groupes sur les facteurs issus des ACP	94
ANOVA sur les facteurs liés à l'augmentation des consultations pour dépression	95
ANOVA sur les facteurs liés à l'augmentation des prescriptions d'antidépresseurs	97
ANOVA sur les facteurs liés à l'inobservance aux traitements antidépresseurs	98
Discussion	102
Des positionnements consensuels à travers l'ensemble des groupes	103
Proximité parmi les positionnements des patients et des professionnels	105
Zones de distinction entres les patients et les professionnels	106
Limites	109
Conclusion	109
Références	110
CHAPITRE IV	116
DISCUSSION GÉNÉRALE	116
Intégration des résultats	116

Implications pratiques et cliniques	126
Limites	133
Analyses supplémentaires	133
Conclusion	142
APPENDICE A	145
TABLEAUX LIÉS À L'INTRODUCTION GÉNÉRALE	145
Tableau 1 : Résumé des études sur les croyances / attitudes à propos des causes et/ou	
interventions relatives à la dépression	146
Tableau 2 : Catégories formant les questions utilisées dans les études sur les croyances /	
attitudes à propos des causes et/ou interventions relatives à la dépression	152
APPENDICE B	156
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	156
Formule d'informations et de consentement - patients	157
Formule d'informations et de consentement - professionnels	160
APPENDICE C	163
INSTRUMENTS DE MESURE	163
Questionnaire destiné aux patients	164
Questionnaire destiné aux omnipraticiens	182
Questionnaire destiné aux étudiants	195
Inventaire de l'état dépressif - Beck	208
RÉFÉRENCES (introduction et discussion générales)	213

# LISTE DES TABLEAUX

Tableau		Page
1.1	Items employés dans les études sur les représentations sociales de la	
	dépression	19
2.1	Caractéristiques des participants	34
2.2	Moyennes et écarts-types des réponses relatives aux causes de la	
	dépression	39
2.3	Moyennes, écarts-types et contributions associées aux facteurs résultant de	
	l'ACP réalisée sur les dix-huit items des causes de la dépression, pour	
	l'ensemble de participants (N=485)	41
2.4	Moyennes et écarts-types des réponses relatives aux interventions face à la	
	dépression	43
2.5	Moyennes, écarts-types et contributions associées aux facteurs résultant de	
	l'ACP sur les dix-sept items des interventions pour la dépression, pour tous	
	les participants (N=485)	45
2.6	Mayannas at ácorta troca das factours relatifs our course et our traitements	
2.0	Moyennes et écarts-types des facteurs relatifs aux causes et aux traitements, pour chaque groupe	46
	pour enaque groupe	40
2.7	Résultats des ANOVAs sur les facteurs liés aux causes	48
2.8	Résultats des ANOVAs sur les facteurs liés aux interventions	50

2.9	Moyennes liées à l'effet d'interaction entre l'appartenance groupale et le sexe, pour le facteur d'intervention «prendre soin de soi / travailler sur	
	soi»	51
2.10	Moyennes liées à l'effet d'interaction entre l'âge et le sexe, pour le facteur	
	d'intervention «interventions professionnelles»	52
2.11	Moyennes et écarts-types des patients sur les facteurs issus de l'ACP sur les	
	causes et les interventions	53
2.12	Corrélations significatives (p < 0,10) entre l'état dépressif autorapporté et les scores factoriels des représentations des causes et interventions relatives à la	
	dépression chez les patients	55
3.1	Caractéristiques des participants	79
3.2	Moyennes et écarts-types des réponses relatives aux raisons de l'augmentation des consultations pour dépression	83
	T T T	
3.3	Moyennes, écarts-types et contributions associées aux facteurs résultant de l'ACP sur les vingt-trois items des raisons de l'augmentation des	
	consultations relatives à la dépression, pour tous les participants (n = 485)	85
3.4	Moyennes et écarts-types des réponses relatives aux raisons de	
	l'augmentation des prescriptions d'antidépresseurs	87
3.5	Moyennes, écarts-types et contributions associées aux facteurs résultant de	
	l'ACP sur les quatorze items des raisons de l'augmentation des prescriptions	
	d'antidépresseurs, pour tous les participants (N=485)	89

3.6	Moyennes et écarts-types des réponses relatives aux raisons des problèmes	
	d'observance aux antidépresseurs	91
3.7	Moyennes, écarts-types et contributions associées aux facteurs résultant de	
	l'ACP sur les dix-huit items des raisons de l'inobservance aux traitements antidépresseurs, pour tous les participants (N=485)	93
	and depressed is, pour tous les partierpants (11–403)	75
3.8	Moyennes et écarts-types des facteurs relatifs aux enjeux de la dépression,	,
	pour chaque groupe	95
3.9	Résultats des ANOVAs sur les facteurs liés à l'augmentation des	
	consultations	96
3.10	Résultats des ANOVAs sur les facteurs liés à la hausse des prescriptions	98
3.11	Résultats des ANOVAs sur les facteurs liés aux problèmes d'observance aux	
	antidépresseurs	99
3.12	Moyennes liées à l'effet d'interaction entre l'appartenance groupale et l'âge,	
	pour le facteur d'intervention «abus et difficultés à suivre la posologie»	101
3.13	Moyennes liées à l'effet d'interaction entre l'appartenance groupale et le	
	sexe, pour le facteur «abus et difficultés à suivre la posologie»	101
3.14	Moyennes liées à l'effet d'interaction entre l'appartenance groupale et le	
	sexe, pour le facteur «impatience et attentes élevées des patients»	102
4.1	Facteurs issus des analyses en composantes principales (ACP) pour chaque	
	groupe	135

4.2	Résultats de la MANOVA réalisée sur les facteurs liés aux causes de la dépression	137
4.3	Résultats de la MANOVA réalisée sur les facteurs liés aux interventions relatives à la dépression	138
4.4	Résultats de la MANOVA réalisée sur les facteurs liés à l'enjeu de la hausse des consultations pour dépression.	139
4.5	Résultats de la MANOVA réalisée sur les facteurs liés à l'enjeu de la hausse des prescriptions d'antidépresseurs	140
4.6	Résultats de la MANOVA réalisée sur les facteurs liés à l'enjeu de l'inobservance aux antidépresseurs	141

#### **RÉSUMÉ**

Cette thèse a pour sujet les représentations sociales de la dépression. Bien que la dépression apparaisse un phénomène d'une importance préoccupante pour la société, au Canada comme ailleurs dans le monde, elle semble encore difficile à définir clairement. Les patients dépressifs et les professionnels de la santé, pour qui la collaboration reste déterminante dans le travail sur la dépression, peuvent en particulier aborder cette condition dans des perspectives différentes et rencontrer alors certaines difficultés à établir une compréhension mutuelle à son sujet. Peu de travaux semblent avoir été réalisés pour mettre à jour ce type de représentations. Les études menées sur les attitudes et croyances à l'égard de la dépression apportent des indications intéressantes, mais elles ont rarement inclus des patients dépressifs ou des professionnels de la santé mentale. De plus, ces études comportent aussi des limites rendant difficile l'intégration des résultats dans l'univers des relations de groupes, à l'origine de la construction des représentations sociales.

Les deux études qui composent cette thèse s'inscrivent dans la perspective théorique et analytique des représentations sociales. Il s'agit d'une perspective intégrative permettant de cerner et d'organiser les prises de position des individus et des groupes et d'identifier leurs sources de variation. Le but principal de la thèse était de cerner et de comparer les représentations entretenues au sujet de différentes dimensions susceptibles d'avoir des conséquences sur le traitement de cette condition. Les participants à cette recherche sont 43 patients dépressifs, 92 professionnels de la santé mentale (omnipraticiens, psychiatres, psychologues) et 350 étudiants universitaires provenant de la région de Montréal, au Québec.

L'objectif de la première étude était de cerner les représentations des causes et des interventions relatives à la dépression. À l'aide d'un questionnaire proposant une diversité de causes et d'interventions possibles, les participants ont eu à en évaluer l'importance et l'utilité, respectivement. Les réponses ont été traitées notamment par des analyses en composantes principales et des analyses de variance (ANOVA) afin de dégager les principes organisateurs des prises de position (Clémence, Doise & Lorenzi-Cioldi, 1994) et d'évaluer les distinctions dans les positionnements de groupe en fonction de leurs ancrages psychosociologiques (appartenance de groupe, âge et sexe). Un second objectif a consisté à identifier chez les patients dépressifs les liens possibles entre leurs représentations et leur état dépressif. Les résultats obtenus indiquent que des causes et des interventions sont reconnues importantes par l'ensemble des trois groupes (patients, professionnels et étudiants) alors que d'autres donnent lieu à des distinctions en fonction de la nature et du degré d'implication de chaque groupe face à la dépression (Flament & Rouquette, 2003; Rouquette, 1997). Globalement, les patients constituent le groupe qui accorde le plus d'importance et d'utilité à la plupart des causes et des interventions, alors que les étudiants sont ceux qui en accordent le moins. Les zones de consensus et de distinctions au sein des représentations exprimées par les patients et les professionnels constituent des pistes à considérer pour améliorer les interventions sur la dépression et l'établissement de l'alliance thérapeutique. Au sujet des liens entre les représentations et l'état dépressif, les relations observées indiquent qu'un état dépressif plus sévère s'accompagne d'une reconnaissance plus grande de certaines dimensions de causes et d'interventions, ce qui est aussi cohérent avec la théorie de l'implication.

S'inscrivant en continuité avec la première étude, l'objectif de la deuxième étude était d'examiner les représentations de trois enjeux sociaux entourant le traitement de la dépression : 1-la hausse des consultations relatives à la dépression, 2-la hausse des prescriptions d'antidépresseurs et 3-les difficultés d'observance aux antidépresseurs. Bien que plusieurs hypothèses soient avancées dans la littérature scientifique pour rendre compte de ces phénomènes, il est difficile de déterminer quelles en sont les véritables raisons. Selon la perspective des représentations sociales, c'est notamment à travers les enjeux sociaux que les groupes construisent leurs représentations du monde et se positionnent les uns par rapport aux autres. Les participants avaient à évaluer à partir d'un questionnaire à quel point chacune des raisons proposées permettait d'expliquer les enjeux en question. Les résultats indiquent que des raisons sont considérées importantes de façon consensuelle à travers les groupes alors que d'autres dimensions laissent place à des positionnements plus distinctifs, en fonction notamment de l'identité sociale des groupes (Moliner, 2001; Mugny & Carugati, 1985).

Ensemble, les deux études de cette thèse sont complémentaires et constituent un apport aux connaissances sur les représentations de la dépression. Globalement, les représentations mises à jour dans ces études témoignent de consensus et de distinctions dans les positionnements de groupe face à la dépression et soutiennent l'intérêt d'étudier cette problématique, de même que les enjeux de son traitement, selon la perspective des représentations sociales. Les résultats sont globalement cohérents avec l'orientation des principes organisateurs de prises de position (Clémence, Doise & Lorenzi-Cioldi, 1994), la théorie de l'implication (Flament & Rouquette, 2003; Rouquette, 1997) et la fonction identitaire (Moliner, 2001; Mugny & Carugati, 1985) des représentations sociales. Par la mise à jour de ces différents points de vue, les résultats indiquent aussi des pistes pour bâtir des interventions plus intégrées au sujet de la dépression et valoriser l'écoute et le partage au sein de l'échange intersubjectif entre le patient et le professionnel.

Mots-clés : représentations sociales, dépression, patients, professionnels de la santé mentale, implication, fonction identitaire

#### CHAPITRE I

#### INTRODUCTION GÉNÉRALE

Plusieurs données statistiques ainsi que des rapports gouvernementaux du domaine de la santé portent à croire que la dépression constitue un problème d'importance sociale, tant au Canada que sur le plan global des populations dans le monde. Malgré cette importance, il s'avère encore ardu de définir ce que signifie clairement la dépression. S'agit-il d'une maladie, d'un phénomène de société, d'une construction psychiatrique, d'une étape de vie existentielle ou d'un amalgame de préjugés ? N'y aurait-il pas diverses représentations possibles de la dépression ? En ce sens, est-il possible que les personnes vivant avec cette condition ne la voient pas de la même manière que les professionnels de la santé ? Ces disparités seraient-elles susceptibles d'influencer le processus thérapeutique et le succès des interventions ?

Cette thèse a pour sujet les représentations sociales de la dépression. Elle est constituée de deux études complémentaires, présentées sous forme d'articles. L'une porte sur les représentations des causes et interventions relatives à la dépression et sur les liens entre ces représentations et l'état dépressif. L'autre se concentre sur les représentations à l'égard d'enjeux sociaux entourant le traitement de la dépression. L'introduction générale qui suit décrit l'importance grandissante que semble occuper la dépression dans la société et évoque l'imprécision et le débat entourant sa définition. L'impact des éléments représentationnels sur l'évolution et le traitement de cette condition est ensuite mis en relief. Puis, la perspective théorique des représentations sociales est présentée, un aperçu des études antérieures est discuté et la position de recherche adoptée est argumentée. Cette partie débouche sur les questions de recherche retenues et les objectifs de la thèse.

La dépression : maladie et représentation

La dépression : un problème préoccupant

Plusieurs auteurs traitant du phénomène de la dépression la voient comme la «maladie du siècle» (Gérard, 2010), voire même une «épidémie» (Pignarre, 2001). L'importance de la dépression dans la société se reflète également dans les rapports gouvernementaux et les données statistiques. Selon l'Organisation mondiale de la santé (2001), à l'échelle planétaire, la dépression serait un trouble mental courant, responsable d'une lourde charge de morbidité, et qui devrait progresser au cours des 20 prochaines années. Selon ce même organisme, la dépression majeure serait la principale cause des années vécues avec invalidité. Le Canada ne fait pas exception, la dépression y serait aussi l'un des principaux problèmes de santé, avec plus de 10% de la population ayant vécu une dépression majeure au cours de sa vie (Santé Canada, 2009). Dans le même sens, d'après les chiffres d'IMS Health, le nombre de consultations pour des problèmes de dépression aurait augmenté de façon importante entre 1994 et 2004 au Canada (IMS Health, 2005). Ainsi, selon ces constats, la dépression serait très répandue et son ampleur irait en s'agrandissant.

Les coûts de soins de santé associés et la perte de productivité que la dépression entraînerait auraient de profondes répercussions économiques (Patten & Juby, 2008). Parallèlement à son importance croissante, une hausse marquée de l'utilisation des antidépresseurs serait aussi constatée à partir de la fin des années 1990, aussi bien au Canada que dans la plupart des pays à revenu élevé (Guaiana, Andretta, Corbari, Mirandola, Sorio, D'Avanzo, & Barbui, 2005; Hemels, Koren, & Einarson, 2002; Olfson, Marcus, Druss, Elinson, Tanielian, & Pincus, 2002; Patten & Beck, 2004). De plus, les personnes souffrant de dépression seraient à risque élevé de suicide. Près de 15 à 20 % des dépressifs mettraient fin à leurs jours (Goodwin et Jamison, 1990) et Statistique Canada indique que 90 % des suicides seraient commis par des personnes atteintes de maladies mentales, et fréquemment la dépression (Langlois & Morrison, 2002).

En somme, à cause de sa fréquence élevée, des coûts de santé et du risque de suicide qui lui sont liés, la dépression semble une préoccupation d'importance pour la société, tant au Canada qu'ailleurs dans le monde.

La dépression : un concept difficile à définir clairement

Bien que la dépression occupe une place prépondérante dans les rapports canadiens et mondiaux sur la santé et qu'elle désigne un phénomène très répandu, faisant même partie du vocabulaire courant, elle reste une problématique de santé complexe et difficile à définir. Qu'est-ce au juste que la dépression ? Il y a bien les dépressions économiques et les dépressions météorologiques, mais dans le domaine de la santé, que signifie ce concept ? En psychiatrie, il existe une définition de la dépression, opérationnalisée dans le DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual) et utilisée largement par les professionnels de la santé pour l'évaluer (American Psychiatric Association, 2003). Il s'agit dans ce cas de la dépression majeure. Pour parler d'un épisode dépressif majeur, cinq de neuf symptômes doivent être présents, parmi lesquels devront figurer obligatoirement l'humeur dépressive ou la perte d'intérêt marquée. Les symptômes possibles sont passablement différents les uns des autres (perte ou gain de poids, problème de sommeil, agitation ou ralentissement psychomoteur, fatigue ou perte d'énergie, sentiment de dévalorisation ou de culpabilité, diminution de la concentration ou indécision, pensées de mort récurrentes), de sorte que la dépression pourra prendre différentes formes selon la constellation des symptômes présents. À cette variabilité s'ajoutent aussi les phénomènes dépressifs qui ne répondent pas à tous les critères de la dépression majeure ou qui présentent des caractéristiques particulières, comme le trouble dysthymique (répondant à des critères similaires à l'épisode dépressif, mais sur une plus longue période et avec une intensité généralement moindre), le trouble dysphorique prémenstruel, le trouble dépressif bref, etc. Ainsi, même dans un secteur comme celui de la psychiatrie, la dépression paraît prendre plusieurs visages possibles.

En psychopharmacologie, la dépression est associée à une baisse d'activité de certains neurones et à des perturbations dans la circulation des neurotransmetteurs. Les différents médicaments antidépresseurs qui on été développés à ce jour ont été conçus afin

d'intervenir sur les taux de ces neurotransmetteurs, principalement la sérotonine, la noradrénaline et la dopamine.

En psychothérapie, plusieurs approches théoriques et cliniques existent et engendrent aussi différentes façons de comprendre et d'intervenir sur la dépression. Par exemple, certaines approches psychanalytiques se centrent sur les mécanismes inconscients participant à la dynamique de la dépression, des approches cognitives-comportementales emploient l'analyse fonctionnelle pour identifier et intervenir sur les pensées et les comportements contribuant à l'état dépressif alors que d'autres approches considèrent davantage le rôle de la régulation des émotions et des besoins, des relations interpersonnelles et familiales ou des questions existentielles de l'être humain.

Selon les domaines et les orientations, la dépression peut donc être comprise différemment, en se centrant sur certains de ses dimensions, mécanismes et manifestations plutôt que sur d'autres. Entre les facteurs biologiques, l'hérédité, le stress, les événements de vie, les facteurs cognitifs, le contexte environnemental et les habitudes de vie, nombreuses sont les causes envisageables de la dépression. La même pluralité se retrouve aussi sur le plan des interventions, où les antidépresseurs, les psychothérapies, les produits naturels (millepertuis, oméga-3, etc.), l'exercice physique, la massothérapie et d'autres moyens sont proposés. Devant les nombreuses formes que la dépression peut prendre, plusieurs la considèrent comme une condition clinique hétérogène présentant des causes multifactorielles (Patten & Juby, 2008; Zaghdoudi, El Moubarkim, Halayem, Ben Bechir & Labbane, 2009). La dépression serait alors le résultat d'une interaction complexe entre des éléments d'ordre biologique, psychologique et social.

Considérant cette pluralité de visions abordant la dépression et la variabilité de ses modes d'expression, serait-ce possible que la personne aux prises avec cette condition et l'intervenant qui ont à collaborer ensemble face à elle ne se la représentent pas de la même façon? Les écarts éventuels de leurs perspectives pourraient-ils engendrer des difficultés dans l'évaluation et le traitement? N'est-il pas envisageable que certaines positions conflictuelles puissent nuire à la communication et rendre difficile l'établissement d'une vision compatible de la maladie? Pour Grossen et Perret-Clermont (1992), tout processus

thérapeutique repose sur la construction d'un espace définissant les modalités d'interaction entre le patient et le thérapeute. C'est cet espace, et la place que le thérapeute et le patient y occupent, qui permet de donner forme à la représentation de la maladie et de situer l'intervention ainsi que ses limites. Pour que cet espace soit partagé dans un esprit de collaboration entre le thérapeute et le patient, un minimum de concordance entre leurs visions de la maladie n'est-il pas nécessaire ? La section qui suit examine ces questions en abordant l'impact possible que les éléments représentationnels peuvent exercer sur l'évolution de la dépression et l'efficacité de son traitement.

### L'impact des éléments représentationnels liés à la dépression : quelques exemples

Considérant l'existence possible de multiples représentations au sujet de la dépression, leurs impacts éventuels sur l'évolution de cette condition et la réponse au traitement sont à identifier afin de mieux les gérer et améliorer les interventions. Parmi les indications disponibles à cet égard, il semble d'abord qu'une certaine correspondance soit nécessaire entre les traitements proposés et les croyances à l'égard de la dépression. Ainsi, les personnes dépressives paraissent mieux répondre à la thérapie cognitive si elles sont initialement favorables à son rationnel théorique, si elles peuvent le relier à leur propre expérience (Fennell & Teasdale, 1987) et si ce rationnel correspond à leur propre compréhension des causes de la dépression (Addis & Jacobson, 1996). Dans le même sens, les croyances en l'utilité des antidépresseurs semblent prédire leur consommation (Jorm, Medway, Christensen, Korten, Jacomb, & Rodgers, 2000), la qualité du suivi avec le médecin et la satisfaction vis-à-vis du traitement (Bultman & Svarstad, 2000). Plus largement, il semblerait que les croyances entretenues par l'entourage de la personne dépressive puissent aussi affecter l'évolution de la dépression. Par exemple, si l'entourage de la personne dépressive considère la dépression comme une tristesse ordinaire facilement surmontable, cela peut amplifier le sentiment, chez la personne dépressive, que les autres sont souvent impatients, antipathiques et hostiles envers elle (Feldman & Gotlib, 1993).

Considérant l'interaction intervenant-patient plus particulièrement, il est envisageable que deux perspectives de la maladie s'y rencontrent (Tsouyopoulos, 1994). Le patient et

l'intervenant font une lecture des signes, symptômes et conséquences de la maladie en utilisant des codes et des référents construits à l'intérieur de leur culture respective. Sur le plan clinique, l'ajustement entre ces deux perspectives semble essentiel, car le partage d'une vision commune de la maladie paraît un élément important dans le succès à long terme de l'intervention (Peebles & Moore, 1996). De façon similaire, la compatibilité entre la définition du problème psychologique faite par le patient et celle faite par l'intervenant semble une condition à l'efficacité de l'activité thérapeutique (Krause, 1992; Winkler, 1993 cités par Krause, 2002; Kessel & McBrearty, 1967). Par exemple, concernant l'étiologie du trouble, la similarité que perçoivent les patients entre leurs croyances et celles de leur thérapeute semble affecter le degré de crédibilité attribué au thérapeute et la satisfaction visà-vis de la consultation (Atkinson, Worthington, Dana, & Good, 1991). Ainsi, malgré les divergences possibles entre les points de vue des professionnels et des patients, la collaboration et l'accord entre eux restent déterminants à la réussite de l'intervention thérapeutique et au rétablissement des patients (Bucci, Possidente, & Talbot, 2003; Hunot, Horne, Leese, & Churchill, 2007). Le processus interactionnel entre le professionnel et le patient devrait ainsi résulter d'une compréhension cohérente de la dépression et de son traitement (Chakraborty, Avasthi, Kumar, & Grover, 2009).

En somme, puisque les différentes représentations liées à la dépression sont susceptibles d'exercer un impact sur l'évolution de cette condition et l'efficacité de son traitement, il est souhaitable de mieux les connaître et les comprendre.

#### Les études de type «croyances et attitudes»

Il existe dans la littérature quelques études qui ont examiné, et parfois comparé, les croyances et attitudes de dépressifs, de professionnels de la santé et/ou du public général en regard des causes, traitements, pronostics et/ou conséquences possibles de la dépression (Angermeyer & Matschinger, 1999; Caldwell & Jorm, 2001; Çirakoğlu, Kökdemir, & Demirutku, 2003; Furnham & Kuyken, 1991; Hugo, 2001; Jorm, Christensen et al., 2000; Jorm, Korten, Jacomb, Christensen, Rodgers, & Pollitt, 1997; Jorm, Medway et al., 2000; Kirk, Brody, Solomon, & Haaga, 1999; Kuyken, Brewin, Power, & Furnham, 1992; Lauber,

Falcato, Nordt, & Rössler, 2003; Matschinger & Angermeyer, 2003; Mulatu, 1999, Özmen, Ögel, Boratav, Sagduyu, Aker, Tamar, 2003; Srinivasan, Cohen, & Parikh, 2003). Pour un tour d'horizon détaillé de ces études, le lecteur trouvera dans l'appendice A de ce document deux tableaux résumant les types de répondants, les types de questionnements et les principaux résultats, de même que les questions utilisées dans le cas des études ayant porté plus spécifiquement sur les attitudes à l'égard des causes et des interventions relatives à la dépression.

En bref, les résultats les plus saillants de l'ensemble de ces études suggèrent concernant les causes de la dépression que celles jugées les plus importantes sont le stress, les expériences traumatisantes, les conflits et difficultés relationnelles, les facteurs cognitifs, la mort d'un proche, une faible personnalité, les événements pénibles de l'enfance et les conflits inconscients tandis que les causes considérées les moins importantes renvoient aux facteurs biologiques / hérédité, aux forces surnaturelles et à la perte de spiritualité ou de foi en Dieu. Au plan des interventions thérapeutiques, il est difficile de distinguer les traitements évalués les plus utiles, mais il semble que le traitement par électrochocs soit estimé le moins utile. Il apparaît également que la psychothérapie est préférée aux médicaments (Angermeyer & Matschinger, 1999), en partie parce que les gens craignent leurs effets secondaires (Özmen et al., 2003).

De plus, l'ensemble des résultats de ces études indique que le sexe, l'âge, le niveau d'éducation, l'histoire de dépression et l'occupation peuvent être à l'origine de variations dans les croyances et attitudes à propos de la dépression et de son traitement. Ainsi, les participants masculins semblent attribuer une plus grande utilité aux pratiques religieuses (Çirakoğlu et al., 2003) alors que les femmes endossent davantage «l'anormalité biologique» et le «style cognitif» en tant que causes de la dépression (Srinivasan et al., 2003). Les répondants plus âgés paraissent quant à eux mentionner plus souvent l'hérédité (Lauber et al., 2003), mais endossent moins le «style cognitif» et «la perte de spiritualité» en tant que causes de la dépression (Srinivasan et al., 2003). Les répondants ayant un plus haut niveau d'éducation semblent considérer dans une moindre proportion qu'une faible personnalité représente une cause (Jorm et al., 1997), mais davantage le stress occupationnel et le désordre organique (Lauber et al., 2003). Les participants ayant déjà cherché de l'aide au sujet d'une

dépression ou s'étant remis d'une dépression paraissent moins croire en l'utilité des traitements impliquant un changement de style de vie, mais davantage en l'utilité des traitements médicaux (Jorm, Christensen et al., 2000; Kirk et al., 1999). Avoir cherché de l'aide dans le passé au sujet d'une dépression semble aussi associé à des croyances plus près de celles des professionnels en santé (Jorm, Christensen et al., 2000). Enfin, sur le plan des causes possibles, les patients dépressifs semblent endosser les explications biologiques davantage que le public et les professionnels en santé, le public et les patients dépressifs semblent croire aux désirs et espoirs insatisfaits davantage que les psychologues et, finalement, les psychologues semblent assigner un rôle plus important que le public et les patients dépressifs ne le font aux processus inconscients et aux facteurs de vulnérabilité issus de l'enfance (Kuyken et al., 1992).

Bien qu'elles apportent des indications intéressantes pour cerner des éléments représentationnels en rapport à la dépression, il est à remarquer que le point de départ de la grande majorité de ces études est de présenter certaines des caractéristiques de la dépression, presque toujours à l'aide d'une vignette clinique (cas fictif décrit en un court paragraphe) fortement inspirée des symptômes du DSM-IV, et de considérer que ces caractéristiques constituent la dépression. C'est seulement ensuite que les participants sont questionnés sur leurs croyances et attitudes à l'égard des causes, traitements, etc. de la dépression en leur demandant de se baser sur la description fournie par la vignette. En utilisant ce type de vignette inspirée du DSM, les auteurs de ces études déterminent donc en quelque sorte à la place des participants ce qu'est (ou ce que devrait être) la dépression. Devant la multiplicité des classifications de la dépression et des symptômes censés la traduire, cette vignette paraît incomplète et inappropriée si le but est de rendre compte de la diversité des conceptions pouvant exister dans les populations. Les auteurs de quelques-unes de ces études rapportent d'ailleurs que moins de 50% des répondants identifient le problème décrit dans la vignette comme une dépression (Jorm, Christensen et al., 2000; Lauber et al., 2003). En d'autres termes, ce faible pourcentage signifie que la majorité des participants ne se réfèrent pas à la dépression pour répondre aux questions pourtant prévues pour examiner les croyances et attitudes à propos d'elle.

À la différence de ces études, la perspective des représentations sociales vise à cerner et comprendre les différents points de vue construits par les groupes à travers leurs interactions. En ce sens, cette perspective accorde autant de valeur à tout type de savoir concernant la dépression, et non seulement au savoir «scientifique», de type DSM par exemple. Le savoir scientifique sur la dépression n'est pas connu de tous, et pas de la même manière. La diffusion du savoir scientifique peut toucher différemment les groupes selon leur position sociale, leurs intérêts et leur profession, par exemple. Puisque la dépression existe dans le langage commun, elle peut donner lieu à des constructions qui permettent d'en définir une signification et d'interpréter sa réalité. Même parmi les professionnels de la santé, selon les expériences de formation, les pratiques, les interactions avec les autres professionnels et les patients, la dépression peut prendre un sens différent pour les uns et pour les autres. La réalité à la fois complexe et hétérogène des différentes formes de dépressions laisse la possibilité que certaines de ses caractéristiques apparaissent plus importantes que d'autres et donnent une signification particulière à cette condition. Ce savoir de sens commun devient alors utile pour communiquer et orienter les conduites en rapport à la dépression.

#### Les représentations sociales de la dépression : quelques repères théoriques

À l'origine, les représentations sociales ont été définies par Moscovici (1961) comme un savoir de «sens commun», des «systèmes de valeurs, des idées et des pratiques» (p.XIII) formées d'images, de symboles et de concepts socialement partagés et reflétant l'ancrage des individus dans leur environnement (Moscovici, 1961; Doise, 1986). Il serait possible de repérer dans leur structure divers éléments dont plusieurs ont été étudiés de manière isolée par d'autres traditions de recherche, comme des éléments informatifs, idéologiques ou normatifs, des croyances, des attitudes, des valeurs, des opinions, des images, etc. (Jodelet, 1989).

Le caractère social des représentations provient du fait qu'elles naîtraient au sein de l'interaction sociale et fourniraient un code commun à la communication en distinguant les groupes sociaux les uns des autres (Moscovici, 1992). Elles constitueraient aussi un fond commun de connaissances et de croyances où les individus et les groupes puiseraient des

éléments pour interpréter leur environnement social et physique. Elles impliquent ainsi une façon particulière de comprendre et de communiquer qui caractérise une société ou un groupe social particulier et par laquelle la réalité et la connaissance de tous les jours sont subjectivement construites.

Une des variables explicatives déterminantes des représentations sociales serait l'implication (Flament & Rouquette, 2003). Suivant les travaux de Rouquette (1997), un objet de représentation mobilisera d'autant plus les individus que ceux-ci se sentent personnellement concernés par lui (identification personnelle ou proximité), lui accordent une grande importance (estimation de l'enjeu attaché à l'objet ou valorisation de l'objet) et estiment avoir une réelle influence sur lui (capacité perçue d'action). L'implication expérientielle et vécue de la maladie des patients aux prises avec la dépression n'est pas du même ordre que l'implication professionnelle des médecins et des psychologues, avec son ensemble de connaissances et de pratiques, ou celle, plus distante, de la population générale, moins concernée par cette réalité. Les professionnels, en tant que groupe, partagent aussi des représentations spécifiques qu'ils développent à travers leur formation et leur expérience de travail. Ces représentations «professionnelles» (Bataille, 2000; Piaser, 1999) témoignent d'une implication particulière envers les objets pertinents à leur profession. À travers les pratiques professionnelles, les représentations peuvent s'enrichir et se transformer en s'adaptant aux nouvelles réalités et aux changements de la profession. En ce sens, les représentations seraient intimement liées aux pratiques (Abric, 1994).

Les représentations sociales auraient une fonction identitaire qui participerait à l'élaboration d'une identité sociale et personnelle gratifiante (Mugny & Carugati, 1985) et chaque groupe construirait à travers elles la réalité sociale sous une forme compatible avec ses valeurs et ses intérêts (Moliner, 2001). Cette fonction contribuerait à la stabilité des représentations sociales. Du fait de sa composante d'ancrage, la représentation sociale s'élaborerait au travers de rapports tissés dans la division sociale et les régulations symboliques qui les gèrent. Elle porterait ainsi l'expression de l'identité du groupe, marquant en son sein le fonctionnement idéologique (Gaffié & Marchand, 2001).

En abordant la dépression comme un objet socialement construit, la théorie des représentations sociales rend possible l'exploration de son contenu et de sa structure, de même que l'identification des positionnements de groupes les uns par rapport aux autres. Les représentations sociales étant des structures organisées permettant d'intégrer des composantes cognitives et psychosociales, l'analyse dans une telle perspective de ce qu'est la dépression pour différents intervenants et patients comporte des atouts à la fois empiriques et théoriques.

Plus particulièrement, l'orientation adoptée dans cette thèse est celle des *principes* organisateurs des prises de positions (Doise, 1990) afin de résoudre «un problème important des études sur les représentations sociales [qui] est que leur matière première est constituée de recueil d'opinions, d'attitudes ou de préjugés individuels dont il faut reconstituer les *principes organisateurs* communs à des ensembles d'individus» (Doise, Clémence et Lorenzi-Cioldi, italique ajouté, p.15). Comme le souligne Doise (1990), lorsque la dynamique sociale s'élabore autour de questions importantes, elle suscite des prises de position individuelles spécifiques qui sont liées aux insertions sociales des individus. Ces prises de position «soit interindividuelles soit intergroupes sont des modulations à partir de principes organisateurs communs» (Clémence, Doise, & Lorenzi-Cioldi, 1994, p.123).

Alors que l'orientation du noyau central considère qu'une représentation est «un ensemble organisé de cognitions partagées par les membres d'une population homogène» (Flament, 1994, p.37), l'approche des «principes organisateurs» indique que les représentations sociales servent aussi à organiser des différences entre des prises de position interindividuelles (Doise et al., 1992). À ce titre, cette thèse, en plus de mettre en évidence la structure commune de la représentation sociale, vise à spécifier les modulations de cette structure et à leur donner sens en identifiant leurs différents ancrages.

Selon l'orientation des principes organisateurs, les différents membres d'une population partagent certains éléments de représentation communs au sujet d'un enjeu social donné, notamment puisque les représentations sociales se créent dans des rapports de communication qui supposent un langage et des repères communs. Les individus diffèrent cependant entre eux dans leurs prises de position à partir de cette base commune et ces variations interindividuelles s'organiseraient autour de principes qui régulent les rapports

symboliques entre les acteurs sociaux. Enfin, ces principes seraient caractérisés par des ancrages en fonction des réalités et contextes sociopsychologiques dans lesquels les individus évoluent, puisque des insertions sociales partagées entre individus donneraient lieu à des interactions spécifiques qui, à travers les valeurs, les croyances et les perceptions sociales, entraîneraient des transformations dans les représentations. Ainsi, en cernant les principes qui organisent les différences individuelles et en identifiant les réalités sociopsychologiques qui les produisent, l'approche des principes organisateurs est susceptible de donner sens et explication aux différentes prises de position à l'égard de la dépression.

Rapprochements et distinctions entre les concepts d'attitude et de représentation sociale

Avec l'appui de ces considérations théoriques sur les représentations sociales, il est possible de clarifier plus nettement les différences entre ce concept et le concept d'attitudes, afin de mieux distinguer les visées de cette thèse de celles des études sur les attitudes et croyances à l'égard de la dépression. Fraser (1994) retient une différence cruciale entre les façons de concevoir et d'étudier les représentations sociales et les attitudes :

A social representation is a structured system of beliefs; an attitude is a relatively self-contained view of a fragment of reality, and issues of systematic structure have played little part in our descriptions of attitudes. Crassly, two people are held to have the same attitude if they end up with the same score on an attitude scale. They may agree and disagree with quite different items, but that is usually ignored. Sometimes, of course, relations between different attitudes have been studied. But then we are inclined to talk of relations amongst different attitudes, rather than of attitude systems. In general, we have not explored which specific attitudes are consistently associated with which other specific attitudes within a group or population; we have not consistently attempted to study the structuring of widespread attitudes (p.4-5).

Moscovici (1973) va dans le même sens lorsqu'il écrit que les représentations sociales ne sont pas simplement des «opinions à propos», des «images de» ou «des attitudes vis-à-vis» du monde social, mais des «théories» ou des «branches de savoir» en elles-mêmes qui sont utilisées pour la découverte et l'organisation de la réalité. Moscovici (1988) explique

aussi que, même s'il était vrai que les représentations sociales ne se différenciaient pas des attitudes prises dans un système, cela impliquerait un élargissement de la définition des attitudes à un point où elle nécessiterait une évolution permettant de les considérer comme (1) socialement partagées, (2) dotées d'un contenu et (3) formant un système. Moscovici veut bien admettre la ressemblance entre les attitudes et les représentations sociales du moment que cette ressemblance est imputable à un réalignement de l'analyse des attitudes au cours de la recherche. Il rappelle que les attitudes sont devenues une dimension essentielle pour quiconque tente de définir un objet social : lorsque nous nous représentons un objet, nous prenons en même temps une position par rapport à lui. Il n'est donc pas surprenant que les attitudes et les représentations sociales semblent si proches. Nous devenons favorables ou défavorables à quelque chose seulement après s'être représenté cette chose, après l'avoir perçue et évaluée. Cette remarque signifie que nous ne pouvons pas choisir entre les attitudes et les représentations sociales puisque nous ne pouvons pas utiliser les premières sans les dernières (Moscovici, 1988).

Pour revenir à Fraser, Jaspars et lui (Jaspars & Fraser, 1984) notent ailleurs que la nature sociale des attitudes, telles que traditionnellement étudiées, diffère de plusieurs manières fondamentales de la nature sociale des représentations sociales. Les représentations sociales sont sociales d'au moins trois façons: (1) elles réfèrent à la réalité sociale principalement dans un sens structural et culturel, (2) elles sont d'origine sociale et (3) elles sont largement partagées et deviennent alors une partie de la réalité sociale elle-même. Les attitudes, en tant que composantes évaluatives des représentations cognitives individuelles, sont sociales de la première façon, même si l'accent est beaucoup plus sur les aspects interpersonnels de la réalité sociale que sur les aspects structuraux et culturels. Les attitudes, couramment définies comme des prédispositions apprises, peuvent également être conçues comme ayant une origine sociale. Un point plus important, par contre, est que les attitudes sont généralement vues comme des dispositions individuelles introduites en psychologie sociale pour expliquer les différences entre les individus dans leur réaction à des stimuli similaires. La notion selon laquelle ces dispositions pourraient être largement partagées par des individus d'un même groupe social et les conséquences de la nature sociale des attitudes est souvent ignorée.

Jaspars et Fraser (1984) font un rapprochement entre la conception des attitudes sociales de Thomas et Znaniecki (1918) et montrent comment, sous l'influence de G. Allport, le concept d'attitude est devenu de plus en plus individualisé et pourquoi il est maintenant couramment interprété comme une disposition individuelle, parfois combinée à une représentation individuelle. Ils suggèrent alors qu'il serait utile de considérer les attitudes comme des dispositions individuelles basées sur des représentations collectives.

Doise (1989) est aussi d'avis que «de nombreux chercheurs travaillant sur les attitudes ne se sont encore guère affranchis des préoccupations de style différentialiste, même s'il est vrai que leurs recherches ne portent pas seulement sur les différences entre individus, mais aussi sur les différences entre groupes sociaux ou entre cultures» (p.223). Selon lui, les recherches sur les représentations sociales montrent pourtant «une voie pour intégrer aux études de systèmes individuels d'attitudes celles portant sur des systèmes de rapports sociaux» (p.223), car il considère que :

Les représentations sociales sont toujours des prises de position symboliques, organisées de manières différentes, par exemple, comme des opinions, des attitudes ou des stéréotypes, selon leur imbrication dans des rapports sociaux différents. D'une manière générale on peut dire que dans chaque ensemble de rapports sociaux des principes ou schèmes organisent les prises de position symboliques qui sont liées à des insertions spécifiques dans ces rapports. Et les représentations sociales sont les principes organisateurs de ces rapports symboliques entre acteurs sociaux, il s'agit donc de principes relationnels qui structurent les rapports symboliques entre individus ou groupes, constituant en même temps un champ d'échange symbolique et une représentation de ce champ (p.228).

En définissant les représentations sociales comme des principes organisateurs de prises de position par rapport à des repères communs, Doise (1992) évoque que les représentations sociales ne sont pas seulement des croyances communes, mais se caractérisent aussi par des variations soit interindividuelles soit intergroupes qui modulent ce savoir commun et s'ancrent dans des réalités collectives. À ce titre, des distinctions sont également à faire entre les représentations sociales et les stéréotypes, lesquels peuvent être définis comme un ensemble de croyances partagées à propos des caractéristiques personnelles, généralement des traits de personnalité, mais aussi des comportements, propres à un groupe de personnes (Yzerbyt & Schadron, 1999). Il s'agirait d'une forme de

catégorisation sociale par simplification extrême et par généralisation abusive qui accentuerait les ressemblances avec le groupe d'appartenance et les différences avec les groupes de répulsion. Selon Moscovici (1976), les représentations sociales seraient constituées à la fois d'opinions, d'attitudes et de stéréotypes et seraient donc un concept qui engloberait ces notions. Moscovici associe des modes de communication différents à chacun de ces concepts, qui contribueraient de diverses façons à la formation des représentations sociales. Il met ainsi en rapport la diffusion avec la formation des opinions, la propagation avec celle des attitudes et la propagande avec celles des stéréotypes. Selon lui, si les opinions sont en général dépourvues d'une connotation évaluative, en revanche, les attitudes seraient caractérisées par une composante affective supplémentaire qui possède une direction et une intensité. Les stéréotypes seraient quant à eux des opinions figées, résultat de la propagande (Moscovici, 1976). La fonction de la répétition des associations dans l'établissement du stéréotype et l'orientation polarisée qu'elle engendrerait imposeraient ce parallélisme avec la propagande. La position de Moscovici ainsi brièvement décrite a été choisie dans la mesure où il est le fondateur de la théorie des représentations sociales et a précisé les premières orientations de leur étude. Cette distinction entre les concepts vise un enrichissement de la notion de représentation sociale et non pas un positionnement sur les concepts d'attitudes ou de stéréotypes, qui peuvent en eux-mêmes faire l'objet d'études propres.

Ailleurs, Doise et al. (1992) soulignent que ce qui constitue l'étude proprement dite des représentations sociales est l'analyse des régulations effectuées par le métasystème social dans le système cognitif, pour autant que leurs liens avec des positions spécifiques dans un ensemble de rapports sociaux soient explicités. Ainsi, étudier l'ancrage des attitudes et cognitions dans les particularités du champ social qui les génère revient à les étudier comme des représentations sociales. Puisque la matière première des représentations sociales est constituée par des recueils d'opinions, d'attitudes ou de préjugés individuels, il faut reconstituer les principes organisateurs communs à des ensembles d'individus. C'est alors qu'entrent en scène les analyses de données telles que l'analyse factorielle, qui permet de dégager les principes qui organisent les variations entre les prises de position de différents individus par rapport à des enjeux considérés importants pour les membres d'une population donnée.

Enfin, pour Rouquette (1998), «ce qui rend raison d'un ensemble d'attitudes reliées et partagées dans une population est une représentation sociale. [... Par exemple], les attitudes courantes en matière de gestion (favorables à la réduction des coûts de production, à l'optimisation des calculs d'amortissement, à la pratique des traites, etc.) se rattachent directement à la représentation de l'entreprise comme institution destinée avant tout à faire du profit. La représentation est ainsi ce qui fédère, sans s'y réduire, un faisceau d'attitudes. [...] À une diversité d'opinions ou d'attitudes correspond une diversité moins grande au sein des représentations sociales [...]» (p.52-53).

Bref, dans le cadre des études sur les représentations sociales, en comparaison des études sur les attitudes, on s'intéresse surtout aux groupes et non aux individus. On ne s'intéresse pas à l'individu moyen comme représentant du groupe, mais à la production du groupe au sein des interactions sociales. Sur le plan méthodologique, une forme stricte privilégierait alors de recueillir les données à travers les productions directes des interactions individuelles, mais dans une perspective plus souple dans les discours ou les pratiques et productions des individus qui participent symboliquement aux interactions d'un groupe donné (Wagner, 1995). C'est dans cette dernière perspective que s'inscrit la recherche constituant cette thèse, en visant à reconstituer les représentations à travers les discours des groupes.

Cette discussion des distinctions et rapprochements entre les concepts de représentation sociale et d'attitude permet de considérer dans quelle mesure les études antérieures présentées précédemment se différencient de l'approche des représentations sociales adoptée dans cette thèse. Trois de ces études seulement (Çirakoğlu et al., 2003; Furnham & Kuyken, 1991; Mulatu, 1999) peuvent être reconnues comme ayant, d'une certaine façon, approché les croyances et attitudes en tant que système. Dans ces études, des analyses de type factoriel ont été utilisées pour chercher à organiser les réponses individuelles des répondants. Cependant, aucun type de répondants de ces études ne correspond à l'un ou l'autre des types ciblés par le présent projet de recherche. De plus, les analyses réalisées dans l'étude de Mulatu (1999) ne concernaient pas seulement la dépression, mais également cinq autres maladies mentales (schizophrénie, trouble anxieux, alcoolisme, retard mental et épilepsie) et trois autres maladies physiques (tuberculose, lèpre et polio), et les composantes

obtenues suite à l'analyse factorielle sont les composantes des réponses pour toutes ces maladies confondues. Par ailleurs, ces trois études ont été menées en Turquie, en Angleterre et en Éthiopie, pays dont les cultures diffèrent en plusieurs points de la culture québécoise ou canadienne.

Les études adoptant explicitement la perspective des représentations sociales

Malgré son intérêt heuristique, peu d'études semblent avoir explicitement adopté la perspective des représentations sociales dans le domaine de la dépression. À notre connaissance, seulement deux études de ce type ont été réalisées jusqu'à maintenant : celle de Gigling, Guimelli et Penochet (1996) et celle de Beck, Matschinger et Angermeyer (2003).

Plus particulièrement, Gigling, Guimelli et Penochet (1996) ont mené une étude exploratoire comparant des médecins généralistes et des médecins psychiatres du point de vue de leur représentation de la dépression. Cette étude a été réalisée auprès d'un échantillon restreint et spécifique (médecins d'une ville de taille moyenne du Sud de la France) et une seule variable a été prise en compte (la distinction entre généralistes et psychiatre). Vingt-sept entretiens semi-directifs (15 généralistes et 12 psychiatres) ont été conduits à partir de la question suivante : «Qu'est-ce que la dépression selon vous ?». L'enquêteur a tenté de couvrir les champs suivants : symptômes, diagnostic, causes et traitement de la dépression. Les analyses ont permis de dégager vingt thèmes importants pour les sujets, quelle que soit la population. Ces thèmes ont été résumés en propositions et ces dernières constituaient les items d'un questionnaire dit «de caractérisation» qui a ensuite été soumis à 41 répondants (20 généralistes et 21 psychiatres, dont 80% d'exercice libéral). Les items du questionnaire sont présentés au Tableau 1. L'analyse de similitude (Flament, 1981) constituait la principale technique pour analyser les réponses au questionnaire.

Les résultats de cette étude suggèrent que les médecins généralistes et les psychiatres ne partagent pas la même représentation de la dépression : certains des éléments centraux qui la composent apparaissent différents et les structures de l'ensemble de ses éléments diffèrent entre les deux groupes. Il faut préciser que c'est l'approche structurale des représentations

sociales qui est mise de l'avant dans cette étude et les auteurs s'appuient sur la théorie du noyau central, développée pour rendre compte de l'organisation interne des éléments constitutifs d'une représentation sociale (Abric, 1994). Selon cette théorie, toute représentation est organisée autour d'un noyau central. «Ce noyau central sera un sousensemble de la représentation, composé d'un ou de quelques éléments dont l'absence déstructurerait la représentation ou lui donnerait une signification complètement différente» (Abric, 1994b, p.73). Les éléments qui ne font pas partie du noyau central, mais qui font tout de même partie de la représentation sont appelés éléments périphériques et sont moins stables, mais plus souples que les éléments centraux. Ainsi, dans l'étude de Gigling et al. (1996), l'importance de la prise en charge (item 9), le caractère sérieux de toute dépression (item 15), l'intérêt du travail thérapeutique (item 17) et la particularité de la dépression mélancolique (item 20) apparaissent les éléments centraux qui donnent sens à la représentation sociale des psychiatres et qui organisent l'ensemble de ses éléments constitutifs. Chez les généralistes, les items 9 et 15 figurent aussi parmi les éléments centraux, mais à la différence des psychiatres, les deux autres items qui les composent sont qu'une dépression est souvent masquée (item 2) et que la dépression est une panne du désir de vivre, une perte de tout intérêt (item7).

Tableau 1.1 : Items employés par les études sur les représentations sociales de la dépression

Référence	Items / Catégories
Gigling et al., 1996	Symptômes, diagnostic, causes et traitement confondus
	1- Une grande partie des dépressions est traitée assez facilement avec les nouveaux antidépresseurs.
	2- Une dépression est souvent masquée.
	3- Il faut différencier la dépression réactionnelle des autres types de dépression.
	4- La dépression est liée à une structure de la personnalité.
	5- Les dépressions graves ou qui «traînent» relèvent du psychiatre.
	6- Le traitement de la dépression est avant tout médicamenteux.
	7- La dépression, c'est une panne du désir de vivre, une perte de tout intérêt.
	8- N'importe qui peut faire une dépression.
	9- La prise en charge, le soutien psychologique sont très importants dans la dépression.
	10- L'évaluation de la gravité réelle d'une dépression est souvent difficile et se fait sur la durée.
	11- La dépression est quelque chose de fréquent et actuellement plutôt en voie d'augmentation.
	12- La dépression, c'est souvent une fatigue, des troubles du sommeil, etc.
	13- Il existe un facteur génétique important dans la dépression.
	14- Avec l'expérience, le praticien sent assez facilement s'il s'agit d'une dépression.
	15- Il faut toujours prendre au sérieux une dépression, même légère.
	16- Le traitement de la dépression est très long.
	17- Il est toujours intéressant pour le client de faire un travail thérapeutique sur sa dépression.
	18- La dépression est souvent liée à un environnement défavorable.
	19- Avant de conclure à une dépression, il faut éliminer toutes les hypothèses somatiques.
	20- La dépression mélancolique est une forme particulière de dépression.
Beck et	Causes
al., 2003	1- Facteurs biologiques : 1.1-Maladie du cerveau, 1.2-Hérédité
	2- Stress psychosocial : 2.1-Difficultés dans les relations familiales / amoureuses, 2.2-Stress lié au travail
	3- Facteurs intrapsychiques : 3.1-Conflit inconscient, 3.2-Manque de volonté
	4- Socialisation : 4.1-Famille brisée, 4.2-Manque d'affection parentale
	5- Comportement déviant : 5.1-Abus de drogue, 5.2-Style de vie immoral
	Interventions thérapeutiques
	1- Traitement médicamenteux 2- Psychothérapie 3- Remèdes naturels 4- Méditation / Yoga

Dans l'étude de Beck et al. (2003), les auteurs ont tenté de vérifier l'hypothèse selon laquelle les différences observées en 1990 (Angermeyer & Matschinger, 1999) dans les croyances naïves vis-à-vis la dépression entre les populations de l'Allemagne de l'Ouest et de l'Est s'étaient estompées. Ils ont mené leur enquête auprès de 2544 personnes, issues d'un échantillon plus large de 5025 répondants (4005 de l'Allemagne de l'Est et 1020 de l'Allemagne de l'Ouest). Une entrevue structurée était utilisée et débutait par la présentation d'une vignette clinique satisfaisant les critères du DSM pour la dépression majeure. Ce diagnostic n'était toutefois pas mentionné. On invitait plutôt les sujets à nommer eux-mêmes le problème décrit. Ensuite, plusieurs questions fermées avaient pour but d'examiner les croyances des sujets concernant les causes et le traitement du problème décrit dans la vignette. Des catégories prédéterminées ont servi à classer les réponses. Ces catégories figurent dans le Tableau 1. Les résultats indiquent la disparition de la plupart des différences observées en 1990, les croyances des sujets de l'Allemagne de l'Est s'étant assimilées aux croyances des sujets de l'Allemagne de l'Ouest. Dans les deux parties de l'Allemagne, un changement marqué en faveur des conceptions biologiques de la dépression a été observé, même si celles-ci demeurent dans l'ensemble moins populaires que les autres conceptions.

L'enquête menée par Beck et al. (2003), similairement à l'étude de Gigling et al. (1996), montre les attitudes manifestées par la population générale (celle de l'Ouest et celle de l'Est) et ne tient pas compte des différences individuelles ou des sous-groupes. Ainsi, les résultats suggèrent que la plupart des différences observées entre les populations des deux parties de l'Allemagne ont disparu, mais rien ne signale s'il en est de même entre les sous-groupes (femmes / hommes, âgés / jeunes, avec / sans histoire de dépression, etc.) de chacune de ces populations, ou si, au contraire, les différences entre certains sous-groupes se sont accrues.

Ces deux études sur les représentations sociales à propos de la dépression se sont concentrées sur les similarités et différences existantes à partir des éléments les plus partagés. Comme mentionné plus haut, alors que la théorie du noyau central considère qu'une représentation est «un ensemble organisé de cognitions partagées par les membres d'une population homogène» (Flament, 1994, p.37), l'approche des «principes organisateurs» employée dans cette thèse, en plus d'admettre que certains éléments de représentation

puissent être largement partagés, considère que les représentations sociales servent aussi à organiser des différences entre des prises de position individuelles (Doise et al., 1992). À ce titre, cette thèse, en plus de mettre en évidence la structure commune de la représentation sociale, vise à spécifier les modulations de cette structure et à leur donner sens en identifiant leurs différents ancrages.

#### Questions peu explorées

En examinant les études existantes au sujet des attitudes et des représentations à l'égard de la dépression, il apparaît que certaines questions demeurent peu explorées jusqu'à maintenant. Très peu de ces études semblent avoir examiné de façon comparée les représentations des patients et des intervenants, même parmi les études de type «croyances et attitudes» (voir l'appendice A pour des précisions). Cet examen paraît toutefois incontournable considérant que la compatibilité entre les définitions du problème psychologique faites par le patient et l'intervenant semble être une condition à l'efficacité de l'activité thérapeutique (Krause, 1992; Winkler, 1993 cités par Krause, 2002; Kessel & McBrearty, 1967) et que le partage d'une vision commune de la maladie semble être un élément important dans le succès à long terme de l'intervention (Peebles & Moore, 1996).

De plus, les relations susceptibles d'exister entre les représentations de la dépression et l'état dépressif ne semblent pas avoir non plus retenu l'attention jusqu'à maintenant. Or, il existe des indications dans la littérature qui suggèrent que la perception de la maladie peut expliquer une partie importante de la variance de l'état dépressif vécu par les gens souffrant de maladie chronique tel que le syndrome de la fatigue chronique (Edwardsa, Suresha, Lyncha, Clarksona, & Stanley (2001); Scharloo & Kaptein, 1997). Deux seules des études antérieures sur les croyances et attitudes envers les causes et traitements de la dépression semblent avoir inclus des patients dépressifs (Kuyken *et al.*, 1992; Srinivasan *et al.*, 2003). Une distinction importante entre ces deux études est que dans l'une on demande aux sujets de se prononcer en regard de la dépression en général alors que dans l'autre les sujets doivent se prononcer en regard de leur propre dépression. Cette distinction paraît importante puisqu'elle

met en évidence des représentations à propos de deux objets différents : sa propre dépression et la dépression en général.

Par ailleurs, au-delà des représentations à propos des causes et des interventions relatives à la dépression, qui ont été le plus souvent examinées dans les études de type «croyances et attitudes», les représentations au sujet d'enjeux importants du traitement de la dépression ne semblent pas avoir été considérées. Pour Doise (1990), les représentations sociales s'élaborent autour d'enjeux importants qui suscitent des prises de position interindividuelles et intergroupes (Clémence, Doise, & Lorenzi-Cioldi, 1994). Dans le cas de la dépression, l'augmentation des consultations relatives à la dépression (IMS Health, Mathers & Loncar, 2006), l'augmentation des prescriptions d'antidépresseurs (Guaiana, Andretta, Corbari, et al., 2005; Hemels, Koren & Einarson, 2002; Olfson, Marcus, Druss, et al., 2002; Patten & Beck, 2004) et les problèmes d'observance aux traitements antidépresseurs (Bull, Hu, Hunkeler, et al., 2002; Demyttenaere & Haddad, 2000; Lingam, & Scott, 2002) semblent constituer des enjeux actuels de taille. Ces enjeux sont importants non seulement pour les personnes aux prises avec une dépression et les professionnels de la santé mentale, ils soulèvent aussi des questions économiques, politiques, commerciales, scientifiques, sociales et de santé publique. Ainsi, c'est toute la société qui est concernée.

#### Objectifs principaux de la thèse

Pour tenter de dépasser certaines des limites des études antérieures et de répondre aux questions peu explorées, la recherche que constitue cette thèse a pour but d'étudier et de comparer les représentations sociales des causes et des interventions relatives à la dépression chez les patients dépressifs et les professionnels de la santé mentale, de même que les représentations associées à trois enjeux de son traitement. Des étudiants universitaires ont aussi été inclus dans l'étude comme groupe de comparaison moins directement concerné par la dépression et extérieur à la relation professionnel-patient. Ils représentent une tranche de la population générale, susceptible à ce titre de fournir des indications sur les idées et les positions entretenues et transmises globalement dans la société au sujet de la dépression. Les

omnipraticiens, les psychiatres et les psychologues ont été choisis en tant que professionnels de la santé mentale puisqu'ils sont parmi les plus susceptibles d'intervenir à long terme auprès de personnes atteintes de dépression.

Un premier objectif est de cerner et de comparer les représentations des causes et interventions relatives à la dépression chez les patients, les professionnels et les étudiants. Un autre objectif consiste à évaluer chez les patients dépressifs, les liens entre ces représentations et leur état dépressif. À cette fin, chez les patients, les représentations de leur propre dépression et de la dépression en général seront comparées en regard de leurs liens avec l'état dépressif autorapporté.

Un dernier objectif important est de cerner et de comparer chez les patients, les professionnels et les étudiants, les représentations des raisons associées à l'existence de trois enjeux du traitement de la dépression : 1-l'augmentation des consultations relatives à la dépression, 2-l'augmentation des ordonnances d'antidépresseurs, et 3-les problèmes d'observance aux traitements antidépresseurs.

À travers l'étude de l'ensemble de ces représentations, il s'agit de cerner la multiplicité des points de vue exprimés par les groupes (patients, professionnels et patients) avec le cadre d'analyse des représentations sociales et l'approche des principes organisateurs (Clémence, Doise, & Lorenzi-Cioldi, 1994; Moscovici, 1961). Ce qui importe est d'identifier les positionnements des uns et des autres, mais aussi de mettre en évidence ce qui les rapproche et les distingue, afin d'éclairer les zones de consensus et de distinction entre les groupes.

La présente recherche se distingue donc des études antérieures du domaine, de par la perspective intégrative adoptée, les populations ciblées, la nature des comparaisons visées, les objets de représentation étudiés et l'examen des liens entre les représentations et l'état dépressif.

#### Constitution de la thèse

La recherche que constitue cette thèse vise une contribution originale et significative aux connaissances scientifiques sur les représentations relatives à la dépression. Très peu d'études existent sur les représentations sociales de cet objet et les études menées sur les attitudes et croyances à l'égard des causes et interventions relatives à la dépression ont rarement inclus des patients dépressifs ou des professionnels de la santé mentale en tant que répondants. De plus, ces études sur les attitudes comportaient certaines limites du point de vue de la perspective des représentations sociales et permettent difficilement de faire des liens avec les dimensions sociales participant à la construction des représentations.

Cette thèse est constituée de deux études complémentaires. Employant l'approche des principes organisateurs (Clémence, Doise, & Lorenzi-Cioldi, 1994), ces deux études ont l'avantage de s'appuyer sur une méthode intégrative permettant d'organiser les représentations, de mettre en évidence les rapprochements et les éloignements dans les positionnements de groupes et de les lier aux ancrages psychosociologiques qui les génèrent. L'examen comparé des représentations des patients et des professionnels dans ces deux études représente une contribution importante et paraît incontournable considérant que la compatibilité entre les définitions du problème psychologique faites par le patient et l'intervenant semble une condition à l'efficacité thérapeutique (Krause, 1992; Winkler, 1993 cités par Krause, 2002; Kessel & McBrearty, 1967) et que le partage d'une vision commune de la maladie semble un élément important dans le succès à long terme de l'intervention (Peebles & Moore, 1996).

Le chapitre II présente la première étude de la thèse dans un article s'intitulant «Représentations sociales des causes et interventions relatives à la dépression chez les patients, les professionnels et les étudiants». Comme son titre l'indique, le principal objectif de cette étude consiste à cerner et comparer les représentations de patients, de professionnels (omnipraticiens, psychiatres et psychologues) et d'étudiants au sujet des causes et interventions relatives à la dépression. À cette fin, les répondants ont eu à situer à travers un questionnaire l'importance qu'ils accordent à plusieurs causes et l'utilité qu'ils attribuent à différentes interventions à propos de la dépression. Les réponses ont été traitées notamment

par des analyses en composantes principales et des analyses de variance (ANOVA) afin de dégager les principes organisateurs des prises de position et d'évaluer les distinctions dans les positionnements de groupes en fonction de leurs ancrages psychosociologiques (appartenance de groupe, âge et sexe). Un second objectif a consisté à identifier chez les patients dépressifs les liens possibles entre leurs représentations et leur état dépressif. Pour répondre à cet objectif, les corrélations entre, d'une part, les scores associés aux principes organisateurs des réponses aux causes et interventions de la dépression et d'autre part, le résultat global à l'inventaire de Beck (version traduite en français : Gauthier, Morin, Thériault & Lawson, 1982) ont été examinées.

Le chapitre III expose la deuxième étude dont le titre est «Représentations sociales d'enjeux relatifs à la dépression et à son traitement chez les patients, les professionnels et les étudiants». Selon la perspective des représentations sociales, c'est notamment à travers les enjeux d'importance que les groupes construisent leurs représentations et se positionnent les uns en rapport aux autres en fonction de leur identité (Moliner, 1993, 2001; Mugny & Carugati, 1985; Rouquette, 1997). S'inscrivant en continuité avec la première étude, l'objectif central de cette deuxième étude est d'examiner et de comparer chez les mêmes groupes (patients, professionnels et étudiants), les raisons qu'ils se représentent pour expliquer l'existence de trois enjeux liés au traitement de la dépression : 1-L'augmentation des consultations relatives à la dépression, 2-L'augmentation des prescriptions d'antidépresseurs, et 3-L'inobservance aux traitements antidépresseurs. Pour ce faire, les répondants ont eu à exprimer à travers un questionnaire à quel point différentes raisons possibles permettaient d'expliquer selon eux chacun de ces enjeux. Bien que plusieurs explications hypothétiques aient été avancées dans la littérature scientifique pour rendre compte de ces enjeux, il est difficile de déterminer quelles sont les véritables raisons. Puisque ces enjeux évoquent des questions économiques, politiques, commerciales, scientifiques, sociales et de santé publique notamment, la société entière est concernée, au-delà des patients dépressifs et des professionnels de la santé qui se trouvent au cœur du traitement de la dépression. Pour mieux comprendre et gérer ces phénomènes, il importe de mieux cerner les positions des uns et des autres sur ces questions. De nouveau, des analyses en composantes principales sur les réponses ont été menées pour identifier les principes organisateurs des

prises de position et des ANOVAs ont été réalisées afin de mettre en évidence les distinctions de groupes en fonction des ancrages psychosociologiques (appartenance de groupe, âge et sexe).

Les deux études de cette thèse sont présentées sous forme d'articles, tels que soumis pour publication à des revues scientifiques. Certaines répétitions découlent inévitablement de ce type de présentation de thèse, notamment en ce qui concerne les contextes théoriques et la méthodologie.

CHAPITRE II

ARTICLE 1

Représentations sociales des causes et des interventions relatives à la dépression chez les patients, les professionnels et les étudiants

Philippe Tremblay et Catherine Garnier

Université du Québec à Montréal

#### Note des auteurs

Philippe Tremblay, département de psychologie, Université du Québec à Montréal; Catherine Garnier, Institut Santé et Société, Université du Québec à Montréal.

Les auteurs remercient le Dr Valérie Tourjman pour son aide dans le processus de recrutement des participants et Bertrand Fournier pour les conseils en analyses statistiques. Ils souhaitent également souligner la généreuse participation des patients, des professionnels et des étudiants à cette recherche. Le premier auteur tient aussi à remercier le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada ainsi que la fondation de l'Université du Québec à Montréal (Fondation J.A. DeSève) pour leur soutien financier à cette recherche. Cette recherche a été rendue possible en partie grâce à une subvention du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada attribuée à la deuxième auteure.

Adresse de correspondance: Philippe Tremblay, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, C. P. 8888, succursale centre-ville, Montréal, Québec, Canada, H3C 3P8. Courriel: <a href="mailto:tremblay.philippe@uqam.ca">tremblay.philippe@uqam.ca</a>, Téléphone: (514) 987-3000 poste 7641, Fax: (514) 987-6733.

Représentations sociales des causes et des interventions relatives à la dépression chez les patients, les professionnels et les étudiants

#### Résumé

Le but de cette étude était de cerner les représentations des causes et des interventions relatives à la dépression. L'étude a été menée auprès de 43 patients dépressifs, 92 professionnels de la santé mentale (omnipraticiens, psychiatres, psychologues) et 350 étudiants universitaires au Québec à l'aide de questionnaires proposant une diversité de causes et d'interventions possibles. Les résultats obtenus indiquent que des causes et des interventions sont reconnues importantes par l'ensemble des trois groupes alors que d'autres donnent lieu à des distinctions en fonction de la nature et du degré d'implication face à la dépression. Globalement, les patients constituent le groupe qui accorde le plus d'importance et d'utilité à la plupart des causes et des interventions, respectivement, alors que les étudiants sont ceux qui en accordent le moins. Les zones de consensus et de distinctions au sein des représentations exprimées par les patients et les professionnels constituent des pistes à considérer pour améliorer les interventions sur la dépression et l'établissement de l'alliance thérapeutique.

Mots-clés: représentations sociales, dépression, causes, interventions, implication

La dépression majeure représente une préoccupation sociale d'importance en raison de sa fréquence élevée et des coûts de santé associés. Cette maladie est considérée la première cause d'incapacité au monde par l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2001) et serait aussi répandue que les maladies cardiovasculaires et le diabète (Patten & Juby, 2008). Au Canada, les statistiques indiquent qu'environ 11% des hommes et 16% des femmes en feront l'expérience au cours de leur vie (Santé Canada, 2009).

Malgré son importance, la dépression demeure difficile à définir clairement, encore aujourd'hui. Il est ardu de déterminer exactement ce qui cause une dépression majeure. Il est généralement admis qu'il s'agit d'une condition clinique hétérogène présentant des causes multifactorielles (Patten & Juby, 2008; Zaghdoudi, El Moubarkim, Halayem, Ben Bechir & Labbane, 2009). Diverses perspectives existent pour l'aborder (biologiques, psychologiques, sociales) et engendrent des façons différentes de la diagnostiquer et de la traiter. Bien que des efforts d'uniformisation aient été entrepris pour préciser ses symptômes (classifications de type DSM (Diagnostic and Statistical Manual) par exemple), le concept de dépression demeure difficilement saisissable et une part d'incertitude accompagne son diagnostic.

Considérant cette réalité multifactorielle de la dépression, les patients aux prises avec cette maladie et les professionnels de la santé sont susceptibles de l'envisager à leur façon, en lui attribuant des causes différentes et en privilégiant des interventions tout aussi différentes pour y faire face. Ces positionnements de part et d'autre ne sont pas sans conséquence. Addis et ses collaborateurs ont montré que le résultat d'un traitement pour la dépression peut être différent dépendamment des croyances des patients à propos des causes de cette maladie (Addis & Carpenter, 1999; Addis & Jacobson, 1996). Lingam & Scott (2002) concluent même que les attitudes et croyances des patients dépressifs seraient aussi importantes que les effets secondaires dans la prédiction de l'adhésion à la médication. Plusieurs études indiquent d'autre part que la compatibilité entre les caractéristiques du patient et du thérapeute est importante à l'établissement d'une alliance thérapeutique et au succès de l'intervention (Calvert, Beutler, & Crago, 1988; Dolinsky, Vaughan, Luber, Mellman, & Roose, 1998; Hersoug, Hoglend, Monsen, & Havik, 2001). De la même façon, la compatibilité entre la définition du problème psychologique faite par le patient et l'intervenant semble une condition à l'efficacité thérapeutique (Krause, 1992; Winkler, 1993 cités par Krause, 2002;

Kessel & McBrearty, 1967). Par exemple, concernant l'étiologie du trouble, la similarité que perçoivent les patients entre leurs croyances et celles de leur thérapeute peut affecter le degré de crédibilité attribué au thérapeute et la satisfaction face à la consultation (Atkinson, Worthington, Dana, & Good, 1991).

Plusieurs études ont été menées sur les attitudes et croyances à propos des causes et des traitements de la dépression (ex.: Angermeyer & Matschinger, 1999; Cirakoğlu, Kökdemir, & Demirutku, 2003; Furnham & Kuyken, 1991; Jorm, Christensen, Medway, Korten, Jacomb & Rodgers, 2000; Kirk, Brody, Solomon, & Haaga, 1999; Kuyken, Brewin, Power, & Furnham, 1992; Lauber, Falcato, Nordt, & Rössler, 2003). Ces études apportent des indications intéressantes, mais elles comportent également des limites importantes. Une des limites est l'utilisation d'une vignette (cours paragraphe décrivant un cas clinique) comme point de départ pour questionner les participants au sujet de la dépression. Les auteurs de plusieurs de ces études (Jorm, Christensen et al., 2000; Lauber et al., 2003) rapportent eux-mêmes que moins de 50% des répondants identifient le problème décrit dans la vignette comme une dépression. En d'autres termes, seulement une minorité de participants répond réellement en fonction de la dépression dans ces études. Par ailleurs, peu de ces études ont été menées auprès de patients dépressifs et de professionnels de la santé, et encore moins ont comparé ces deux populations. Aucune étude sur le sujet ne semble avoir été menée au Canada auprès de patients ou de professionnels. Le lien entre l'état dépressif et les représentations de la dépression ne semble pas non plus avoir beaucoup retenu l'attention jusqu'à maintenant. Enfin, les études menées sur les attitudes et croyances au sujet de la dépression se situaient pour la plupart dans une perspective individualiste, où les positionnements et relations entre groupes n'étaient souvent pas pris en compte.

Pour tenter de dépasser certaines de ces limites, la perspective des représentations sociales offre un cadre théorique et analytique intégratif permettant de cerner et d'organiser les prises de position individuelles et de groupe au sujet de la dépression et d'identifier leurs sources de variation. L'ampleur sociale de la dépression implique que pratiquement toute personne sera en contact avec cette maladie au cours de son existence, directement ou indirectement via son entourage. Tout un chacun est ainsi amené au fil de ses expériences et de ses interactions à se faire une idée de ce que représente la dépression et c'est à ce titre

qu'il est pertinent d'aborder ce concept en tant que représentation sociale. À l'origine, les représentations sociales ont été définies par Moscovici (1961) comme un savoir de «sens commun», des «systèmes de valeurs, des idées et des pratiques» (p.XIII) formées d'images, de symboles et de concepts socialement partagés et reflétant l'ancrage des individus dans leur environnement (Doise, 1986). Elles sont des formes de savoir naïf, destinées à organiser les conduites et à orienter les communications des groupes sociaux les construisant (Moscovici, 1961).

Plus particulièrement, d'après l'orientation des principes organisateurs de «prises de position» (Clémence, Doise, & Lorenzi-Cioldi, 1994), lorsque la dynamique sociale s'élabore autour de questions importantes, elle suscite des prises de position individuelles spécifiques qui sont liées aux insertions sociales des individus et ces prises de position, soit interindividuelles soit intergroupes, sont des modulations à partir de principes organisateurs communs (Doise, 1990). Dans cette orientation, l'étude des représentations sociales consiste à reconstituer les principes organisateurs des attitudes individuelles pour les situer dans un contexte de rapports sociaux plus large. Les relations entre plusieurs groupes et objets peuvent alors être étudiées en tenant compte de la complexité des systèmes représentationnels (Garnier & Lévy, 2007) et de leurs liens avec le «métasystème» social (Doise, Clémence, & Lorenzi-Cioldi, 1992).

## **Objectifs**

L'objectif principal de cette étude est de cerner et de comparer les représentations des causes et des traitements de la dépression chez les patients dépressifs et les professionnels de la santé mentale (médecins omnipraticiens, psychiatres, psychologues). Des étudiants universitaires ont aussi été inclus dans l'étude en tant que groupe de comparaison, moins directement concerné par la dépression et extérieur à la relation professionnel-patient. Les étudiants représentent à ce titre une tranche de la population générale, qui interagit avec les professionnels de la santé et les patients dépressifs, sans être personnellement affectés par la dépression. Ils sont donc susceptibles de fournir des indications sur les idées et les positions entretenues et transmises globalement dans la société au sujet de la dépression. Un deuxième objectif consiste à examiner chez les patients dépressifs les liens possibles à travers le temps

entre, d'une part, leurs représentations des causes et interventions de la dépression, et d'autre part, la gravité de leur état dépressif. Enfin, puisque les patients sont dépressifs, leurs représentations peuvent concerner à la fois leur propre dépression et la dépression en général, c'est pourquoi ces deux types de représentations ont été examinés dans cette étude, à titre comparatif.

Il s'agit d'une étude exploratoire qui vise à cerner les positionnements de groupe. À ce titre, les attentes quant aux résultats sont générales. Considérant que les représentations sociales caractérisent les groupes sociaux et participent à leur identité, des différences sont attendues entre les trois groupes principaux (patients, professionnels et étudiants), tant sur le plan de leurs représentations des causes que des interventions relatives à la dépression. Les professionnels, en tant que groupe, partagent des représentations spécifiques qu'ils développent à travers leur formation et leur expérience de travail. Ces représentations «professionnelles» (Bataille, 2000; Piaser, 1999) témoignent d'une implication particulière envers les objets pertinents à leur profession. Il est donc attendu que les professionnels se différencient des deux autres groupes (patients et étudiants) davantage qu'entre eux-mêmes (omnipraticiens, psychiatres, psychologues). Finalement, concernant les relations chez les patients entre les représentations et l'état dépressif, il est attendu que de tels liens existent, considérant que des études menées auprès de gens souffrant de maladies chroniques indiquent que la représentation de la maladie peut expliquer une partie importante de la variance de l'état dépressif (Edwardsa, Suresha, Lyncha, Clarksona, & Stanley, 2001; Scharloo & Kaptein, 1997). Suivant la théorie de l'implication (Rouquette, 1997), un objet de représentation mobilisera d'autant plus les individus que ceux-ci se sentent personnellement concernés par lui. En ce sens, il est attendu que, plus les patients présenteront un état dépressif sévère, plus ils seront portés à accorder une haute importance aux causes de la dépression et une grande utilité aux interventions pour y faire face.

## Méthodologie

#### **Participants**

L'étude a été menée à Montréal (Québec, Canada) auprès de 485 participants recrutés sur une base volontaire : 350 étudiants universitaires, 43 patients dépressifs et 92

professionnels de la santé (29 omnipraticiens, 40 psychologues et 23 psychiatres). L'âge moyen était de 23,6 ans chez les étudiants, 45,5 ans chez les patients et 50,8 ans chez les professionnels. Les femmes se retrouvaient majoritaires dans tous les groupes (71,2% chez les étudiants, 65,7% chez les patients et 51,6% chez les professionnels). Les étudiants étaient tous inscrits au premier cycle universitaire à l'Université du Québec à Montréal (UQAM), dans des programmes de sciences humaines principalement (communication 56,3%; travail social 20,0%; marketing 12,0%; histoire 6,6% et économie 5,1%). Pour participer à l'étude, les patients dépressifs devaient tous se percevoir en dépression majeure, être âgés d'au moins dix-huit ans et être suivis par un professionnel (omnipraticien, psychologue ou psychiatre) en clinique médicale. Aucun d'entre eux n'était hospitalisé au moment de l'étude. Les professionnels de la santé pratiquaient tous dans la région de Montréal et rencontraient dans leur pratique des patients en dépression majeure. Des données descriptives supplémentaires à propos des participants sont présentées dans le Tableau 1.

Tableau 1

Caractéristiques des participants

XX 1.11	Étudiants	Patients	Professionnels
Variables situationnelles	(n = 350)	(n = 43)	(n = 92)
Présentent un problème physique autre qu'une dépression	14,41%	68,57%	29,67%
Ont déjà reçu un diagnostic de dépression dans le passé	21,33%	74,29%	10,99%
Présentent un trouble psychologique autre qu'une dépression	15,41%	37,14%	16,48%
Ont un membre de leur entourage proche ayant déjà reçu un diagnostic de dépression	53,91%	64,71%	48,89%
Ont moins de 45 ans	98,24%	42,86%	29,21%
Sont en couple	35,65%	34,29%	82,42%
Sont des femmes	71,18%	65,71%	51,65%
Ont au moins un enfant à charge	9,22%	22,86%	ND
Occupent un emploi	78,20%	66,67%	100,00%
Suivent une psychothérapie	ND	60,00%	ND
Prennent des médicaments antidépresseurs face à leur dépression	NA	91,43%	NA

Note. ND: Non-disponible, NA: Non-applicable.

Ces chiffres indiquent qu'une minorité des étudiants et des professionnels présentait des problèmes d'ordre psychologique ou physique, alors que les patients présentaient ces problèmes en plus grande proportion. Des exemples de problèmes physiques rapportés fréquemment étaient l'hypertension, l'hypothyroïdie, le diabète, l'asthme et l'arthrite. Dans l'ensemble, près de la moitié des participants de chacun des groupes connaissait une personne de leur entourage ayant déjà reçu un diagnostic de dépression. Les professionnels étaient majoritairement en couple, contrairement aux deux autres groupes. Dans tous les groupes, une majorité de répondants occupait un emploi. Finalement, une majorité de patients suivait une psychothérapie et presque la totalité prenait des médicaments antidépresseurs face à leur dépression, ce qui peut s'expliquer en partie par le fait qu'ils ont été recrutés en cliniques médicales.

## **Instruments**

La collecte des données nécessaires à l'étude s'est réalisée à partir de deux questionnaires : l'un portant sur les représentations sociales et les données situationnelles et l'autre, sur l'état dépressif. Tous les participants ont répondu au questionnaire sur les représentations sociales alors qu'uniquement les patients ont répondu au questionnaire mesurant l'état dépressif.

## Questionnaire sur les représentations sociales

Le questionnaire sur les représentations de la dépression comporte deux parties. La première est composée de deux listes d'items : l'une concerne les causes de la dépression et l'autre, les interventions. La deuxième partie regroupe des questions d'ordre situationnel et sociodémographique.

Les items de la première partie constituent des causes et des interventions possibles au sujet de la dépression. Ils ont été élaborés en s'inspirant des items utilisés dans les études sur les croyances et attitudes relatives aux causes et traitements de la dépression. Les catégories d'items revenant fréquemment parmi les études pertinentes ont été retenues (Angermeyer & Matschinger, 1999; Çirakoğlu et al., 2003; Furnham & Kuyken, 1991; Jorm, Korten, Jacomb, Christensen, Rodgers & Pollitt, 1997; Jorm, Christensen et al., 2000; Jorm,

Medway, Christensen, Korten, Jacomb & Rodgers, 2000; Kirk et al., 1999; Kuyken et al., 1992; Lauber et al., 2003; Matschinger & Angermeyer, 2003; Srinivasan, Cohen & Parikh, 2003). Les items apparentés ont été regroupés sous forme de catégories plus générales. La forme des questions de la première partie est similaire à celle employée dans les études sur les représentations sociales selon la perspective des principes organisateurs (exemple, Doise et al., 1992, p.125-135). Ainsi, pour les causes de la dépression, les répondants avaient à situer l'importance de chacune d'elles dans la dépression en général, selon eux, sur une échelle de type Likert en sept points, allant de «pas du tout important» à «très important». Pour les interventions, ils avaient à situer de la même façon l'utilité de chacune d'elle face à la dépression sur une échelle en sept points, allant de «pas du tout utile» à «très utile». Dans le cas des patients, ils avaient à répondre à ces questions en référant à leur propre dépression et à la dépression en général, tour à tour, dans le même questionnaire.

## Inventaire de l'état dépressif

Ce questionnaire est une version traduite en français (Gauthier, Morin, Thériault & Lawson, 1982) de l'inventaire de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961), un instrument fidèle et encore aujourd'hui largement utilisé pour mesurer la gravité de l'état dépressif dans des champs d'application très variés. Il s'agit d'un questionnaire autorapporté qui comprend vingt-et-un items à choix multiples et qui demande aux répondants de se situer sur des aspects relatifs à leur humeur, leur image d'eux-mêmes et leurs symptômes physiologiques.

## Procédure

Les étudiants ont répondu au questionnaire pendant les heures de classe alors que les patients et les professionnels de la santé ont répondu à un envoi postal. Les patients devaient répondre trois fois aux deux questionnaires, à raison de quatre semaines d'intervalle entre chaque passation. Ces passations différentes et le temps s'écoulant entre elles servent essentiellement deux types d'intérêt. Premièrement, examiner comment les représentations des patients évoluent dans le temps lorsqu'un traitement est suivi. Deuxièmement, évaluer les relations entre ces représentations et l'état dépressif à différents moments du traitement. Le laps de temps entre les passations représente un compromis entre le temps minimum

nécessaire pour observer l'effet de l'intervention sur l'état dépressif et le risque de mortalité expérimental par abandon des participants ou fin de l'intervention. Ils ont été recrutés dans les cliniques médicales à l'aide d'affiches et de dépliants, après avoir obtenu l'approbation du comité d'éthique de chaque milieu. Les professionnels ont quant à eux été sollicités à l'aide de listes aléatoires, l'une fournie par le Collège des médecins du Québec et l'autre produite aléatoirement à partir du site Internet de l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ).

#### Résultats

#### Analyses

Afin de réaliser une étude exhaustive des représentations sociales (Clémence, Doise & Lorenzi-Cioldi, 1994), les analyses ont visé à mettre à jour un savoir commun, des principes organisateurs des positions individuelles par rapport aux points de repère fournis par ce savoir commun, et les ancrages de ces positions dans des réalités sociopsychologiques. Les réponses aux items associés aux causes et interventions relatives à la dépression ont d'abord été examinées pour cerner ce savoir commun. Des analyses en composantes principales (ACP) ont ensuite été réalisées sur ces réponses pour dégager les principes organisateurs des variations interindividuelles. De nouvelles variables ont alors été créées sur la base de ces principes, en additionnant puis en faisant la moyenne des scores à l'ensemble des items se rapportant à chaque facteur issus des ACP. Puis, des analyses de variance (ANOVAs) ont été menées sur ces nouvelles variables pour examiner les ancrages des principes organisateurs en fonction des groupes. En plus de l'appartenance de groupe (patient, professionnel et étudiant), l'âge et le sexe, deux variables caractérisant fortement les groupes sociaux, ont également été incluses en tant que variables indépendantes dans ces ANOVAs. Concernant l'âge, les participants ont été catégorisés en «moins de 45 ans» et «45 ans et plus» pour répartir les patients et les professionnels en deux groupes d'âge chacun, de tailles sensiblement égales. Finalement, pour examiner les liens entre les représentations des patients aux trois temps de mesure et la gravité de l'état dépressif, des tests de corrélation de Pearson ont été réalisés entre les scores factoriels associés aux principes organisateurs et le score global à l'inventaire de Beck.

# Les causes de la dépression

Le Tableau 2 présente les moyennes et écarts-types des réponses de chaque groupe aux items associés aux causes de la dépression, de même que les résultats des analyses de variance (ANOVAs) réalisées sur ces moyennes. Rappelons que les participants avaient à indiquer l'importance, selon eux, de chacune des causes proposées dans la dépression (l'échelle allait de 1= pas du tout important à 7 = très important). Dans l'ensemble, les causes reconnues importantes (au-dessus de 5) par les trois groupes sont le stress, les pensées négatives, les expériences traumatisantes, la séparation ou la perte d'un être cher et l'isolement (items 3, 6, 13, 14 et 15). Ces causes consensuelles semblent donc les plus incluses dans la représentation sociale. Au contraire, les causes exclues de cette représentation (en dessous de 3) sont la volonté de Dieu ou autre force surnaturelle et la perte / manque de spiritualité ou de foi en Dieu (items 17 et 18). Plus particulièrement, chez les patients, la plupart des causes sont considérées importantes (au-dessus de 5), à l'exception des causes religieuses ou spirituelles (items 17 et 18). Les causes plus fortement reconnues par eux (au-dessus de 5,5) sont le stress, les pensées négatives, les expériences traumatisantes, la séparation et l'isolement (items 3, 6, 13, 14 et 15). Chez les professionnels, les causes considérées importantes (au-dessus de 5) sont également nombreuses, mais moins que chez les patients. Parmi les causes qu'ils endossent le plus fortement (au-dessus de 5,3), il y a, tout comme les patients, les expériences traumatisantes, les séparations et l'isolement (items 13, 14 et 15), mais à la différence, il y a aussi l'hérédité, la personnalité vulnérable, les problèmes d'alcool/drogue (items 10, 11 et 16). Chez les étudiants, les causes recevant le plus d'importance (au-dessus de 5,2) sont, tout comme pour les patients, le stress, les pensées négatives, les expériences traumatisantes, la séparation et l'isolement (items 3, 6, 13, 14 et 15). Les ANOVAs réalisées sur les moyennes montrent qu'il existe plusieurs différences entre les groupes sur la base des items. Les analyses qui suivront (analyse en composante principale et analyses de variance) dans les prochaines sections ont visé à mieux organiser ces différences.

Tableau 2

Moyennes et écarts-types des réponses relatives aux causes de la dépression

Items relatifs aux causes de la dépression	Étudiants	Patients	Profess.
	M (ET)	M (ET)	M (ET)
Les facteurs de société (matérialisme, performance, etc.)	4,56 (1,43) b	5,32 (1,62) a	3,78 (1,24) c
2. Les difficultés financières	5,09 (1,27) a	5,27 (1,37) a	4,63 (1,31) b
3. Le stress	5,81 (1,22) a	5,81 (1,52) a	5,12 (1,29) b
4. Des difficultés liées aux conditions de travail	4,60 (1,23) b	5,38 (1,64) a	4,75 (1,10) b
5. Avoir des espoirs non-satisfaits, des ambitions non-atteintes, de la frustration	4,59 (1,28) b	5,16 (1,57) a	4,57 (1,30)
6. Les pensées négatives (se culpabiliser, être exigeant(e) envers soi-même, se préoccuper à propos de son corps, etc.)	5,24 (1,33) b	6,00 (1,20) a	5,21 (1,30) b
7. Une mauvaise hygiène de vie (activité physique, sommeil, habitudes alimentaires, etc.)	4,73 (1,48) a	4,78 (1,64)	4,25 (1,43) b
8. Avoir eu une enfance difficile / avoir manqué d'amour parental	4,57 (1,33) b	5,47 (1,58) a	5,01 (1,24) a
9. Les conflits psychologiques inconscients	3,94 (1,51) b	5,08 (1,85) a	4,21 (1,65) b
10. L'hérédité, les facteurs biologiques ou hormonaux	4,06 (1,69) b	5,08 (1,77) a	5,33 (1,29) a
11. Avoir une personnalité vulnérable	4,60 (1,61) b	5,35 (1,55) a	5,53 (1,18) a
12. Les conflits et difficultés dans les relations avec les autres	4,57 (1,22)	4,49 (1,71)	4,52 (1,21)
13. Les expériences traumatisantes (viol, abus, violence, accident, etc.)	5,97 (1,17)	6,11 (1,31)	5,73 (1,08)
14. Une séparation ou la perte d'un être cher	5,73 (1,21)	5,81 (1,29)	5,50 (1,12)
15. L'isolement, la solitude, le manque de soutien	5,83 (1,18) a	5,84 (1,12)	5,43 (1,04) b
16. Avoir des problèmes d'alcool ou de drogue	5,05 (1,30)	4,89 (1,90)	5,34 (1,24)
17. La volonté de Dieu ou autre force surnaturelle	1,54 (1,05)	1,92 (1,69)	1,42 (0,97)
18. La perte ou le manque de spiritualité ou de foi en Dieu	2,35 (1,56) b	2,97 (1,91)	2,97 (147) a

Note. Les scores allaient de 1 (Pas du tout important) à 7 (Très important). Des ANOVAs ont éré réalisées pour évaluer les différences entre les moyennes, avec correction Bonferroni. Les moyennes qui ne comportent pas la même lettre diffèrent à p < .05 (a  $\Box$  b  $\Box$  c).

# Analyse en composantes principales sur les items des causes de la dépression

Une première analyse en composantes principales (ACP) a été réalisée avec l'ensemble des participants (patients, professionnels et étudiants) sur les dix-huit items des causes de la dépression, pour dégager les principes organisateur des prises de position. Pour faciliter l'interprétation des facteurs, une rotation VARIMAX a été effectuée. Les quatre facteurs retenus selon le test des éboulis (Cattell, 1966) avaient une valeur propre supérieure à 1 et permettent d'expliquer 50,79% de la variance totale. Le Tableau 3 présente les contributions des items sur les facteurs obtenus, ainsi que les moyennes et écarts-types des scores de l'ensemble des participants pour chaque item. Le premier facteur permet d'expliquer à lui seul 15,48% de variance. Les items les plus associés à ce facteur (facteurs de société, difficultés financières, stress, difficultés liées aux conditions de travail) renvoyant à des dimensions de stress d'ordre social, ce facteur a été désigné «stress sociaux». Le second facteur permet d'expliquer 13,93% de la variance. Les items s'y rapportant (enfance difficile, conflits psychologiques inconscients, hérédité, personnalité vulnérable, conflits relationnels) sont marqués par des phénomènes héréditaires, passés ou difficiles à modifier, c'est pourquoi il a été nommé «hérédité et réalités hors de contrôle». Le troisième facteur, expliquant 12,73% de variance, est associé à quatre items liés à des traumatismes et des problèmes d'isolement, il a donc été identifié «traumatismes et isolement». Finalement, le quatrième facteur, permettant d'expliquer 8,65% de variance, est marqué par deux items, la volonté de Dieu ou autre force surnaturelle, et, la perte ou le manque de spiritualité ou de foi en Dieu. Il a donc été désigné «Dieu, spiritualité et foi». En somme, les résultats de l'ACP montrent que les causes proposées de la dépression se structurent autour de quatre principes organisateurs : 1-Stress sociaux, 2-Hérédité et réalités hors de contrôle, 3- Traumatismes et isolement, et 4-Dieu, spiritualité et foi.

Tableau 3

Moyennes, écarts-types et contributions associées aux facteurs résultant de l'ACP réalisée sur les dix-huit items des causes de la dépression, pour l'ensemble des participants (N=485)

Selon vous, quelle est l'importance de chacune des			Fact	teurs	
causes suivantes dans la dépression ?		1	2	3	4
	M (ET)		contributi	ons > 0,30	
Les facteurs de société (matérialisme, performance, etc.)	4,47 (1,46)	0,64			
2. Les difficultés financières	5,02 (1,30)	0,63		0,35	
3. Le stress	5,68 (1,28)	0,63			
4. Des difficultés liées aux conditions de travail	4,69 (1,25)	0,59			
5. Avoir des espoirs non-satisfaits, des ambitions non- atteintes, de la frustration	4,63 (1,32)	0,53	0,52		
6. Les pensées négatives (se culpabiliser, être exigeant(e) envers soi-même, se préoccuper à propos de son corps, etc.)	5,29 (1,33)	0,49	0,47		
7. Une mauvaise hygiène de vie (activité physique, sommeil, habitudes alimentaires, etc.)	4,64 (1,49)	0,40			
8. Avoir eu une enfance difficile / avoir manqué d'amour parental	4,72 (1,36)		0,65	0,39	
9. Les conflits psychologiques inconscients	4,08 (1,59)		0,64		
10. L'hérédité, les facteurs biologiques ou hormonaux	4,38 (1,71)		0,59		0,30
11. Avoir une personnalité vulnérable	4,84 (1,58)		0,53		
12. Les conflits et difficultés dans les relations avec les autres	4,55 (1,26)	0,45	0,52		
13. Les expériences traumatisantes (viol, abus, violence, accident, etc.)	5,94 (1,17)			0,87	
14. Une séparation ou la perte d'un être cher	5,69 (1,20)			0,83	
15. L'isolement, la solitude, le manque de soutien	5,75 (1,16)	0,39		0,46	
16. Avoir des problèmes d'alcool ou de drogue	5,10 (1,35)			0,46	
17. La volonté de Dieu ou autre force surnaturelle	1,55 (1,10)				0,79
18. La perte ou le manque de spiritualité ou de foi en Dieu	2,52 (1,59)				0,79
	Valeur propre	5,06	1,56	1,36	1,16
	Variance (%)	15,48	13,93	12,73	8,65

Note: Échelle: Pas du tout important 1 2 3 4 5 6 7 Très important

# Les interventions de la dépression

De la même façon que pour les causes, le Tableau 4 présente les moyennes et écartstypes des réponses de chaque groupe aux items associés aux interventions relatives à la dépression, de même que les résultats des ANOVAs réalisées sur ces moyennes. Rappelons que les participants avaient à indiquer l'utilité, selon eux, de chacune des interventions proposées pour remédier à la dépression (l'échelle allait de 1= pas du tout utile à 7 = très utile). Dans l'ensemble, les interventions reconnues utiles par les trois groupes (au-dessus de 5) sont : accroître son estime, développer ses habiletés relationnelles, se confier à une personne de confiance, suivre une psychothérapie, être suivi par un professionnel de la santé et faire de l'activité physique (items 2, 3, 4, 8, 9 et 16). Ces interventions dont l'utilité est reconnue de façon consensuelle paraissent donc les plus incluses dans la représentation sociale. Les interventions jugées peu utiles (en dessous de 3,5) par l'ensemble des groupes sont, à l'opposé: changer d'apparence physique, prier Dieu ou pratiquer une religion et prendre des produits naturels (items 11, 12 et 13). Chez les patients, les interventions considérées les plus utiles (au-dessus de 5,5) réfèrent à l'estime personnelle, à l'écoute par une personne de confiance, à la psychothérapie, au suivi professionnel, aux antidépresseurs et à l'activité physique (items 2, 4, 8, 9, 10, 16). Chez les professionnels, les interventions les plus reconnues (au-dessus de 5,5) sont les mêmes que chez les patients (items 2, 8, 9 et 10), excepté l'écoute par une personne de confiance et l'activité physique (items 4 et 16) qui n'y figurent pas. Quant aux étudiants, les interventions évaluées les plus utiles renvoient au temps passé avec les proches, à l'estime personnelle et au suivi professionnel (items 1, 2 et 9). Comme pour les causes, les différences de groupe qu'indiquent déjà les résultats des ANOVAs sur les moyennes aux items seront plus approfondies avec les analyses qui suivront.

Tableau 4

Moyennes et écarts-types des réponses relatives aux interventions face à la dépression

Items relatifs aux interventions face à la	Étudiants	Patients	Profess.
dépression	M (ET)	M (ET)	M (ET)
1. Passer du temps avec des amis, des proches	5,56 (1,12) a	5,24 (1,69)	4,89 (1,15) b
2. Accroître son estime personnelle, sa confiance en soi	6,16 (0,93) a	5,92 (1,30)	5,57 (1,19) b
3. Développer ses habiletés relationnelles	5,32 (1,11)	5,38 (1,74)	5,16 (1,18)
4. Se confier à une personne de confiance	5,49 (1,23) a	5,59 (1,69)	5,07 (1,13) b
5. Diminuer sa charge de travail, prendre des vacances	5,32 (1,17) a	4,84 (1,69)	4,60 (1,11) b
6. S'engager dans de nouvelles activités, se fixer de nouveaux buts	5,29 (1,32) a	5,00 (1,70) a	4,34 (1,34) b
7. Lire sur la dépression et son traitement	4,44 (1,41)	4,97 (2,05) a	4,19 (1,32) b
8. Suivre une psychothérapie	5,29 (1,46) b	5,81 (1,29)	6,12 (1,00) a
9. Être suivi par un professionnel de la santé (médecin, psychologue ou autre)	5,60 (1,30) b	6,62 (0,72) a	6,23 (0,98) a
10. Suivre un traitement aux antidépresseurs	3,93 (1,65) b	5,81 (1,53) a	5,52 (1,26) a
11. Changer d'apparence physique	2,53 (1,41) b	3,14 (1,89) a	2,22 (1,17) b
12. Prier Dieu, pratiquer une religion	2,24 (1,61) b	2,92 (2,19) a	2,88 (1,40) a
13. Consommer des produits naturels, vitamines ou minéraux	3,09 (1,55) a	3,19 (2,05) a	2,04 (1,08) b
14. Se divertir (regarder un film, écouter de la musique, sortir, magasiner, etc.)	4,14 (1,50)	4,30 (1,85)	3,71 (1,59)
15. Apprendre à se relaxer, séances de massothérapie, méditation / yoga	5,22 (1,37) a	5,49 (1,28) a	<b>4,60</b> (1,11) b
16. Faire de l'activité physique, adopter des habitudes alimentaires saines	5,33 (1,36)	5,68 (1,55)	5,07 (1,22)
17. Réorganiser sa vie (changer de travail, déménager, mettre fin à de vieilles relations)	4,45 (1,48)	4,78 (1,97)	4,16 (1,30)

Note. Les scores allaient de 1 (Pas du tout utile) à 7 (Très utile). Des ANOVAs ont éré réalisées pour évaluer les différences entre les moyennes, avec correction Bonferroni. Les moyennes qui ne comportent pas la même lettre diffèrent à p < .05 (a  $\Box$  b  $\Box$  c).

# Analyse en composantes principales sur les items des interventions pour la dépression

De la même façon que pour les items des causes de la dépression, une ACP a été réalisée avec l'ensemble des participants sur les dix-sept items des interventions pour la dépression. Pour faciliter l'interprétation des facteurs, une rotation VARIMAX a été effectuée. Les trois facteurs retenus selon le test des éboulis (Cattell, 1966) avaient une valeur propre supérieure à 1 et permettent d'expliquer 47,54% de la variance totale (Tableau 5). Le premier facteur, expliquant à lui seul 21,25% de variance, est relié à sept items. Ces items impliquant une prise en charge pour le patient et un travail sur soi, ce facteur a donc été désigné «prendre soin de soi / travailler sur soi». Le second facteur, expliquant 13,47% de variance, est associé à trois items faisant tous référence à des interventions de type professionnel, c'est pourquoi il a été nommé «interventions professionnelles». Finalement, le troisième facteur, expliquant 12,82% de variance, est relié à sept items, dont la plupart impliquent un moyen extérieur à soi ou le changement de conditions de vie. Il a donc été nommé «moyens extérieurs et contexte de vie». En somme, les résultats de l'ACP montrent que les interventions proposées pour la dépression se structurent autour de trois principes organisateurs: 1-Prendre soin de soi / travailler sur soi, 2-Interventions professionnelles, et 3-Moyens extérieurs et contexte de vie.

Tableau 5

Moyennes, écarts-types et contributions associées aux facteurs résultant de l'ACP sur les dixsept items des interventions pour la dépression, pour tous les participants (N=485)

Selon vous, quelle est l'utilité de chacune des			Facteurs	
interventions suivantes pour se remettre de la dépression ?		1	2	3
	M (ET)	contr	ibutions >	0,30
1. Passer du temps avec des amis, des proches	5,41 (1,20)	0,78		
2. Accroître son estime personnelle, sa confiance en soi	6,03 (1,04)	0,74		
3. Développer ses habiletés relationnelles	5,29 (1,18)	0,67		
4. Se confier à une personne de confiance	5,42 (1,26)	0,65		
5. Diminuer sa charge de travail, prendre des vacances	5,15 (1,24)	0,60		
<ol> <li>S'engager dans de nouvelles activités, se fixer de nouveaux buts</li> </ol>	5,09 (1,40)	0,57		0,38
7. Lire sur la dépression et son traitement	4,43 (1,46)	0,47	0,30	
8. Suivre une psychothérapie	5,49 (1,41)		0,85	
9. Être suivi par un professionnel de la santé (médecin, psychologue ou autre)	5,80 (1,28)		0,84	
10. Suivre un traitement aux antidépresseurs	4,37 (1,74)		0,75	
11. Changer d'apparence physique	2,52 (1,42)			0,66
12. Prier Dieu, pratiquer une religion	2,41 (1,65)			0,65
13. Consommer des produits naturels, vitamines ou minéraux	2,90 (1,57)			0,64
14. Se divertir (regarder un film, écouter de la musique, sortir, magasiner, etc.)	4,07 (1,55)	0,40		0,44
<ol> <li>Apprendre à se relaxer, séances de massothérapie, méditation / yoga</li> </ol>	5,12 (1,34)	0,40		0,43
16. Faire de l'activité physique, adopter des habitudes alimentaires saines	5,31 (1,35)	0,39		0,42
17. Réorganiser sa vie (changer de travail, déménager, mettre fin à de vieilles relations)	4,42 (1,50)	0,31		0,32
	Valeur propre	4,52	2,30	1,26
	Variance (%)	21,25	13,47	12,82

Note: Échelle: Pas du tout utile 1 2 3 4 5 6 7 Très utile

# Comparaison des groupes sur les facteurs à propos des causes et des interventions

Le Tableau 6 indique les moyennes et les écarts-types des scores de chaque groupe sur les facteurs issus des ACP à propos des causes et des interventions, montrant ainsi un portrait d'ensemble. Les scores pour chacun des facteurs représentent la moyenne des scores à l'ensemble des items se rapportant au facteur en question. Ces chiffres indiquent que les patients constituent le groupe, parmi les trois, qui accorde le plus d'importance et d'utilité aux facteurs liés aux causes et aux interventions, respectivement. À l'inverse, les étudiants semblent le groupe qui accorde le moins d'importance aux facteurs liés aux causes, mais qui accorde aux facteurs d'intervention une utilité semblable à celle que leur accordent les professionnels. Le Tableau 6 présente également les moyennes et écarts-types pour chacun des trois groupes professionnels. Ces chiffres indiquent que les réponses de ces trois groupes paraissent assez similaires sur chacun des facteurs. Pour mieux évaluer les différences entre les groupes, des analyses de variance ont été menées sur ces facteurs et sont présentées dans les prochaines sections.

Tableau 6

Moyennes et écarts-types des facteurs relatifs aux causes et aux traitements, pour chaque groupe

		Groupes principau	x
	Étudiants	Patients	Professionnels
	M (ET)	M (ET)	M (ET)
Facteurs liés aux causes			
Stress sociaux	4,94 (0,80)	5,39 (0,94)	4,63 (0,84)
Hérédité et réalités hors de contrôle	4,36 (0,94)	5,08 (1,12)	4,93 (0,81)
Traumatismes et isolement	5,65 (0,89)	5,66 (1,02)	5,48 (0,83)
Dieu, spiritualité et foi	1,94 (1,15)	2,45 (1,61)	2,19 (0,98)
Facteurs liés aux interventions			
Prendre soin de soi / travailler sur soi	5,37 (0,74)	5,28 (1,26)	4,83 (0,82)
Interventions professionnelles	4,94 (1,22)	6,09 (0,91)	5,96 (0,81)
Moyens extérieurs et contexte de vie	3,86 (0,82)	4,21 (1,20)	3,53 (0,78)

~		
Groupes	professionnels	

	Omnipraticiens	Psychiatres	Psychologues
	M	M	M
Facteurs liés aux causes			
Stress sociaux	4,78 (0,68)	4,54 (0,82)	4,57 (0,95)
Hérédité et réalités hors de contrôle	4,88 (0,56)	5,08 (0,95)	4,88 (0,88)
Traumatismes et isolement	5,74 (0,73)	5,51 (0,65)	5,28 (0,94)
Dieu, spiritualité et foi	2,33 (0,96)	2,52 (1,10)	1,90 (0,85)
Facteurs liés aux interventions			
Prendre soin de soi / travailler sur soi	4,96 (0,73)	4,68 (0,81)	4,83 (0,90)
Interventions professionnelles	5,94 (0,90)	6,00 (0,71)	5,94 (0,82)
Moyens extérieurs et contexte de vie	3,63 (0,79)	3,49 (0,90)	3,48 (0,73)

Note. Certains des chiffres diffèrent légèrement de ceux rapportés aux sections suivantes étant donné les données manquantes et l'exclusion de quelques répondants aux ANOVAs

# Analyses de variance sur les facteurs des causes de la dépression

Une première série d'analyses de variance factorielles 3 (appartenance groupale : patients, professionnels, étudiants) x 2 (sexe : homme, femme) x 2 (âge : Moins de 45 ans, 45 ans et plus) a été réalisée sur chacun des quatre scores factoriels résultants de l'ACP sur les causes de la dépression. L'analyse était recommencée chaque fois, en éliminant tour à tour les variables ne participant pas à des effets principaux ou d'interaction significatifs, à l'exception de l'appartenance groupale, qui demeurait comme variable de référence dans chaque modèle. Il s'agissait d'une procédure «pas-à-pas» permettant d'arriver à un modèle épuré ne comprenant que les variables associées aux effets significatifs (p < .05). Pour les effets principaux liés à l'appartenance groupale, des tests post-hoc (Tukey, p < .05) ont été réalisés pour comparer les groupes un à un. Le Tableau 7 résume les résultats obtenus.

Tableau 7

Résultats des ANOVAs sur les facteurs liés aux causes

		Ef	fets prin	ncipaux				Effets teraction	on
Facteurs liés aux causes	Groupe	Pat. VS Prof.	Pat. VS Ett. As Ett.	oo Étu. VS Prof.	Sexe	Âge	Interaction groupe - âge	Interaction groupe - sexe	Interaction âge - sexe
Stress sociaux	***	***	**	**	*				
Hérédité et réalités hors de contrôle	***		***	***	**				
Traumatismes et isolement					**				
Dieu, spiritualité et foi	*		*						

Note. \*\*\*: p < .001; \*\*: p < .01; \*: p < .05

Pour le premier facteur, «stress sociaux», l'analyse de variance (ANOVA) a indiqué des effets principaux de l'appartenance groupale, F(2,454) = 10,29, p < .001 et du sexe F(1,454) = 4,73, p = .030. Les patients semblent le groupe qui accorde le plus d'importance aux «stress sociaux» en tant que cause de la dépression (M = 5.36, ET = .14). Ils se différencient des étudiants (M = 4.91, ET = .05) et des professionnels (M = 4.61, ET = .09), ces deux derniers groupes se différenciant aussi l'un de l'autre de façon significative. Concernant l'effet du sexe, les femmes paraissent accorder plus d'importance à ce facteur «stress sociaux» (M = 5.05, ET = .06) comparativement aux hommes (M = 4.87, ET = .08).

L'ANOVA réalisée sur le second facteur, «hérédité et réalités hors de contrôle», a aussi montré des effets principaux de l'appartenance groupale, F(2,453) = 20,87, p < .001 et du sexe F(1,453) = 8,32, p = .004. Les étudiants semblent le groupe qui accorde le moins d'importance à ce facteur «hérédité et réalités hors de contrôle» comme cause de la dépression (M = 4.30, ET = .05). Ils se différencient des professionnels (M = 4.92, ET = .10)

et des patients (M = 5.01, ET = .16). En ce qui à trait au sexe, les femmes semblent accorder de nouveau plus d'importance à ce facteur (M = 4.88, ET = .08) que les hommes (M = 4.61, ET = .09).

Pour le facteur «traumatismes et isolement», l'ANOVA n'a pas mis en évidence d'effet principal de l'appartenance groupale significatif, mais un effet principal du sexe F(1,458) = 7,80, p = .005, les femmes accordant une fois de plus davantage d'importance à ce facteur (M = 5.66, ET = .07), que les hommes (M = 5.41, ET = .08).

Finalement, l'ANOVA réalisée sur le facteur «Dieu, spiritualité et foi» a permis d'identifier un effet principal de l'appartenance groupale, F(2,468) = 4,35, p = .013, les patients étant ceux qui accordent le plus d'importance à ce facteur (M = 2.45, ET = .19). Ils se différencient significativement des étudiants (M = 1.94, ET = .06), qui constituent le groupe qui accorde le moins d'importance à ce facteur.

# Groupes professionnels distincts

Pour tester les différences de groupe en distinguant cette fois-ci les groupes professionnels les uns des autres, une deuxième série d'ANOVAs, cette fois-ci 5 (appartenance groupale : patients, omnipraticiens, psychologues, psychiatres, étudiants) x 2 (sexe : homme, femme) x 2 (âge : Moins de 45 ans, 45 ans et plus) a été réalisée de nouveau sur chacun des quatre facteurs de l'ACP sur les causes de la dépression. De même que pour les ANOVAs précédentes, le modèle était à chaque fois épuré et l'appartenance groupale demeurait en tant que variable de référence. Les résultats de ces analyses montrent qu'aucune différence significative n'est apparue entre les groupes professionnels, de sorte qu'ils ne seront pas présentés.

### Analyse de variance sur les facteurs des interventions pour la dépression

De la même manière que les analyses de variance menées sur les facteurs des causes de la dépression, des analyses de variance 3 (appartenance groupale : patients, professionnels, étudiants) x 2 (sexe : homme, femme) x 2 (âge : Moins de 45 ans, 45 ans et plus) ont été réalisées sur chacun des trois scores factoriels résultant de l'ACP sur les interventions pour la

dépression. Le modèle était de nouveau à chaque fois épuré et l'appartenance groupale demeurait comme variable de référence. Pour les effets principaux liés à l'appartenance groupale, des tests post-hoc (Tukey, p < .05) ont de nouveau été réalisés pour comparer les groupes un à un. Le Tableau 8 résume les résultats obtenus.

Tableau 8

Résultats des ANOVAs sur les facteurs liés aux interventions

		Ef	fets pri	ncipaux				Effets teraction	on
Facteurs liés aux interventions	Groupe	Pat. VS Prof.	Pat. VS Étu.	oo Étu. VS Prof.	Sexe	Âge	Interaction groupe - âge	Interaction groupe - sexe	Interaction âge - sexe
Prendre soin de soi / travailler sur soi	*			***		**		*	
Interventions professionnelles	***		***	***	**	*			*
Moyens extérieurs et contexte de vie	***	***	*	**					

Note. \*\*\*: p < .001; \*\*: p < .01; \*: p < .05

L'ANOVA réalisée sur le premier facteur, «prendre soin de soi / travailler sur soi», a montré un effet principal de l'appartenance groupale F(2,455) = 3,52, p = .030 et de l'âge F(1,455) = 6,96, p = .009, ainsi qu'un effet d'interaction entre l'appartenance groupale et le sexe F(2,455) = 3,52, p = .030. Concernant l'effet de l'appartenance groupale, les professionnels (M = 4.91, ET = .09) n'accordent pas tout à fait autant d'utilité à ce facteur que les deux autres groupes et ils se distinguent significativement des étudiants (M = 5.16, ET = .08). Quant à l'effet de l'âge, les moins de 45 ans accordent plus d'utilité à ce facteur (M = 5.32, ET = .08) que les 45 ans et plus (M = 4.95, ET = .10). Pour ce qui est de l'effet d'interaction entre l'appartenance groupale et le sexe, le Tableau 9 indique que les femmes accordent plus d'utilité au facteur que les hommes chez les étudiants et les professionnels,

alors que c'est l'inverse pour les patients. Le tableau permet également de constater que chez les femmes, les étudiantes semblent accorder plus d'utilité au facteur que les professionnelles et les patientes alors que chez les hommes, ce sont les patients qui accordent le plus d'utilité au facteur et les professionnels qui en accordent le moins.

Tableau 9

Moyennes liées à l'effet d'interaction entre l'appartenance groupale et le sexe, pour le facteur d'intervention «prendre soin de soi / travailler sur soi»

	Sexe	M (ET)			
Groupe					
Étudiants	Femme	5,26 (0,08)			
Etudiants	Homme	5,06 (0,11)			
D fiI-	Femme	5,08 (0,12)			
Professionnels	Homme	4,73 (0,13)			
Detient	Femme	5,06 (0,17)			
Patients	Homme	5,60 (0,24)			

Pour le second facteur, «interventions professionnelles», l'ANOVA a indiqué des effets principaux de l'appartenance groupale F(2,455) = 15,73, p < .001, de l'âge F(1,455) = 4,24, p = .040 et du sexe F(1,455) = 9,28, p = .002, ainsi qu'un effet d'interaction entre l'âge et le sexe F(1,455) = 6,23, p = .013. Les étudiants paraissent le groupe qui accorde le moins d'utilité à ce facteur (M = 4,98, ET = .11). Ils se différencient des professionnels (M = 5.83, ET = .12) et des patients (M = 6.07, ET = .19). Concernant l'effet de l'âge, les 45 ans et plus accordent plus d'utilité à ce facteur (M = 5.83, ET = .14) que les moins de 45 ans (M = 5.43, ET = .11). Les femmes accordent de nouveau plus d'importance à ce facteur (M = 5.83, ET = .10) que les hommes (M = 5.42, ET = .11). Pour ce qui est de l'effet d'interaction entre l'âge et le sexe, le Tableau 10 indique que les femmes accordent plus d'utilité au facteur que les hommes chez les moins de 45 ans alors que les différences liées au sexe sont beaucoup moins apparentes pour les plus de 45 ans. Le tableau montre que chez les hommes, les 45 ans et plus

accordent plus d'utilité au facteur que les moins de 45 ans alors que chez les femmes, il ne semble pas y avoir de différences dans les réponses selon l'âge.

Tableau 10

Moyennes liées à l'effet d'interaction entre l'âge et le sexe, pour le facteur d'intervention 
«interventions professionnelles»

Âge	Sexe	M (ET)
	Femme	5,80 (0,12)
Moins de 45 ans	Homme	5,05 (0,14)
45	Femme	5,87 (0,16)
45 ans et plus	Homme	5,79 (0,20)

Enfin, l'ANOVA réalisée sur le troisième facteur, «moyens extérieurs et contexte de vie», a permis d'identifier un effet principal de l'appartenance groupale F(2,467) = 9,65, p < .001. Les professionnels paraissent ceux qui accordent le moins d'utilité à ce facteur (M = 3,53, ET = .09). Ils se différencient des étudiants (M = 3.86, ET = .05) et des patients (M = 4.21, ET = .14), et ces deux derniers groupes se différencient également entre eux de façon significative.

#### Groupes professionnels distincts

Comme pour les causes de la dépression, une deuxième série d'analyses de variance a été menée sur les facteurs des interventions relatives à la dépression, en distinguant les groupes professionnels les uns des autres. Encore une fois, d'après les résultats de ces analyses, aucune différence significative n'est apparue entre les groupes professionnels, de sorte que ces résultats ne sont pas présentés.

## Représentations et état dépressif chez les patients

Comme l'indique le Tableau 11, même s'il existe une certaine similarité dans les réponses des patients à propos de leur propre dépression et de la dépression en général, des différences systématiques sont apparues. Les mêmes différences semblent persister aux trois temps de mesure. Rappelons que pour la «dépression en général», il était demandé aux patients de répondre en fonction du cas général de la dépression dans la société alors que pour la «dépression personnelle», il leur était demandé de répondre à propos de leur propre dépression. Les facteurs qui apparaissent dans le Tableau 11 sont les mêmes que ceux issus des ACP présentés précédemment pour l'ensemble des participants. Ils ont été construits sur la même base à partir des mêmes groupes d'items que ceux identifiés précédemment, cela afin de permettre des comparaisons à propos des mêmes facteurs aux trois temps de mesure. De façon générale, les moyennes indiquent que les patients accordent moins d'importance aux causes et moins d'utilité aux interventions lorsqu'il s'agit de leur propre dépression. Une seule légère exception à cette tendance étant le facteur «Dieu, spiritualité et foi» au temps 3.

Tableau 11

Moyennes et écarts-types des patients sur les facteurs issus de l'ACP sur les causes et les interventions

Temps 1	Dépress. en général		Dépress. personnelle	
	n	M (ET)	n	M (ET)
Facteurs liés aux causes				
Stress sociaux	37	5,39 (0,94)	41	4,39 (1,17)
Hérédité et réalités hors de contrôle	36	5,08 (1,12)	41	4,25 (1,37)
Traumatismes et isolement	37	5,66 (1,02)	40	3,63 (1,63)
Dieu, spiritualité et foi	37	2,45 (1,61)	41	1,96 (1,32)
Facteurs liés aux interventions				
Prendre soin de soi / travailler sur soi	37	5,28 (1,26)	38	4,85 (1,15)
Interventions professionnelles	36	6,09 (0,91)	40	5,87 (1,25)
Moyens extérieurs et contexte de vie	37	4,21 (1,20)	39	3,82 (1,17)
Temps 2				
Facteurs liés aux causes				
Stress sociaux	24	5,43 (0,82)	23	4,72 (0,95)
Hérédité et réalités hors de contrôle	24	5,05 (1,13)	23	4,09 (1,30)
Traumatismes et isolement	24	5,71 (1,22)	24	3,86 (1,52)
Dieu, spiritualité et foi	24	2,52 (1,68)	24	1,75 (1,36)

Facteurs liés aux interventions				
Prendre soin de soi / travailler sur soi	24	5,02 (1,28)	24	4,83 (1,09)
Interventions professionnelles	24	5,82 (1,18)	24	5,79 (1,26)
Moyens extérieurs et contexte de vie	24	3,99 (1,20)	24	3,84 (1,07)
Temps 3				
Facteurs liés aux causes				
Stress sociaux	19	5,56 (0,66)	20	4,84 (1,11)
Hérédité et réalités hors de contrôle	19	5,02 (1,21)	20	4,07 (1,46)
Traumatismes et isolement	18	5,88 (1,17)	20	3,61 (1,59)
Dieu, spiritualité et foi	19	2,29 (1,82)	20	2,38 (1,91)
Facteurs liés aux interventions				
Prendre soin de soi / travailler sur soi	19	5,14 (1,00)	18	4,63 (1,06)
Interventions professionnelles	19	6,00 (1,08)	19	5,68 (1,34)
Moyens extérieurs et contexte de vie	19	3,99 (1,07)	19	3,58 (1,06)
État dépressif autorapporté				
Inventaire de Beck temps 1			34	21,85 (12,04)
Inventaire de Beck temps 2			22	20,82 (13,11)
Inventaire de Beck temps 3			18	17 (15,08)

Le Tableau 11 indique également les scores à l'inventaire de l'état dépressif pour les trois temps de mesure. Ces chiffres indiquent une diminution graduelle des scores dans le temps et donc une diminution des symptômes dépressifs, ce qui est généralement attendu des patients qui sont suivis par un professionnel face à leur dépression. Ces chiffres tendent donc à montrer que les interventions ont eu l'effet escompté, dans l'ensemble. Une ANOVA à mesures répétées réalisée sur ces scores indique que cet effet du temps est significatif: F(2,30) = 5,82, p = .007.

Concernant les relations entre les représentations et l'état dépressif, des corrélations de Pearson significatives sont apparues entre certains des facteurs de représentation (liés aux causes et interventions) et l'état dépressif autorapporté des patients. Ces corrélations sont présentées au Tableau 12.

Tableau 12  $\begin{tabular}{ll} \hline Corrélations significatives (p < 0,10) entre l'état dépressif autorapporté et les scores \\ factoriels des représentations des causes et interventions relatives à la dépression chez les \\ patients \\ \hline \end{tabular}$ 

Dépression en général	
	r =
Temps 1	
Aucun	
Temps 2	
Facteur de cause «hérédité et réalités hors de contrôle»	0,367 *
Facteur d'intervention «prendre soin de soi / travailler sur soi»	-0,434 **
Facteur d'intervention «interventions professionnelles»	0,430 **
Temps 3	
Facteur d'intervention «prendre soin de soi / travailler sur soi»	-0,404 *
Dépression personnelle	
Temps 1	r =
Facteur de cause «stress sociaux»	0,381 **
Facteur de cause «hérédité et réalités hors de contrôle»	0,556 ***
Facteur de cause «traumatismes et isolement»	0,485 ***
Facteur de cause «Dieu, spiritualité et foi»	0,465 ***
Facteur d'intervention «prendre soin de soi / travailler sur soi»	0,307 *
Temps 2	
Facteur de cause «stress sociaux»	0,422 *
Facteur de cause «hérédité et réalités hors de contrôle»	0,631 ***
Facteur de cause «traumatismes et isolement»	0,539 ***
Facteur d'intervention «interventions professionnelles»	0,427 **
Temps 3	
Facteur de cause «stress sociaux»	0,447 *
Facteur de cause «hérédité et réalités hors de contrôle»	0,428 *
Facteur de cause «traumatismes et isolement»	0,614 ***

<sup>\*\*\*:</sup> p < .01; \*\*: p < .05; \*: p < .10

Il apparaît d'après ce tableau que les corrélations significatives entre les facteurs de représentation sociale et l'état dépressif autorapporté sont plus nombreuses en ce qui concerne la dépression personnelle des patients que la dépression en général. En d'autres termes, les représentations des patients au sujet des causes et des interventions face à leur propre dépression semblent plus directement reliées à leur état dépressif que ne le sont leurs représentations à propos de la dépression en général. Dans le cas de la dépression personnelle, les corrélations indiquent qu'un état dépressif élevé semble associé à une attribution d'importance élevée aux quatre facteurs de cause et à une attribution d'utilité élevée aux facteurs «prendre soin de soi / travailler sur soi» et «interventions professionnelles». Il semble ainsi que plus les patients sont dépressifs, plus ils attribuent des raisons à cet état et plus ils considèrent l'utilité des interventions pour y remédier. Cependant, aucune corrélation significative n'apparaît au temps 3 entre les facteurs d'intervention et l'état dépressif, possiblement parce que la plupart des patients se portent mieux et que leur état dépressif est globalement moins élevé qu'aux temps 1 et 2. Dans le cas de la dépression en général, deux corrélations négatives apparaissent dans les résultats, pour le facteur «prendre soin de soi / travailler sur soi», aux temps 2 et 3. En apparence curieuses, ces corrélations pourraient signifier que plus les patients sont dépressifs, moins ils croient en cours de traitement que les interventions visant à prendre soin de soi sont utiles dans la dépression en général, possiblement parce qu'ils voient les bienfaits d'une aide professionnelle et les limites de ce que les gens peuvent faire par eux-mêmes.

#### Discussion

Cette étude visait à cerner et à comparer, chez les patients dépressifs, les professionnels de la santé et les étudiants universitaires, les représentations sociales des causes et des interventions relatives à la dépression. Pour mieux interpréter les réponses, des analyses en composantes principales ont d'abord permis de dégager les principes organisateurs (Clémence, Doise, & Lorenzi-Cioldi, 1994) autour desquels l'ensemble des participants s'est prononcé.

Pour les causes de la dépression, les dix-huit items ont pu être regroupés autour de quatre principes organisateurs : 1-Stress sociaux, 2-Hérédité et réalités hors de contrôle, 3-

Traumatismes et isolement, et 4-Dieu, spiritualité et foi (voir Tableau 3). Dans l'ensemble, les causes liées aux stress sociaux, aux traumatismes et aux réalités hors de contrôle ont été considérées importantes par l'ensemble des participants alors que les aspects plus religieux ou spirituels ont été évalués très peu importants. Ces résultats sont cohérents avec les études existantes sur les attitudes à propos des causes de la dépression (Angermeyer & Matschinger, 1999; Hansson, Chotai, & Bodlund, 2010; Jorm et al., 1997; Kuyken et al., 1992; Matschinger & Angermeyer, 2003; Mulatu, 1999; Srinivasan, Cohen & Parikh, 2003), où ces tendances sont habituellement retrouvées.

Concernant les interventions, les dix-sept items ont pu être réduits à trois principes organisateurs: 1-Prendre soin de soi / travailler sur soi, 2-Interventions professionnelles, et 3-Moyens extérieurs et contexte de vie (voir Tableau 5). Globalement, l'utilité des interventions visant à prendre soin de soi et travailler sur soi et des interventions professionnelles a été largement reconnue, tout comme celle des moyens tel que l'activité physique et la relaxation. Cependant, les moyens visant à changer d'apparence physique, prier Dieu ou utiliser des produits naturels ont été évalués peu utiles. Des études sur les attitudes à propos des traitements de la dépression rapportent également que certaines interventions liées au style de vie sont moins valorisées (Jorm, Christensen et al., 2000), en comparaison des interventions professionnelles plus largement favorisées (Kirk et al., 1999). Par ailleurs, comme pour d'autres études (Angermeyer et Matschinger, 1999), la psychothérapie est apparue préférée aux médicaments. La faible utilité accordée aux produits naturels est toutefois contraire à plusieurs études menées auprès de populations européennes et asiatiques où ce type de traitements reçoit de forts endossements (Berner, Kriston, Sitta, & Härter, 2008; Khan, Sulaiman, Hassali, Anwar, Wasif & Khan, 2010; Hsu, Moyle, Creedy, Venturato, Ouyang & Sum, 2010). Il semble donc qu'il y ait un effet culturel relié à la reconnaissance de l'utilité des produits naturels dans le traitement de la dépression.

Ces premiers résultats sur les représentations des causes et des interventions de la dépression par l'ensemble des participants peuvent être éclairés par des considérations d'ordre historique et psychosocial. Au Québec, comme dans beaucoup de pays industrialisés, les dernières décennies se sont accompagnées d'une diminution de la pratique religieuse, d'avancées technologiques et d'un mouvement de mondialisation. Ces changements, portant

également leur impact sur le monde du travail et le modèle familial, ont bousculé le rythme de vie et engendré davantage de stress (Colla, Buka, Harrington & Murphy, 2006; Kopp, Stauder, Purebl, Janszky & Skrabski, 2008; Saint-André, Richard, Le Guen & Lazartigues, 2008). Cette piste d'interprétation est à explorer pour expliquer l'attribution forte aux facteurs de stress sociaux comme cause de la dépression. Par ailleurs, avec la multiplication des sources d'information et de communication, la relation médecin-patient s'est démocratisée, l'autonomie des patients a trouvé davantage de place et la dépression est devenue davantage reconnue. De nombreuses personnes, notamment en Amérique du Nord, estiment avoir les connaissances et les compétences nécessaires pour exercer un plus grand contrôle sur leur santé et participer au choix du traitement (Thoër-Fabre, Garnier & Tremblay, 2007; Thoër, Pierret & Levy, 2008). La grande disponibilité et diffusion de l'information relative à la santé permet une réappropriation des connaissances par les individus (Giddens, 1991), qui deviennent alors des patients informés et adoptent une attitude plus réflexive et critique à l'égard de l'expertise médicale. Ces considérations sont cohérentes avec l'attribution d'une utilité élevée à des moyens extérieurs pouvant être employés de façon autonome face à la dépression.

Faisant suite à ces premiers résultats d'ensemble, des ANOVAs ont permis de comparer les groupes sur ces principes organisateurs issus des ACP (voir Tableau 7 et 8). Les résultats de ces analyses sont discutés dans les sections suivantes.

## Positionnements des patients et des professionnels : écarts à combler

Entre les patients et les professionnels, les différences observées indiquent qu'en comparaison des patients, les professionnels ont accordé généralement moins d'importance aux «stress sociaux» en tant que causes de la dépression et moins d'utilité aux «moyens extérieurs et contexte de vie» en tant qu'interventions pour surmonter la dépression. Considérant que le patient et le thérapeute ont à construire dans l'espace thérapeutique une reconnaissance mutuelle pour le succès de l'intervention (Calvert et al., 1988; Dolinsky et al., 1998; Hersoug et al., 2001; Krause, 1992; Kessel & McBrearty, 1967), ces indications sont à considérer par les professionnels qui travaillent avec des patients dépressifs. Ainsi, il pourrait s'avérer souhaitable pour les professionnels de prêter davantage attention à la plus grande

importance que les patients accordent aux stress qu'ils vivent et au plus grand intérêt qu'ils présentent à utiliser des moyens extérieurs tels que l'activité physique, la relaxation et les divertissements (voir Tableau 4). Dans un contexte où les médecins rapportent manquer de temps pour offrir aux patients des explications et une écoute de qualité (Garnier, Dufort, Beaulac-Baillargeon, Marinacci, Quesnel, St-Jean, Tremblay, Patenaude, Bonenfant & Pourrain, 2005), cette recommandation vers un meilleur échange de points de vue et l'établissement d'une compréhension mutuelle cohérente de la dépression reste un défi, mais ces résultats viennent néanmoins préciser des éléments à prendre en compte pour mieux y parvenir.

# L'image de la dépression chez ceux qui la côtoie de moins près : les étudiants

Les différences observées entre les étudiants et les autres groupes sont également dignes de mention, car contrairement aux patients et aux professionnels interrogés, les étudiants, à l'image de la population générale, ne sont pas confrontés d'aussi près à la dépression. Ils entretiennent une certaine distance à cet objet et, sur le plan des représentations, cette implication plus éloignée que celle des deux autres groupes a des conséquences. Rouquette (1997) a développé cette notion d'implication et ses travaux indiquent qu'un objet de représentation mobilisera d'autant plus les individus que ceux-ci se sentent personnellement concernés par lui (identification personnelle, ou, proximité), lui accordent une grande importance (valorisation de l'objet, ou, estimation de l'enjeu attaché à l'objet) et estiment avoir une réelle influence sur lui (capacité perçue d'action). Les résultats observés semblent suivre cette logique. Des différences entre les étudiants et au moins l'un des deux autres groupes (patients ou professionnels) sont apparues sur tous les facteurs étudiés, excepté le facteur de cause «traumatismes et isolement», où aucune différence de groupe n'est d'ailleurs apparue (voir les Tableaux 7 et 8). Dans l'ensemble, les étudiants constituent le groupe qui accorde le moins d'importance aux facteurs de cause «hérédité et facteurs hors de contrôle» et «Dieu, spiritualité et foi» et le moins d'utilité aux «interventions professionnelles», mais le groupe qui accorde le plus d'utilité à «prendre soin de soi / travailler sur soi». Pour les autres facteurs, ils se situent entre les patients et les professionnels.

Ces résultats montrent que les étudiants refusent plus que les deux autres groupes les causes plus fatalistes et extérieures à soi et valorisent davantage leurs propres moyens que les interventions professionnelles. Considérant qu'ils sont pour la plupart de jeunes adultes en santé, capables d'une certaine autonomie, il est vraisemblable qu'ils ont appris à reconnaître leurs moyens personnels et à les valoriser. Face à une maladie comme la dépression, qu'ils n'ont pour la plupart pas rencontrée d'aussi près que les patients dépressifs et les professionnels de cette étude, il n'est pas étonnant qu'ils se représentent ses causes et ses interventions en se centrant surtout sur des aspects de responsabilité et de pouvoir d'action personnelle. Ces résultats sont donc cohérents avec la théorie de l'implication (Rouquette, 1997) et notamment avec la dimension de capacité perçue d'action qui semble les mobiliser davantage. Par ailleurs, il faut retenir que les patients et les professionnels participant à cette étude ont été recrutés dans les cliniques médicales, où ils étaient eux-mêmes impliqués dans des interventions professionnelles face à la dépression. Il est donc sensé qu'ils aient attribué plus d'utilité à ce type d'interventions que les étudiants ne l'ont fait.

# Variations dans les positionnements de groupes : les ancrages du sexe et de l'âge

Le sexe et l'âge, caractéristiques représentatives de groupes plus larges dans la société que les groupes examinés jusqu'ici (patients, professionnels et étudiants), semblent aussi associés à des différences au sein des représentations de la dépression. Les analyses de variance ont indiqué des différences significatives entre les femmes et les hommes sur trois des quatre facteurs associés aux causes : «stress sociaux», «hérédité et facteurs hors de contrôle» et «traumatismes et isolement», et aussi, sur le facteur «interventions professionnelles». Concernant l'âge, les moins de 45 ans et les 45 ans et plus ne se sont différenciés sur aucun des facteurs de cause, mais sur deux des trois facteurs d'intervention : «prendre soin de soi / travailler sur soi» et «interventions professionnelles». Rappelons que les moins de 45 ans étaient représentés en grande partie par les étudiants. Les différences liées au sexe vont systématiquement dans le même sens : en comparaison des hommes, les femmes accordent plus d'importance à la plupart des causes de la dépression et aux interventions professionnelles. Considérant que les femmes sont plus à risque de vivre une dépression (Leach, Christensen, Mackinnon, Windsor, & Butterworth, 2008; Parker, & Brotchie, 2010; Santé Canada, 2009), il est vraisemblable qu'elles se sentent davantage

concernées par cette maladie et ainsi plus motivées à envisager l'utilité des interventions disponibles. Ces résultats rejoignent de nouveau les dimensions de l'implication développées par Rouquette (1997): identification personnelle, valorisation de l'objet et capacité perçue d'action. Quant à l'âge, les plus jeunes accordent plus d'utilité à «prendre soin de soi / travailler sur soi» que ne le font les plus âgés et c'est l'inverse concernant les «interventions professionnelles». Ainsi, les plus jeunes semblent compter davantage sur leurs propres moyens et les plus âgés reconnaissent davantage l'utilité d'une aide professionnelle.

# Des représentations professionnelles «englobantes»

Concernant les trois groupes professionnels (omnipraticiens, psychiatres, psychologues), ils se différencient très peu les uns des autres, à la fois en ce qui concerne les facteurs de cause et d'intervention. Cette similarité indique une certaine unité au sein des représentations professionnelles (Bataille, 2000; Piaser, 1999) des groupes à l'étude et peut être le reflet des aspects communs de leur formation et de leurs pratiques. Malgré les différences d'expertise et de perspective entre les omnipraticiens, les psychiatres et les psychologues, les résultats indiquent que les similarités prennent le pas sur les différences lorsqu'il est question de se représenter quelles sont les causes les plus importantes et les traitements les plus utiles à propos de la dépression. Cette similarité peut illustrer des représentations de type hégémoniques parmi les professionnels. Selon Moscovici (1961/2004), les représentations sociales hégémoniques traversant les groupes sont généralement durables et trouvent leur ancrage dans des croyances ou des valeurs largement diffusées. Ainsi, il est possible que la dépression suscite chez ces professionnels des représentations communes étant donnée par exemple la large diffusion des écrits scientifiques, des recommandations cliniques et de la formation sur cette maladie, englobant ainsi les spécificités de chaque groupe. L'utilisation de manuels de référence communs comme le manuel diagnostic DSM-IV en est un exemple. La similarité des représentations entre omnipraticiens, psychiatres et psychologues trouvée ici diffère toutefois des résultats obtenus par Gigling, Guimelli et Penochet (1996) ayant comparé les représentations sociales d'omnipraticiens et de psychiatres. Leurs résultats indiquaient des différences entre les deux groupes dans la structure et les éléments centraux de leurs représentations. Il faut considérer que leur étude a été menée à l'aide d'entretiens individuels, dans le Sud de la France, auprès

d'un échantillon encore plus réduit et au sujet d'aspects aussi variés que les causes, le diagnostic, les symptômes, le traitement et le pronostic de la dépression. Les différences liées aux populations, aux méthodes employées et aux éléments étudiés sont donc susceptibles d'expliquer cette différence entre les résultats des deux études.

# La rémission des patients et la transformation des représentations

Au sujet des patients, les moyennes obtenues sur les facteurs (voir Tableau 6) indiquent dans l'ensemble qu'ils sont ceux, parmi tous les groupes, qui accordent le plus d'importance et d'utilité à l'ensemble des causes et interventions, exception faite du facteur d'intervention «prendre soin de soi / travailler sur soi», où ils se situent entre les étudiants et les professionnels. De la même façon que pour les femmes, il est vraisemblable que ces résultats reflètent la plus grande implication personnelle des patients face à la dépression. Une fois de plus, ces résultats rejoignent les liens entre les représentations sociales et les degrés d'implication développés par Rouquette (1997). Puisqu'au moment de l'étude les patients étaient engagés dans un traitement pour leur dépression, il est envisageable que leur motivation à se remettre de la dépression les ait encouragés à accorder plus volontiers d'importance et d'utilité aux causes et interventions de la dépression que les autres groupes. Des recherches futures sont nécessaires pour vérifier si ces résultats se maintiennent pour des patients dépressifs n'ayant pas encore débuté de suivi professionnel ou ayant abandonné leur traitement.

Les résultats montrent par ailleurs que les patients ont accordé moins d'importance aux causes et moins d'utilité aux interventions lorsqu'ils référaient à leur propre dépression, en comparaison de lorsqu'ils répondaient en fonction de la dépression en général (voir Tableau 11). Parmi les hypothèses susceptibles d'éclairer ces résultats, il est vraisemblable que dans le cas de leur propre dépression les attributions des causes deviennent plus spécifiques et plus restreintes que lorsqu'il s'agit de se prononcer sur la dépression en général. Cela a alors pour effet de diminuer l'importance accordée aux autres causes, jugées moins pertinentes. L'examen des réponses aux items semble soutenir cette idée. Des positionnements plus extrêmes apparaissent effectivement chez les patients dans le cas de leur propre dépression, avec certaines causes considérées très importantes et d'autres, plus

nombreuses, considérées peu importantes. Une autre piste d'explication de ces résultats serait l'image de soi négative et le pessimisme caractéristique des patients dépressifs (Gauthier, Morin, Thériault & Lawson, 1982), qui pourraient leur laisser croire que les interventions professionnelles sont davantage profitables aux autres qu'à eux-mêmes. Les patients ont peut-être aussi connu des déceptions avec les interventions professionnelles reçues, par exemple une mauvaise réponse aux antidépresseurs ou l'expérience d'effets secondaires indésirables.

Toujours chez les patients, les résultats indiquent une diminution des symptômes dépressifs à travers le temps et des corrélations significatives entre les facteurs de représentation et l'état dépressif (voir Tableau 12). Ces corrélations indiquent des liens plus forts pour les représentations de leur propre dépression que pour la dépression en général. Les associations observées dans le cas de leur propre dépression indiquent qu'un état dépressif élevé est associé à des attributions d'importance et d'utilité élevées aux facteurs de cause et d'intervention. De nouveau, ces résultats sont cohérents avec la notion d'implication personnelle développée par Rouquette (1997). De par leur implication plus grande, les patients se montrent davantage motivés à attribuer des causes et des traitements reliés à leur état dans le cas de leur propre dépression que dans le cas de la dépression en général. Ce rôle moteur des processus motivationnels et émotionnels est aussi souligné par Weiner (1986) dans la théorie de l'attribution.

## Limites

Comme toute étude, cette étude comporte des limites. Le fait que les patients dépressifs et les professionnels étaient moins nombreux que les étudiants a pu avoir un impact sur les facteurs résultant des ACP. Ces facteurs sont ainsi possiblement davantage représentatifs des étudiants que des deux autres groupes. Bien que des différences significatives entre les groupes soient apparues à travers les analyses de variance et les tests post-hoc subséquents, les échantillons retreints chez les patients et les professionnels ont pu aussi rendre impossible l'apparition d'autres différences intéressantes. L'ensemble des résultats permet cependant d'enrichir les buts exploratoires de l'étude. Il faut reconnaître que les populations à l'étude, à l'exception des étudiants, sont très difficiles d'accès et ont été très

peu étudiées jusqu'à maintenant dans le domaine des représentations sociales au sujet de la dépression. Par ailleurs, dans la perspective des représentations sociales, ce qui importe est la mise en évidence des positionnements de groupes les uns par rapport aux autres, la représentativité n'affectant pas la composition et l'organisation interne de la représentation d'un point de vue général. Les représentations sociales sont une expression de la manière dont les groupes construisent leur réalité sociale afin de communiquer et de constituer leur identité en relation aux autres groupes (Abric, 1994; Moliner, 2001). Du moment que l'objectif de cerner cette expression est atteint, le nombre de représentants par groupe devient secondaire. D'ailleurs, les échantillons sur lesquels sont menées les études sur les représentations sociales sont habituellement plus réduits que ceux de la présente étude, comme l'illustre celle de Gigling, Guimelli et Penochet (1996), l'une des seules réalisées au sujet de la dépression.

#### Conclusion

Les différences et rapprochements identifiés à travers les positionnements des patients dépressifs, des professionnels de la santé et des étudiants universitaires en regard de leurs représentations des causes et des traitements de la dépression contribuent à mieux comprendre la situation de ces groupes les uns par rapport aux autres sur ces aspects d'importance clinique et de santé publique. Ces résultats montrent l'intérêt qu'il y a à aborder ces questions à partir de la perspective des représentations sociales en soutenant que la dépression est un concept qui se construit différemment à travers les groupes, en fonction de leur identité, de leurs intérêts et des relations qu'ils établissent entre eux. Les liens observés chez les patients entre les représentations et l'état dépressif, à plusieurs temps de mesures, soutiennent également l'importance clinique associée aux représentations dans l'évolution de la dépression. Pour les professionnels qui interviennent auprès des patients dépressifs, ces indications sont à prendre en compte pour améliorer le succès de la relation thérapeutique et l'efficacité du traitement de la dépression. La similarité retrouvée entre les patients et les professionnels sur plusieurs aspects est encourageante du point de vue de l'établissement d'une vision commune et d'une alliance thérapeutique. Par contre, certains éléments, notamment la plus grande importance que les patients accordent aux causes associées aux stress sociaux et la plus grande utilité qu'ils accordent à certains moyens extérieurs dans le

traitement de la dépression, témoignent d'un écart à combler et méritent l'attention des professionnels.

Considérant qu'il s'agit d'une étude exploratoire, les résultats obtenus représentent surtout des pistes permettant d'éclairer de futures recherches et d'améliorer les interventions pour la dépression. Comme Garnier et Lévy (2007) le rappellent, les représentations sociales naissent au sein d'interactions complexes qui mettent en jeu une pluralité d'acteurs et d'objets et tenir compte de cette pluralité est important, de même que de considérer le contexte et le système de représentations plus large auquel les représentations sociales participent. En ce sens, il y a intérêt à élargir et enrichir par d'autres recherches les présents résultats et à les relier aux représentations de réalités connexes à la dépression (anxiété, suicide, solitude, épuisement professionnel, système de santé, corps, etc.), de même qu'à d'autres acteurs concernés de près par cette maladie (pharmaciens, famille des patients dépressifs, employeurs).

#### Références

- Abric, J. C. (1994). Pratiques sociales et représentations. Paris : PUF.
- Addis, M. E., & Carpenter, K. M. (1999). Why, why, why?: Reason-giving and rumination as predictor of response to activation- and insight-oriented treatment rationales. *Journal* of Clinical Psychology, 55(7), 881–894.
- Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (1996). Reasons for depression and the process and outcome of cognitive-behavioral psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1417–1424.
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (1999). Lay beliefs about mental disorders: a comparison between the western and the eastern parts of Germany. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 34(5), 275-281.
- Atkinson, D. R., Worthington, R. L., Dana, D. M. & Good, G. E. (1991). Etiology beliefs, preferences for counselling orientations, and counselling effectiveness. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 258-264.
- Bataille, M. (2000). Représentation, implicitation, implication: des représentations sociales aux représentations profesionnelles. In C. Garnier & M.L. Rouquette (Eds.), Les représentations en éducation et formation (pp. 165-189). Montréal: Éditions Nouvelles.
- Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Berner, M. M., Kriston, L., Sitta, P., & Härter, M. (2008). Treatment of depressive symptoms and attitudes towards treatment options in a representative German general population sample. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 12(1), 5-10.
- Calvert, S. J., Beutler, L. E., & Crago, M. (1988). Psychotherapy outcome as a function of therapist-patient matching on selected variables. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 6(1), 104-117.
- Cattell, R. B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1, 245-276.
- Çirakoğlu, O. C., Kökdemir, D., & Demirutku, K. (2003). Lay theories of causes of and cures for depression in a turkish university sample. *Journal of Social Behavior and Personality*, 31(8), 795-806.
- Clémence, A., Doise, W., & Lorenzi-Cioldi, F. (1994). Prises de position et principes organisateurs des représentations sociales. In C. Guimelli (Ed.), *Structures et transformations des représentations sociales* (pp. 119-152). Neuchâtel : Delachaux et Niestlé.
- Colla, J., Buka, S., Harrington, D., & Murphy, J. M. (2006). Depression and modernization: A cross-cultural study of women. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(4), 271-279.

- Doise, W. (1986). Les représentations sociales: définition d'un concept. In W. Doise & A. Palmonari (Eds), *L'étude des représentations sociales* (pp. 81-94). Genève: Delachaux & Nieslé.
- Doise, W. (1990). Les représentations sociales. In R. Ghiglione, C. Bonnet & J.-F. Richards (Eds), *Traité de psychologie cognitive, Tome 3* (pp. 111-174). Paris, Dunod.
- Doise, W., Clémence, A., & Lorenzi-Cioldi, F. (1992). Représentations sociales et analyses de données. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.
- Dolinsky, A., Vaughan, S. C., Luber, B., Mellman, L., & Roose, S. (1998). A match made in heaven? A pilot study of patient—therapist match. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 7(2), 119-125.
- Edwardsa, R., Suresha, R., Lyncha, S., Clarksona, P., & Stanley, P. (2001). Illness perceptions and mood in chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 65-68.
- Furnham, A., & Kuyken, W. (1991). Lay theories of depression. *Journal of Social Behavior and Personality*, 6, 329-342.
- Garnier, C., & Lévy, J.J. (2007). La chaîne des médicaments et les représentations sociales: comment traiter de la complexité. In P. Scheibler-Meissner (Ed.), Représentations sociales sur la santé, la maladie et les médicaments: Perspectives interdisciplinaires et interculturelles (pp. 23-58). Hamburg, Berlin, London, Wien: LIT Verlag, Verlag für wissenschaftliche Literatur.
- Garnier, C., Dufort, F., Beaulac-Baillargeon, L., Marinacci, L., Quesnel, M., St-Jean, M., Tremblay, P., Patenaude, J., Bonenfant, C., & Pourrain, P. (2005). Systèmes de représentations sociales et de pratiques éducatives liées à la prescription et à l'observance des antibiotiques, des anti-inflammatoires et des antidépresseurs. Rapport de recherche produit dans le cadre des demandes de subvention CQRS SR-4321 et CRSH Progarmme grands Travaux de recherche concertée sur la chaîne des médicaments. ISBN: 412-2003-1005.
- Gauthier, J., Morin, C., Thériault, F., & Lawson, J.S. (1982). Adaptation française d'une mesure d'auto-évaluation de l'intensité de la dépression. Revue québécoise de psychologie, 3(2), 13-27.
- Giddens, A. (1991). Modernity and self-identity. Cambridge: Polity Press.
- Gigling, M., Guimelli, C., & Penochet, J.-C. (1996). Les représentations sociales de la dépression chez des médecins: entre pratiques et normes. *Textes sur les représentations sociales*, 5(1), 27-40.
- Hansson, M., Chotai, J., & Bodlund, O. (2010). Patients' beliefs about the cause of their depression. *Journal of Affective Disorders*, 124(1), 54-59.
- Hersoug, A. G., Hoglend, P., Monsen, J. T., & Havik, O. E. (2001). Quality of working alliance in psychotherapy: Therapist variables and patient/therapist similarity as predictors. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 10(4), 205-216.

- Hsu, M., Moyle, W., Creedy, D., Venturato, L., Ouyang, W., & Sun, G. (2010). Attitudes toward and education about complementary and alternative medicine among adult patients with depression in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 19(7), 988-997.
- Jorm, A. F., Christensen, H., Medway, J., Korten, A. E., Jacomb, P. A., & Rodgers, B. (2000). Public beliefs about the helpfulness of interventions for depression: associations with history of depression and professional help-seeking. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 35, 211-219.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997).
  Public beliefs about causes and risk factors for depression and schizophrenia. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 32, 143-148.
- Jorm, A. F., Medway, J., Christensen, H., Korten, A. E., Jacomb, P. A., & Rodgers, B. (2000). Public beliefs about the helpfulness of interventions for depression: effects on actions taken when experiencing anxiety and depression symptoms. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34, 619-626.
- Kessel, P., & McBrearty, J. (1967). Values and psychotherapy: A review of the literature. *Perceptual and Motor Skills*, 25, 669-690.
- Khan, T. M., Sulaiman, S. A. S., Hassali, M. A., Anwar, M., Wasif, G., & Khan, A. H. (2010). Community knowledge, attitudes, and beliefs towards depression in the state of Penang, Malaysia. *Community Mental Health Journal*, 46(1), 87-92.
- Kirk, L., Brody, C., Solomon A., & Haaga, D. A. F. (1999). Lay Theories concerning causes and treatment of depression. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 17(4), 237-248
- Kopp, M. S., Stauder, A., Purebl, G., Janszky, I., & Skrabski, A. (2008). Work stress and mental health in a changing society. European Journal of Public Health, 18(3), 238-244.
- Krause, M. (2002). Social representations of psychological problems: contents and transformations, *Social Science Information*, 41(4), 603-621.
- Kuyken, W., Brewin, C. R., Power, M. J., & Furnham, A. (1992). Causal beliefs about depression in depressed patients, clinical psychologists and lay persons. *British Journal of Medical Psychology*, 65, 257-268.
- Lauber, C., Falcato, L., Nordt, C., & Rössler, W. (2003). Lay beliefs about causes of depression. Acta Neurologica Scandinavica, 108 (suppl 418), 96-99.
- Leach, L., Christensen, H., Mackinnon, A. J., Windsor, T. D., & Butterworth, P. (2008). Gender differences in depression and anxiety across the adult lifespan: The role of psychosocial mediators. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(12), 983-998.
- Lingam, R., & Scott, J. (2002). Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(3), 164–172.
- Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 3(11), e442.

- Matschinger, H. & Angermeyer, M. C. (2003). Public beliefs about schizophrenia and depression: similarities and differences. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 38, 526-534.
- Moliner, P. (2001). La dynamique des représentations sociales. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.
- Moscovici, S. (1961, 3<sup>ème</sup> édition 2004), La psychanalyse, son image et son public, Paris, Presses Universitaires de France.
- Mulatu, M. S. (1999). Perceptions of Mental and Physical Illnesses in North-western Ethiopia. *Journal of Health Psychology*, 4(4), 531-549.
- Organisation mondiale de la santé (2001). Rapport sur la santé dans le monde. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs, Genève, OMS.
- Organisation mondiale de la santé (2010) : <a href="http://www.who.int/mental\_health/management/depression/definition/en/">http://www.who.int/mental\_health/management/depression/definition/en/</a> consulté le 17 janvier 2011.
- Parker, G., & Brotchie, H. (2010). Gender differences in depression. *International Review of Psychiatry*, 22(5), 429-436.
- Patten, S., & Juby, H. (2008). Profil de la dépression clinique au Canada, *Réseau des centres de données de recherche* [enligne]. <a href="http://hdl.handle.net/1880/46454">http://hdl.handle.net/1880/46454</a>
- Piaser, A. (1999). Les représentations professionnelles à l'école. Particularités selon le statut : inspecteurs enseignants. Thèse de doctorat en sciences de l'éducation dirigée par M. Bataille, Université de Toulouse le Mirail.
- Rouquette, M.-L. (1997). La chasse à l'immigré : violence, mémoire et représentations. Bruxelles : Mardaga.
- Saint-André, S., Richard, Y., Le Guen, A., & Lazartigues, A. (2008). Nouvelles familles, nouvelles personnalités de base: Nouvelles offres de soins? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 56(8), 494-505.
- Santé Canada (2009). Votre santé et vous. Santé mentale la dépression. <a href="http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/diseases-maladies/depression-fra.php">http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/diseases-maladies/depression-fra.php</a>
- Scharloo, M., & Kaptein, A. (1997). Measurement of illness perceptions in patients with chronic somatic illness: A review. In K. J. Petrie & J. A. Weinman, (Eds), *Perceptions of health and illness: Current research and applications* (pp. 103-154). Amsterdam, Netherlands: Harwood Academic Publishers.
- Srinivasan, J., Cohen, N. L., & Parikh, S. V. (2003). Patient attitudes regarding causes of depression: Implications for psychoeducation. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48 (7), 493-495.
- Thoër, C., Pierret, J., & Levy, J.J. (2008). Détournement, abus, dopage et automédication : quelques réflexions sur des pratiques d'utilisation du médicament hors avis médical. Drogues santé et société, 7(1), 19-56.

- Thoër-Fabre, C., Garnier, C., & Tremblay, P., (2007). Le médicament dans les sciences sociales. In J. Levy & C. Garnier, *La chaîne des médicaments : problèmes et enjeux* (pp. 19-84). Collection Santé et société, Presses de l'Université du Québec à Montréal.
- Weiner, B. (1986). An attributional theory of motivation and emotion. New York: Springer-Verlag.
- Zaghdoudi, L., El Moubarkim, A., Halayem, S., Ben Bechir, M., & Labbane, R. (2009). Relation entre styles d'attachement, perception du soutien social et dépression. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 167(9), 657-661.

CHAPITRE III

ARTICLE 2

Les enjeux relatifs à la dépression et à son traitement : représentations sociales des patients, des professionnels et des étudiants

Philippe Tremblay et Catherine Garnier

Université du Québec à Montréal

#### Note des auteurs

Philippe Tremblay, département de psychologie, Université du Québec à Montréal; Catherine Garnier, Institut Santé et Société, Université du Québec à Montréal.

Les auteurs remercient le Dr Valérie Tourjman pour son aide dans le processus de recrutement des participants et Bertrand Fournier pour les conseils en analyses statistiques. Ils souhaitent également souligner la généreuse participation des patients, des professionnels et des étudiants à cette recherche. Le premier auteur tient aussi à remercier le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada ainsi que la fondation de l'Université du Québec à Montréal (Fondation J.A. DeSève) pour leur soutien financier à cette recherche. Cette recherche a été rendue possible en partie grâce à une subvention du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada attribuée à la deuxième auteure.

Adresse de correspondance: Philippe Tremblay, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, C. P. 8888, succursale centre-ville, Montréal, Québec, Canada, H3C 3P8. Courriel: <a href="mailto:tremblay.philippe@uqam.ca">tremblay.philippe@uqam.ca</a>, Téléphone: (514) 987-3000 poste 7641, Fax: (514) 987-6733.

Les enjeux relatifs à la dépression et à son traitement : représentations sociales des patients, des professionnels et des étudiants

## Résumé

Le but principal de cette étude était d'examiner les représentations de trois enjeux sociaux entourant le traitement de la dépression: 1-la hausse des consultations relatives à la dépression, 2-la hausse des prescriptions d'antidépresseurs et 3-les difficultés d'observance aux antidépresseurs. Ces représentations ont été étudiées à l'aide d'un questionnaire proposant des raisons possibles pour expliquer la présence de ces trois phénomènes. Les participants sont 43 patients dépressifs, 92 professionnels de la santé mentale (omnipraticiens, psychiatres, psychologues) et 350 étudiants universitaires provenant du Québec. Les résultats indiquent que des raisons sont considérées importantes de façon consensuelle à travers les groupes alors que d'autres dimensions laissent place à des positionnements plus distinctifs. Les résultats sont globalement cohérents avec l'orientation des principes organisateurs de prises de position, la théorie de l'implication et la fonction identitaire des représentations sociales.

Mots-clés: représentations sociales, dépression, enjeux sociaux, implication, fonction identitaire

L'ampleur de la dépression majeure dans les sociétés occidentales est difficile à ignorer. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2001), la dépression constitue la plus grande cause d'incapacité dans le monde et Mathers & Loncar (2006) estiment qu'elle deviendra d'ici 2030 le principal facteur contribuant au fardeau de la maladie dans les pays à revenu élevé. Au Canada, les chiffres indiquent que plus de 10% des hommes et des femmes vivront une dépression majeure au cours de leur vie (Santé Canada, 2009). Selon IMS Health, un fournisseur mondial d'information aux secteurs de l'industrie pharmaceutique et de soins de santé, le nombre de consultations pour des problèmes de dépression aurait pratiquement doublé entre 1994 et 2004 au Canada (IMS Health, 2005). Selon leurs chiffres, la dépression serait le diagnostic posé au Canada par des médecins exerçant en cabinet dont la croissance est la plus rapide. En France, une enquête du Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé rapporte que la prévalence de la dépression déclarée a été multipliée par 6 entre 1970 et 1997 (CREDES, 1999).

Avec l'importance grandissante de cette maladie, son traitement est devenu un enjeu de taille. Plusieurs traitements de la dépression existent (psychothérapies, médicaments, produits naturels, activité physique, etc.), mais les antidépresseurs sont devenus le traitement le plus fréquemment utilisé, tout au moins pour les dépressions moyennes à sévères (Simon, Pilling, Burbeck, & Goldberg, 2006). À partir de la fin des années 1990, une augmentation marquée de l'utilisation des antidépresseurs est constatée, aussi bien au Canada que dans la plupart des pays à revenu élevé (Guaiana, Andretta, Corbari, Mirandola, Sorio, D'Avanzo & Barbui, 2005; Hemels, Koren & Einarson, 2002; Olfson, Marcus, Druss, Elinson, Tanielian & Pincus, 2002; Patten & Beck, 2004).

Il est difficile d'identifier clairement les raisons de cette hausse de consultations relatives à la dépression et de l'utilisation accrue des antidépresseurs. Parmi les raisons possibles, il y aurait les campagnes de sensibilisation et les efforts pour mieux détecter la dépression, qui auraient pu conduire les patients à consulter davantage et les médecins à la diagnostiquer plus facilement (Compton, Conway, Stinson, & Grant, 2006; Harman, Crystal, Walkup, & Olfson, 2003). Plusieurs considèrent également que l'introduction d'une nouvelle classe d'antidépresseurs au début des années 1990, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), est responsable de l'augmentation en flèche des prescriptions

d'antidépresseurs, étant donné la meilleure tolérance attribuée à ces molécules en comparaison de leurs prédécesseurs (Harman, Edlund, & Fortney, 2009; Meijer, Heerdink, Leufkens, Herings, Egberts, & Nolen, 2004; Raymond, Morgan, & Caetano, 2007). Au cours des dernières années, cette classe d'antidépresseurs est également devenue utilisée dans le traitement d'autres conditions que la dépression (les troubles obsessionnels-compulsifs, le stress post-traumatique, les troubles de panique, le syndrome prémenstruel, la boulimie, la perte de poids, l'arrêt de fumer, etc.), ce qui peut également expliquer en partie la hausse des prescriptions d'antidépresseurs (Foote & Etheredge, 2000; Harman et al., 2009). Parmi les autres raisons envisagées, certains avancent les difficultés financières, le stress et l'instabilité liés à nos sociétés actuelles (Compton et al., 2006; Harman et al., 2003).

En plus de ces phénomènes, un des problèmes les plus importants du traitement de la dépression reste la non-adhésion aux traitements antidépresseurs, c'est-à-dire l'interruption ou l'arrêt de leur prise au cours du traitement, ou avant la fin prévue. Le taux médian de non-adhésion aux antidépresseurs serait de 40% et irait jusqu'à 60% dans certaines études (Bull, Hu, Hunkeler, Lee, Ming, Markson, & Fireman, 2002; Demyttenaere & Haddad, 2000; Lingam, & Scott, 2002). Les interventions actuelles pour solutionner ce problème ne seraient pas efficaces (Peterson, Takiya & Finley, 2003) et il y aurait un besoin d'approches novatrices.

Les raisons de ce problème d'adhésion ne sont pas évidentes non plus à déterminer, mais plusieurs soutiennent que les croyances et les attitudes des patients jouent un rôle très important, autant même que les effets secondaires associés à la prise de ces médicaments (Brown, Battista, Bruehlman, Sereika, Thase, & Dunbar-Jacob, 2005, Chakraborty, Avasthi, Kumar, & Grover, 2009; Kessing, Hansen, Demyttenaere, & Bech, 2005). Les études ayant examiné ces croyances font état de préoccupations qui rendent les patients réfractaires aux antidépresseurs, comme la crainte des effets secondaires, du risque de dépendance à long terme, des difficultés liées à la posologie, et de la préférence pour des traitements alternatifs (Brown et al., 2005; Cooper, Bebbington, King, Brugha, Meltzer, Bhugra, & Jenkins, 2007; Masand, 2003; Mitchell & Selmes, 2007). D'autres raisons avancées pour expliquer les problèmes d'adhésion aux antidépresseurs sont les oublis, le manque d'explication et de suivi des médecins, la volonté de se traiter sans antidépresseurs, le manque de confiance envers les

antidépresseurs, la cessation de la prise dès qu'un soulagement apparaît, l'influence de l'entourage, etc. (Bucci, Possidente & Talbot, 2003; Chakraborty et al., 2009; Cooper et al. 2007; Kessing et al., 2005; Mitchell & Selmes, 2007; Masand, 2003)

Compte tenu de la complexité de ces phénomènes et de l'état lacunaire des connaissances, de multiples raisons peuvent ainsi être avancées pour expliquer ces trois enjeux majeurs du traitement de la dépression : 1-l'augmentation des consultations relatives à la dépression, 2-l'augmentation des prescriptions d'antidépresseurs et 3-le problème de non-adhésion aux antidépresseurs. Devant cette multitude d'explications possibles, les patients et les professionnels de la santé faisant face à cette maladie sont d'autant plus susceptibles d'élaborer leurs propres points de vue à propos de ces phénomènes les concernant de près. Malgré leurs éventuelles divergences de points de vue, la collaboration et l'accord entre le patient et le professionnel restent toutefois déterminants pour la réussite de l'intervention thérapeutique et le rétablissement des patients (Bucci et al., 2003; Hunot, Horne, Leese, & Churchill, 2007). Le processus interactionnel entre le professionnel et le patient devrait ainsi résulter d'une compréhension cohérente de la dépression et de son traitement (Chakraborty et al., 2009).

## **Objectif**

L'objectif principal de cette étude est d'examiner et de comparer les raisons endossées par les patients dépressifs et les professionnels de la santé mentale (médecins omnipraticiens, psychiatres, psychologues) pour expliquer ces trois enjeux liés à la dépression et à son traitement. Des étudiants universitaires ont également été inclus dans l'étude comme groupe de comparaison moins directement concerné par la dépression et plus extérieur à la relation patient-professionnel. Les étudiants représentent ici une tranche de la population générale, qui interagit avec les professionnels de la santé et les patients dépressifs, sans être personnellement affectés par la dépression. À ce titre, ils sont susceptibles de fournir des indications sur les idées et les positions entretenues et transmises globalement dans la société au sujet de la dépression.

L'approche adoptée vise à cerner les multiples points de vue possibles représentés par les trois groupes à l'étude (étudiants, professionnels et patients), à travers le cadre

d'analyse des représentations sociales (Clémence, Doise, & Lorenzi-Cioldi, 1994; Moscovici, 1961). Les représentations sociales peuvent être définies en tant que principes générateurs de prises de position qui organisent les processus symboliques intervenant dans les rapports sociaux (Doise, 1986). Ces représentations constituent un savoir partagé qui reflète l'ancrage des individus dans leur environnement. Pour Doise (1990), lorsque la dynamique sociale s'élabore autour de questions importantes, elle suscite des prises de position individuelles spécifiques qui sont liées aux insertions sociales des individus et ces prises de position, soit interindividuelles soit intergroupes, sont des modulations à partir de principes organisateurs communs (Clémence, Doise & Lorenzi-Cioldi, 1994). Ces «questions importantes» autour desquelles les représentations sociales s'élaborent sont des enjeux pour les groupes et, pour Moliner (1993) et Rouquette (1997), ces enjeux constituent l'un des critères importants pour désigner un objet de représentation sociale.

Les enjeux concernés dans cette étude (1-l'augmentation des consultations relatives à la dépression, 2-l'augmentation des prescriptions d'antidépresseurs et 3- la non-observance aux traitements antidépresseurs) sont des enjeux d'importance pour les patients dépressifs et les professionnels de la santé mentale, mais également pour la population générale, dont les étudiants universitaires font partie, car ils soulèvent des questions économiques, politiques, commerciales, scientifiques, sociales et de santé publique qui concernent toute la société. Toutefois, l'implication face à ces objets est fort différente d'un groupe à l'autre et devrait marquer diversement leur positionnement par rapport à ces enjeux. Selon les travaux de Rouquette (1997) sur la notion d'implication, un objet de représentation mobilisera d'autant plus les individus que ceux-ci se sentent personnellement concernés par lui (identification personnelle ou proximité), lui accordent une grande importance (estimation de l'enjeu attaché à l'objet ou valorisation de l'objet) et estiment avoir une réelle influence sur lui (capacité perçue d'action).

Ainsi, l'orientation théorique des représentations sociales, avec ses ancrages épistémologiques, permet de répondre d'une manière approfondie au questionnement initial qui consiste à la fois à identifier les positionnements des uns et des autres, mais aussi à mettre en évidence ce qui les rapproche et les distingue. La connaissance et la prise en compte de ces

positionnements multiples sont nécessaires pour mieux comprendre les enjeux de la dépression, développer des pistes pour les gérer et améliorer les interventions.

Suivant les travaux de Rouquette (1997) sur la notion d'implication, les différents groupes de l'étude (patients, professionnels, étudiants) ne devraient pas avoir le même degré de mobilisation face aux enjeux relatifs à la dépression étant donné leurs différents degrés d'implication et cela rend probable l'apparition de distinction sur le plan des positionnements de groupe. L'implication expérientielle et vécue de la maladie des patients aux prises avec la dépression, n'est pas du même ordre que l'implication professionnelle des médecins et des psychologues, avec son ensemble de connaissances et de pratiques, ou celle, plus distante, de la majorité des étudiants, moins concernée par cette réalité. Les professionnels, en tant que groupe, partagent des représentations spécifiques qu'ils développent à travers leur formation et leur expérience de travail. Ces représentations «professionnelles» (Bataille, 2000; Piaser, 1999) témoignent d'une implication particulière envers les objets pertinents à leur profession. En plus de ces différences relatives à l'implication, puisque les représentations sociales caractérisent les groupes sociaux et participent à leur identité, il est attendu que les réponses de chaque groupe visent à soutenir et préserver l'identité et les intérêts du groupe. Malgré les différences susceptibles d'être observées, il est toutefois important de souligner que certaines positions seront probablement partagées de façon consensuelle à travers les groupes. La définition même de représentation sociale présuppose à la fois des aspects partagés de façon consensuelle et des variations interindividuelles et intergroupes. Identifier ces diverses composantes représentationnelles est l'objectif principal de l'étude.

#### Méthodologie

## **Participants**

485 personnes provenant de la région de Montréal (Québec, Canada) ont participé à l'étude sur une base volontaire : 350 étudiants universitaires, 43 patients dépressifs et 92 professionnels de la santé (29 omnipraticiens, 40 psychologues et 23 psychiatres). Dans chacun des trois groupes, la majorité des répondants était des femmes (71,2% chez les étudiants, 65,7% chez les patients et 51,6% chez les professionnels). Les étudiants (M = 23,6 ans) étaient moins âgés que les patients (M = 45,5 ans) et les professionnels (M = 50,8 ans).

Tous les étudiants provenaient de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) et étaient inscrits en 1<sup>er</sup> premier cycle dans différents programmes, mais majoritairement du domaine des sciences humaines (communication 56,3%; travail social 20,0%; marketing 12,0%; histoire 6,6% et économie 5,1%). Pour être éligible à participer à l'étude, les patients dépressifs devaient se percevoir en dépression majeure, être âgés d'au moins dix-huit ans et être suivis par un professionnel (omnipraticien, psychologue ou psychiatre) en clinique médicale. Aucun des patients n'était hospitalisé au moment de l'étude. Les professionnels pratiquaient dans la région de Montréal et avaient des cas de dépression majeure parmi leurs patients. Des données descriptives supplémentaires sont présentées au Tableau 1.

Tableau 1

Caractéristiques des participants

	Étudiants	Patients	Professionnels	
Variables situationnelles	(n = 350)	(n = 43)	(n = 92)	
Présentent un problème physique autre qu'une dépression	14,41%	68,57%	29,67%	
Ont déjà reçu un diagnostic de dépression dans le passé	21,33%	74,29%	10,99%	
Présentent un trouble psychologique autre qu'une dépression	15,41%	37,14%	16,48%	
Ont un membre de leur entourage proche ayant déjà reçu un diagnostic de dépression	53,91%	64,71%	48,89%	
Ont moins de 45 ans	98,24%	42,86%	29,21%	
Sont en couple	35,65%	34,29%	82,42%	
Sont des femmes	71,18%	65,71%	51,65%	
Ont au moins un enfant à charge	9,22%	22,86%	ND	
Occupent un emploi	78,20%	66,67%	100,00%	
Suivent une psychothérapie	ND	60,00%	ND	
Prennent des médicaments antidépresseurs face à leur dépression	NA	91,43%	NA	

Note. ND: Non-disponible, NA: Non-applicable.

D'après ces données, il apparaît sans grande surprise que les patients présentaient en plus large proportion des problèmes d'ordre psychologique et physique, comparativement aux étudiants et aux professionnels. Des exemples de problèmes physiques rapportés fréquemment étaient l'hypertension, l'hypothyroïdie, le diabète, l'asthme et l'arthrite. L'ampleur sociale de la dépression est de nouveau rappelée par les chiffres indiquant que près de la moitié des participants de chacun des groupes connaissait une personne de leur entourage ayant déjà reçu un diagnostic de dépression. Le seul groupe où les participants étaient majoritairement en couple est celui de professionnels. Dans tous les groupes, même chez les patients dépressifs, une majorité des répondants occupait un emploi. Finalement, en n'oubliant pas que les patients ont été recrutés en cliniques médicales, la majorité d'entre eux rapportaient suivre une psychothérapie et presque la totalité déclaraient utiliser des antidépresseurs.

#### Instrument

Tous les participants ont eu à répondre (par eux-mêmes) à un questionnaire d'une durée approximative d'une vingtaine de minutes. Ce questionnaire comporte deux parties. La première concerne les représentations des trois enjeux relatifs à la dépression et à son traitement : 1- l'augmentation des consultations au sujet d'une dépression, 2- l'augmentation des prescriptions d'antidépresseurs et 3- les problèmes de non-observance aux traitements antidépresseurs. Dans le questionnaire, une liste d'items se rapporte à chacun de ces trois enjeux. La deuxième partie du questionnaire regroupe des questions d'ordre situationnel et sociodémographique.

Les items de la première partie représentent des raisons possibles permettant d'expliquer chacun des trois enjeux en question. Ils ont été formulés sur la base de la littérature scientifique sur ces sujets (Bucci et al., 2003; Foote & Etheredge, 2000; Harman et al., 2003; Harman et al., 2009; Hunot et al., 2007; Masand, 2003; Meijer et al., 2004; Raymond et al., 2007; Wilhelm, Mitchell, Slade, Brownhill, & Andrews, 2003) et de données qualitatives issues d'une recherche portant sur la relation patient-médecin (Garnier, Dufort, Beaulac-Baillargeon, Marinacci, Quesnel, St-Jean, Tremblay, Patenaude, Bonenfant & Pourrain, 2005). La forme des questions de la première partie est similaire à celle employée

dans les études sur les représentations sociales selon la perspective des principes organisateurs (exemple, Doise, Clémence & Lorenzi-Cioldi, 1992, p.125-135). Pour chacun des trois enjeux, les répondants avaient à situer sur une échelle du type Likert en sept points, allant de «pas du tout» à «beaucoup», à quel point chacune des raisons proposées permettait selon eux d'expliquer l'enjeu en question. Par exemple, concernant l'augmentation des consultations relatives à la dépression, l'une des raisons proposées était «l'instabilité plus grande des familles».

## Procédure

Les patients ont été sélectionnés à l'aide d'affiches et de dépliants laissés dans les cliniques médicales, après avoir obtenu l'approbation du comité d'éthique de chaque institution. Les professionnels de la santé ont été sollicités par envois postaux à partir de listes aléatoires, l'une fournie par le Collège des médecins du Québec et l'autre produite à partir du site Internet de l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ). Finalement, les étudiants ont répondu au questionnaire pendant les heures de classe (souvent au début du cours). Les groupes d'étudiants ont été sélectionnés dans le but de représenter une diversité de programmes d'études.

#### Résultats

## **Analyses**

Pour chacun des trois enjeux faisant l'objet de l'étude, des résultats descriptifs concernant tous les items sont d'abord présentés afin de dégager un portrait détaillé. Pour organiser ces réponses de façon plus globale et faciliter les comparaisons entre les groupes, une analyse en composantes principales (ACP) a été menée sur chaque liste d'items de chaque enjeu. De nouvelles variables ont alors été créées sur la base de ces principes, en additionnant puis en faisant la moyenne des scores à l'ensemble des items se rapportant à chaque facteur issus des ACP. Finalement, des analyses de variance (ANOVA) ont été réalisées sur ces nouvelles variables afin de comparer les groupes les uns aux autres. En plus de l'appartenance de groupe, l'âge et le sexe ont été intégrés comme variables indépendantes dans ces ANOVAs. Concernant l'âge, les participants ont été catégorisés en «moins de 45

ans» et «45 ans et plus» pour les répartir en deux groupes de tailles sensiblement égales, à la fois chez les patients et les professionnels. L'ensemble de ces analyses vise à réaliser une étude exhaustive des représentations sociales (Clémence, Doise & Lorenzi-Cioldi, 1994) en mettant à jour un savoir commun, des principes organisateurs des positions individuelles par rapport aux points de repère fournis par ce savoir commun, et les ancrages de ces positions dans les réalités sociopsychologiques qui les construisent.

# L'enjeu de l'augmentation des consultations relatives à la dépression

Le Tableau 2 présente les moyennes et écarts-types des réponses de chaque groupe aux items associés à l'enjeu de l'augmentation des consultations pour dépression, de même que les résultats des analyses de variance (ANOVAs) réalisées sur ces moyennes. Rappelons que les participants avaient à cocher à quel point chacune des raisons proposées expliquait selon eux ce phénomène d'augmentation (l'échelle allait de 1= pas du tout à 7 = beaucoup). Dans l'ensemble, les raisons reconnues importantes par les trois groupes (au-dessus de 5) sont le soutien social moins présent, le mode de vie plus stressant et l'instabilité plus grande des familles (items 11, 12 et 15). Au contraire, les raisons jugées peu importantes (en dessous de 3.5) sont l'augmentation de facteurs environnementaux nocifs, la plus faible présence de la religion et le vieillissement de la population (items 16, 19 et 23). Plus particulièrement, chez les patients, la société davantage matérialiste et l'instabilité plus grande des milieux de travail (items 10 et 14) figurent aussi parmi les raisons considérées les plus importantes (au-dessus de 5). Chez les étudiants aussi, la société davantage matérialiste apparaît parmi les raisons évaluées importantes (item 10). Quant aux professionnels, à la différence des deux autres groupes, ils attribuent une grande importance à la meilleure information et reconnaissance de la dépression par les patients et les médecins (items 1 et 2) et à la diminution générale des tabous (item 8). Les ANOVAs réalisées sur les moyennes montrent qu'il existe des différences entre les groupes sur la plupart des items. Les analyses qui suivront (analyse en composante principale et analyse de variance) dans les prochaines sections viseront à mieux organiser et comprendre ces différences.

Tableau 2

Moyennes et écarts-types des réponses relatives aux raisons de l'augmentation des consultations pour dépression

Items relatifs aux raisons de l'augmentation des	Étudiants	Patients	Profess.	
consultations au sujet de la dépression	M (ET)	M (ET) M (ET)		
Les patients sont plus informés sur la dépression et savent davantage la reconnaître	4,36 (1,43) b	4,51 (1,48) b	5,20 (0,98) 8	
2. Les médecins sont plus informés sur la dépression et savent davantage la reconnaître	4,19 (1,46) b	4,86 (1,46) a	5,37 (1,15)	
3. L'efficacité des antidépresseurs est davantage reconnue	3,52 (1,52) b	4,83 (1,78) a	4,73 (1,36)	
4. Les facteurs biologiques de la dépression sont davantage reconnus	4,14 (1,52) b	4,89 (1,53) a	4,58 (1,50)	
5. Les gens se préoccupent davantage de leur santé mentale	4,50 (1,53) b	4,64 (1,36)	4,97 (1,19)	
6. L'efficacité des psychothérapies pour la dépression est davantage reconnue	3,88 (1,49) b	4,89 (1,51) a	4,75 (1,31)	
7. Les nouveaux antidépresseurs sont perçus comme causant moins d'effets secondaires	3,11 (1,42) b	3,89 (1,82) a	4,37 (1,53)	
8. Il y a moins de tabous entourant la dépression / elle est mieux acceptée	4,40 (1,65) b	4,06 (1,82) b	5,12 (1,25)	
9. Les compétences des médecins sont davantage reconnues	3,42 (1,57) b	4,22 (1,76) a	4,01 (1,45)	
10. La société est davantage matérialiste et les valeurs humaines sont davantage négligées	5,04 (1,59) b	5,78 (1,35) a	4,23 (1,51)	
11. Le soutien social, familial est moins présent / la société est davantage individualiste	5,47 (1,32)	6,00 (1,41) a	5,24 (1,14)	
12. Le mode de vie de notre société est plus stressant / les pressions sociales de performance sont plus présentes	6,03 (1,12) a	6,33 (0,89) a	5,41 (1,14)	
13. La perte générale du contact à la nature	3,61 (1,70) a	4,19 (1,72) a	3,13 (1,48)	
14. L'instabilité plus grande du milieu de travail	4,86 (1,33)	5,25 (1,71)	4,84 (1,16)	
15. L'instabilité plus grande des familles, les séparations plus fréquentes des couples	5,28 (1,21)	5,42 (1,40)	5,25 (1,09)	
16. Une augmentation de facteurs environnementaux nocifs (toxines, pesticides, aliments moins sains)	3,26 (1,58) a	3,11 (1,58)	2,47 (1,32)	
17. La diminution générale de l'activité physique	4,28 (1,56) a	3,94 (1,77)	3,45 (1,28)	
18. Les gens sont plus dépressifs	3,46 (1,83) b	4,64 (1,97) a	3,75 (1,38)	
19. La plus faible présence de la religion	2,37 (1,67) b	2,20 (1,43) b	3,05 (1,60)	

20. De plus en plus de gens demandent un arrêt de travail à l'aide du diagnostic de dépression	3,53 (1,65)	4,03 (2,24)	3,84 (1,75)
21. La dépression est davantage utilisée comme fourre-tout pour toute sorte de malaise	3,51 (1,83)	3,25 (1,99)	3,78 (1,68)
22. Le seuil de tolérance envers les symptômes dépressifs est plus faible	3,50 (1,69) b	3,67 (1,94)	4,20 (1,38) a
23. Le vieillissement de la population	2,68 (1,47) b	2,70 (1,68)	3,26 (1,51) a

Note. Les scores allaient de 1 (Pas du tout) à 7 (Beaucoup). Des ANOVAs ont éré réalisées pour évaluer les différences entre les moyennes, avec correction Bonferroni. Les moyennes qui ne comportent pas la même lettre diffèrent à p < .05 (a  $\Box$  b  $\Box$  c).

# ACP sur les items des raisons de l'augmentation des consultations pour dépression

Une analyse en composantes principales (ACP) a été réalisée avec l'ensemble des participants (patients, professionnels et étudiants) sur les vingt-trois items des raisons de l'augmentation des consultations relatives à la dépression, pour dégager les principes organisateurs des positionnements de groupe. Pour faciliter l'interprétation des facteurs, une rotation VARIMAX a été effectuée. Les trois facteurs retenus selon le test des éboulis (Cattell, 1966) avaient une valeur propre supérieure à 1 et permettent d'expliquer 43,23% de la variance totale. Le Tableau 3 présente les contributions des items sur les facteurs obtenus, ainsi que les moyennes et écarts-types des scores de l'ensemble des participants pour chaque item. Le premier facteur, expliquant à lui seul 18,06% de variance, est relié à neuf items. L'ensemble de ces items faisant référence à une meilleure reconnaissance et acceptation de la dépression et de son traitement, ce facteur a été désigné «meilleure reconnaissance de la dépression». Le second facteur, expliquant 15,47% de variance, renvoie à dix items. Les items les plus associés à ce facteur étant liés aux changements sociaux ayant engendré davantage de stress et d'instabilité, il a été nommé «facteurs sociaux : stress et instabilité». Finalement, le troisième facteur, permettant d'expliquer 9,70% de variance, est constitué de quatre items, dont trois sur quatre (items 20, 21 et 22) représentent la «facilité et rapidité du diagnostic de dépression», il a donc été nommé ainsi. En somme, les résultats de l'ACP montrent que les raisons de l'augmentation des consultations relatives à la dépression se structurent autour de trois principes organisateurs : 1-La meilleure reconnaissance de la

dépression, 2-Les facteurs sociaux : stress et instabilité et 3-La facilité et la rapidité du diagnostic de dépression.

Tableau 3

Moyennes, écarts-types et contributions associées aux facteurs résultant de l'ACP sur les vingt-trois items des raisons de l'augmentation des consultations relatives à la dépression, pour tous les participants (n = 485)

Selon vous, à quel point les raisons suivantes expliquent			Facteurs		
[le phénomène de l'augmentation des consultations relatives à la dépression] ?		1	2	3	
	M (ET)	cont	ributions >	> 0,25	
. Les patients sont plus informés sur la dépression et savent davantage la reconnaître	4,53 (1,39)	0,744			
2. Les médecins sont plus informés sur la dépression et savent davantage la reconnaître	4,47 (1,48)	0,737			
3. L'efficacité des antidépresseurs est davantage reconnue	3,85 (1,61)	0,696			
Les facteurs biologiques de la dépression sont davantage reconnus	4,28 (1,53)	0,661			
5. Les gens se préoccupent davantage de leur santé mentale	4,60 (1,47)	0,656			
6. L'efficacité des psychothérapies pour la dépression est davantage reconnue	4,12 (1,51)	0,652			
7. Les nouveaux antidépresseurs sont perçus comme causant moins d'effets secondaires	3,41 (1,56)	0,613		0,39	
3. Il y a moins de tabous entourant la dépression / elle est mieux acceptée	4,51 (1,62)	0,574			
D. Les compétences des médecins sont davantage reconnues	3,59 (1,59)	0,557			
0. La société est davantage matérialiste et les valeurs numaines sont davantage négligées	4,94 (1,61)		0,759		
Le soutien social, familial est moins présent / la société est davantage individualiste	5,47 (1,30)		0,752		
2. Le mode de vie de notre société est plus stressant / es pressions sociales de performance sont plus présentes	5,93 (1,14)		0,709		
3. La perte générale du contact à la nature	3,57 (1,68)		0,587		
4. L'instabilité plus grande du milieu de travail	4,88 (1,34)		0,565		
5. L'instabilité plus grande des familles, les séparations plus fréquentes des couples	5,28 (1,21)		0,555		
6. Une augmentation de facteurs environnementaux occifs (toxines, pesticides, aliments moins sains)	3,10 (1,56)		0,517		
7. La diminution générale de l'activité physique	4,10 (1,56)		0,421	0,35	

	Variance (%)	18,06	15,47	9,7
	Valeur propre	4,16	3,56	2,23
23. Le vieillissement de la population	2,79 (1,51)			0,293
22. Le seuil de tolérance envers les symptômes dépressifs est plus faible	3,64 (1,68)			0,524
21. La dépression est davantage utilisée comme fourre- tout pour toute sorte de malaise	3,54 (1,81)			0,726
20. De plus en plus de gens demandent un arrêt de travail à l'aide du diagnostic de dépression	3,63 (1,72)			0,766
19. La plus faible présence de la religion	2,49 (1,66)		0,336	
18. Les gens sont plus dépressifs	3,60 (1,79)		0,414	0,307

Note: Échelle: Pas du tout 1 2 3 4 5 6 7 Beaucoup

# L'enjeu de l'augmentation des prescriptions d'antidépresseurs

Comme pour le premier enjeu, le Tableau 4 présente les moyennes et écarts-types des réponses de chaque groupe aux items associés à l'enjeu de l'augmentation des prescriptions d'antidépresseurs, de même que les résultats des ANOVAs réalisées sur ces moyennes. Les participants avaient de nouveau à cocher à quel point chacune des raisons proposées expliquait selon eux ce phénomène d'augmentation (l'échelle allait de 1= pas du tout à 7 = beaucoup). Dans l'ensemble, les participants attribuent une importance moyenne à la plupart des raisons proposées et aucune n'est largement rejetée. D'après les résultats, les raisons considérées les plus importantes (au-dessus de 5) pour les patients sont la plus grande pression de performer et la hausse des consultations pour dépression (items 12 et 14). Les professionnels attachent également une grande importance à la hausse des consultations pour dépression, mais aussi à la plus grande reconnaissance des facteurs biologiques de la dépression et à la demande plus grande des patients pour les antidépresseurs (items 4, 11, 14). Quant aux étudiants, les raisons qu'ils endossent plus fortement sont aussi endossées par les patients ou les professionnels (items 8, 11, 12, 14), mais ils attribuent plus d'importance à la préférence pour les antidépresseurs (item 8). Seul l'item 4 (reconnaissance des causes biologiques) paraît fortement endossé uniquement par les professionnels. De nouveau, les analyses qui suivront dans les prochaines sections viseront à mieux organiser les différences de groupes qui se dessinent sur plusieurs des items, comme le montrent les résultats des ANOVAs.

Tableau 4

Moyennes et écarts-types des réponses relatives aux raisons de l'augmentation des prescriptions d'antidépresseurs

Items relatifs aux raisons de l'augmentation	Étudiants	Patients	Profess. M (ET)	
des prescriptions d'antidépresseurs	M (ET)	M (ET)		
Les nouveaux antidépresseurs causent moins d'effets secondaires	3,67 (1,42) b	4,22 (1,94)	4,89 (1,38) a	
2. Les nouveaux antidépresseurs présentent moins d'effets d'interaction indésirables avec d'autres médicaments	3,53 (1,51) b	3,89 (2,20)	4,51 (1,51) a	
3. Les antidépresseurs sont plus efficaces	3,23 (1,52) b	4,17 (1,58) a	4,17 (1,48) a	
4. Les causes biologiques de la dépression sont davantage reconnues	3,95 (1,48) b	4,83 (1,58) a	5,22 (1,22) a	
5. Les antidépresseurs s'appliquent à une plus grande diversité de troubles	3,97 (1,64) b	4,49 (1,88)	4,77 (1,56) a	
6. Le traitement de la dépression par antidépresseurs est relativement moins cher	3,51 (1,70)	3,23 (2,04)	3,69 (1,78)	
7. Il y a plus de dépressifs	3,85 (1,67) b	4,71 (2,04) a	3,87 (1,48) b	
8. Les antidépresseurs sont davantage préférés à la psychothérapie	5,18 (1,54) a	4,37 (2,17) b	4,91 (1,46)	
9. Un plus grand manque de temps chez les médecins	4,89 (1,66)	4,17 (2,25)	4,74 (1,71)	
10. Les agences pharmaceutiques sont davantage persuasives	4,89 (1,75)	4,17 (2,13)	4,89 (1,67)	
11. Les patients demandent davantage des antidépresseurs	5,17 (1,49) a	4,34 (1,95) b	4,99 (1,43)	
12. La pression de performer est plus grande	5,55 (1,48) a	5,46 (1,88)	4,86 (1,50) b	
13. La société est plus consommatrice	4,28 (1,72)	3,83 (2,06)	4,13 (1,74)	
14. Les consultations pour une dépression sont plus fréquentes	5,42 (1,24)	5,42 (1,32)	5,30 (1,14)	

Note. Les scores allaient de 1 (Pas du tout) à 7 (Beaucoup). Des ANOVAs ont éré réalisées pour évaluer les différences entre les moyennes, avec correction Bonferroni. Les moyennes qui ne comportent pas la même lettre différent à p < .05 (a  $\Box$  b  $\Box$  c).

# ACP sur les items des raisons de l'augmentation des prescriptions d'antidépresseurs

De la même façon que pour les raisons de l'augmentation des consultations relatives à la dépression, une ACP a été réalisée avec l'ensemble des participants sur les quatorze items des raisons de l'augmentation des prescriptions d'antidépresseurs. Pour faciliter l'interprétation des facteurs, une rotation VARIMAX a été effectuée. Les deux facteurs retenus selon le test des éboulis (Cattell, 1966) avaient une valeur propre supérieure à 1 et permettent d'expliquer 41,93% de la variance totale (voir Tableau 5). Le premier facteur, expliquant à lui seul 21,89% de variance, est relié à sept items, associés pour la plupart à des qualités des nouveaux antidépresseurs. Il a donc été désigné «meilleurs antidépresseurs». Le second facteur, permettant d'expliquer 20,04% de variance, renvoie aussi à sept items, faisant référence à des influences et pressions sociales engendrant une plus grande demande pour les antidépresseurs, il a donc été nommé «pressions sociales favorisant la demande». En somme, les résultats de l'ACP montrent que les raisons de l'augmentation des prescriptions d'antidépresseurs se polarisent entre deux pôles : 1-Meilleurs antidépresseurs, et 2-Pressions sociales favorisant la demande.

Tableau 5

Moyennes, écarts-types et contributions associées aux facteurs résultant de l'ACP sur les quatorze items des raisons de l'augmentation des prescriptions d'antidépresseurs, pour tous les participants (N=485)

Selon vous, à quel point les raisons suivantes expliquent [le		Fact	teurs
phénomène de l'augmentation des prescriptions d'antidépresseurs] ?		1	2
d antidepressedisj .	M (ET)	contributi	ons > 0,25
Les nouveaux antidépresseurs causent moins d'effets secondaires	3,94 (1,53)	0,816	
2. Les nouveaux antidépresseurs présentent moins d'effets d'interaction indésirables avec d'autres médicaments	3,74 (1,62)	0,790	
3. Les antidépresseurs sont plus efficaces	3,48 (1,57)	0,712	
4. Les causes biologiques de la dépression sont davantage reconnues	4,25 (1,53)	0,641	
5. Les antidépresseurs s'appliquent à une plus grande diversité de troubles	4,16 (1,67)	0,579	
6. Le traitement de la dépression par antidépresseurs est relativement moins cher	3,52 (1,75)	0,483	0,358
7. Il y a plus de dépressifs	3,92 (1,74)	0,414	
8. Les antidépresseurs sont davantage préférés à la psychothérapie	5,07 (1,59)		0,682
9. Un plus grand manque de temps chez les médecins	4,81 (1,73)		0,677
10. Les agences pharmaceutiques sont davantage persuasives	4,84 (1,77)		0,662
11. Les patients demandent davantage des antidépresseurs	5,07 (1,53)		0,658
12. La pression de performer est plus grande	5,41 (1,54)		0,560
13. La société est plus consommatrice	4,22 (1,76)		0,535
14. Les consultations pour une dépression sont plus fréquentes	5,40 (1,22)	0,266	0,427
	Valeur propre	3,06	2,81
	Variance (%)	21,89	20,04

Note: Échelle: Pas du tout 1 2 3 4 5 6 7 Beaucoup

# L'enjeu des problèmes d'observance aux antidépresseurs

Comme pour les deux premiers enjeux, le Tableau 6 présente les moyennes et écartstypes des réponses de chaque groupe aux items associés à l'enjeu des problèmes d'observance aux antidépresseurs, de même que les résultats des ANOVAs réalisées sur ces moyennes. Encore une fois, les participants avaient à cocher à quel point chacune des raisons proposées expliquait selon eux ce phénomène d'augmentation (l'échelle allait de 1= pas du tout à 7 = beaucoup). Dans l'ensemble, les raisons reconnues importantes par les trois groupes (au-dessus de 4,9) sont le désir de se traiter sans antidépresseur, la non-acceptation de la maladie, la crainte de dépendance, l'efficacité tardive et la cessation dès qu'un soulagement apparaît (items 1, 4, 6, 16 et 18). Aucune des raisons proposées n'est clairement rejetée par l'ensemble des groupes. Chez les patients, les effets secondaires, l'oubli et la pensée magique (items 7, 15 et 17) figurent aussi parmi les raisons considérées importantes (au-dessus de 4.9). Les effets secondaires (item 7) figurent aussi parmi les raisons évaluées importantes par les professionnels alors la pensée magique (item 17) se retrouve aussi parmi les raisons importantes des étudiants. À la différence des deux autres groupes, les étudiants attribuent également une grande importance au manque de suivi et à l'abus des antidépresseurs (items 10 et 13). Comme pour les deux enjeux précédents, les différences de groupe, qu'indiquent déjà les résultats des ANOVAs sur les moyennes aux items, seront plus approfondies avec les analyses qui suivront.

Tableau 6

Moyennes et écarts-types des réponses relatives aux raisons des problèmes d'observance aux antidépresseurs

Items relatifs aux raisons de l'inobservance au	Étudiants	Patients	Profess.	
traitements antidépresseurs	M (ET)	M (ET)	M (ET)	
Le désir de vouloir se traiter sans antidépresseurs	5,33 (1,44) b	5,91 (1,36) a	5,79 (1,08) a	
Les patients ne font pas confiance à l'efficacité des antidépresseurs	4,36 (1,55)	4,57 (1,88)	4,71 (1,27)	
<ol> <li>Une confiance insuffisante vis-à-vis le médecin</li> </ol>	3,82 (1,58) b	4,80 (1,83) a	4,42 (1,46) a	
4. La non-acceptation de la maladie / le déni	5,21 (1,48)	5,60 (1,54)	5,34 (1,34)	
5. L'influence de l'entourage	4,25 (1,68) b	4,60 (2,13)	4,75 (1,48) a	
6. La crainte de la dépendance aux antidépresseurs	5,56 (1,28)	5,66 (1,83)	5,86 (1,08)	
7. Les effets secondaires des antidépresseurs	4,58 (1,38) b	5,23 (1,77) a	5,65 (1,12) a	
8. Les médecines alternatives	4,13 (1,55)	3,71 (1,84)	4,10 (1,41)	
9. Le manque d'explication de la part du médecin	4,46 (1,55)	4,43 (1,97)	4,84 (1,45)	
10. Le manque de suivi, de surveillance	5,11 (1,45)	4,76 (1,94)	4,79 (1,42)	
11. Le manque de temps des médecins	4,26 (1,83)	4,35 (2,06)	4,32 (1,61)	
12. Le coût des antidépresseurs	4,04 (1,48)	3,76 (2,10)	4,29 (1,34)	
13. L'abus des antidépresseurs	5,17 (1,61) a	3,68 (2,03) b	2,98 (1,45) b	
14. Les difficultés liées à la posologie / à la fréquence de la prise des antidépresseurs	3,74 (1,66) a	3,91 (2,23)	3,14 (1,63) b	
15. La négligence / l'oubli	4,70 (1,50)	4,97 (1,85)	4,41 (1,56)	
16. L'efficacité tardive (délai d'action) des antidépresseurs, l'absence d'efficacité immédiate	4,90 (1,57) b	5,20 (1,66)	5,37 (1,25) a	
17. La pensée magique vis-à-vis les antidépresseurs	5,13 (1,48) a	5,03 (1,57)	4,53 (1,32) b	
18. La cessation du traitement aux antidépresseurs dès qu'un soulagement apparaît	5,68 (1,24)	5,80 (1,39)	5,36 (1,26)	

Note. Les scores allaient de 1 (Pas du tout) à 7 (Beaucoup). Des ANOVAs ont éré réalisées pour évaluer les différences entre les moyennes, avec correction Bonferroni. Les moyennes qui ne comportent pas la même lettre différent à p < .05 (a  $\Box$  b  $\Box$  c).

# ACP sur les items des raisons de l'inobservance aux traitements antidépresseurs

De la même façon que pour les analyses précédentes, une ACP a été réalisée avec l'ensemble des participants sur les dix-huit items des raisons de l'inobservance aux traitements antidépresseurs. Pour faciliter l'interprétation des facteurs, une rotation VARIMAX a été effectuée. Les quatre facteurs retenus selon le test des éboulis (Cattell, 1966) avaient une valeur propre supérieure à 1 et permettent d'expliquer 49,19% de la variance totale (voir Tableau 7). Le premier facteur, expliquant à lui seul 17,34% de variance, est lié à huit items. L'ensemble de ces items implique une méfiance envers les antidépresseurs et les médecins et une volonté de se traiter sans antidépresseurs. Ce facteur a donc été nommé «méfiance et volonté de se traiter sans antidépresseurs». Le second facteur, expliquant 12,47% de variance, est relié à quatre items, dont trois sur quatre font référence à des manques de la part des médecins en termes d'explications, de temps et de suivi. Il a donc été désigné «manque d'explication et de suivi des médecins». Le troisième facteur, permettant d'expliquer 9,91% de variance, renvoie à trois items liés aux difficultés de la prise, à l'oubli et à l'abus des antidépresseurs, il a donc été identifié «abus et difficultés à suivre la posologie». Finalement, le quatrième facteur, expliquant 9,48% de variance, est lié aussi à trois items, impliquant cette fois «l'impatience et les attentes élevées des patients» face à l'efficacité des antidépresseurs. Il a donc été désigné ainsi. En somme, les résultats de l'ACP montrent que les raisons de l'inobservance aux traitements antidépresseurs se structurent autour de quatre principes organisateurs : 1-Méfiance et volonté de se traiter sans antidépresseurs, 2-Manque d'explication et de suivi des médecins, 3-Abus et difficulté à suivre la posologie, et 4-Impatience et attentes élevées des patients.

Tableau 7

Moyennes, écarts-types et contributions associées aux facteurs résultant de l'ACP sur les dixhuit items des raisons de l'inobservance aux traitements antidépresseurs, pour tous les participants (N=485)

Selon vous, à quel point les raisons suivantes		Facteurs			
expliquent [le phénomène d'inobservance aux antidépresseurs] ?		1	2	3	4
	M (ET)		contributi	ons > 0,25	> 0,25
1. Le désir de vouloir se traiter sans antidépresseurs	5,46 (1,39)	0,681			0,310
2. Les patients ne font pas confiance à l'efficacité des antidépresseurs	4,44 (1,54)	0,644			
3. Une confiance insuffisante vis-à-vis le médecin	4,01 (1,61)	0,634			
4. La non-acceptation de la maladie / le déni	5,26 (1,46)	0,588			
5. L'influence de l'entourage	4,37 (1,69)	0,582			
6. La crainte de la dépendance aux antidépresseurs	5,63 (1,30)	0,572			0,380
7. Les effets secondaires des antidépresseurs	4,84 (1,43)	0,523			0,333
8. Les médecines alternatives	4,09 (1,54)	0,482			
9. Le manque d'explication de la part du médecin	4,53 (1,57)		0,835		
10. Le manque de suivi, de surveillance	5,02 (1,49)		0,752		
11. Le manque de temps des médecins	4,28 (1,80)		0,732		
12. Le coût des antidépresseurs	4,07 (1,51)	0,322	0,371	0,333	
13. L'abus des antidépresseurs	4,63 (1,84)			0,697	
14. Les difficultés liées à la posologie / à la fréquence de la prise des antidépresseurs	3,64 (1,71)			0,635	
15. La négligence / l'oubli	4,67 (1,54)			0,634	
16. L'efficacité tardive (délai d'action) des antidépresseurs, l'absence d'efficacité immédiate	5,01 (1,53)				0,679
17. La pensée magique vis-à-vis les antidépresseurs	5,01 (1,48)				0,606
18. La cessation du traitement aux antidépresseurs dès qu'un soulagement apparaît	5,63 (1,26)	0,341		0,354	0,549
	Valeur propre	3,12	2,24	1,78	1,71
	Variance (%)	17,34	12,47	9,91	9,48

Note: Échelle: Pas du tout 1 2 3 4 5 6 7 Beaucoup

# Comparaison des groupes sur les facteurs issus des ACP

Le Tableau 8 indique les moyennes et les écarts-types des scores de chaque groupe sur les facteurs issus des ACP relatifs aux enjeux de la dépression, montrant ainsi un portrait d'ensemble. Les scores pour chacun des facteurs représentent la moyenne des scores à l'ensemble des items se rapportant au facteur en question. Dans l'ensemble, ces chiffres indiquent que les «facteurs sociaux : stress et instabilité» semblent les raisons qui expliquent le plus l'augmentation des consultations pour dépression aux yeux des patients et des étudiants, alors que pour les professionnels, il s'agit des raisons associées à la «meilleure reconnaissance de la dépression». En revanche, les trois groupes semblent s'entendre pour dire que les raisons liées à la «facilité et rapidité du diagnostic de dépression» sont les moins importantes. Concernant les raisons de l'augmentation des prescriptions d'antidépresseurs, les trois groupes semblent accorder plus d'importance aux «pressions sociales favorisant la demande» qu'aux raisons associées aux «meilleurs antidépresseurs». Cette différence apparaît d'autant plus marquée chez les étudiants. Quant aux problèmes d'observance aux antidépresseurs, les raisons considérées les plus importantes semblent de nouveau les mêmes pour les trois groupes et renvoient à «l'impatience et attentes élevées des patients». Les raisons liées aux «manques d'explication et suivi des médecins» et aux «abus et difficultés de suivre la posologie» paraissent quant à elles les moins importantes, et ce, pour chacun des trois groupes. Les professionnels semblent toutefois se démarquer plus nettement des deux autres groupes en rejetant davantage les raisons associées aux «abus et difficultés de suivre la posologie». En examinant l'ensemble des chiffres du Tableau 8, d'autres différences entre les groupes semblent apparentes. Pour mieux évaluer ces différences, des analyses de variance ont été réalisées sur chacun des facteurs et sont rapportées dans les prochaines sections, en reprenant séparément chacun des trois enjeux.

Tableau 8

Moyennes et écarts-types des facteurs relatifs aux enjeux de la dépression, pour chaque groupe

		Groupes principaus	K
	Étudiants	Patients	Professionnels
	M (ET)	M (ET)	M (ET)
Enjeu 1 : Facteurs liés à l'augmentation des consultations pour dépression			
Meilleure reconnaissance de la dépression	3,95 (1,00)	4,55 (0,92)	4,79 (0,89)
Facteurs sociaux : stress et instabilité	4,36 (0,86)	4,69 (0,86)	4,08 (0,80)
Facilité et rapidité du diagnostic de dépression	3,30 (1,12)	3,40 (1,27)	3,76 (0,98)
Enjeu 2 : Facteurs liés à l'augmentation des prescriptions d'antidépresseurs			
Meilleurs antidépresseurs	3,67 (1,02)	4,18 (1,13)	4,44 (0,89)
Pressions sociales favorisant la demande	5,06 (0,96)	4,54 (1,22)	4,84 (0,93)
Enjeu 3 : Facteurs liés à l'inobservance aux traitements antidépresseurs			
Méfiance et volonté de se traiter sans antidépresseurs	4,65 (0,89)	5,01 (1,06)	5,07 (0,84)
Manque d'explication et de suivi des médecins	4,48 (1,17)	4,27 (1,48)	4,56 (1,10)
Abus et difficultés à suivre la posologie	4,54 (1,09)	4,23 (1,41)	3,51 (1,11)
Impatience et attentes élevées des patients	5,24 (1,06)	5,29 (0,96)	5,08 (0,89)

Note. Certains des chiffres diffèrent légèrement de ceux rapportés aux sections suivantes étant donné les données manquantes et l'exclusion de quelques répondants aux ANOVAs

### ANOVA sur les facteurs liés à l'augmentation des consultations pour dépression

Des analyses de variance factorielles 3 (appartenance groupale: patients, professionnels, étudiants) x 2 (sexe: homme, femme) x 2 (âge: Moins de 45 ans, 45 ans et plus) ont été réalisées sur chacun des trois facteurs issus de l'ACP sur les raisons de l'augmentation des consultations pour dépression. L'analyse était recommencée chaque fois, en éliminant tour à tour les variables ne participant pas à des effets principaux ou d'interaction significatifs, à l'exception de l'appartenance groupale, qui demeurait comme variable de référence dans chaque modèle. Il s'agissait d'une procédure «pas-à-pas» permettant d'arriver à un modèle épuré ne comprenant que les variables associées aux effets

significatifs (p < .05). Pour les effets principaux liés à l'appartenance groupale, des tests posthoc (Tukey, p < .05) ont été réalisés pour comparer les groupes un à un. Le Tableau 9 résume les résultats obtenus.

Tableau 9

Résultats des ANOVAs sur les facteurs liés à l'augmentation des consultations

		Eff	ets pri	ncipaux				Effets teraction	on
Facteurs liés à l'augmentation des consultations pour dépression	Groupe		Pat. VS Étu. sood s		Sexe	Âge	Interaction groupe - âge	Interaction groupe - sexe	Interaction âge - sexe
Meilleure reconnaissance de la dépression	***		**	***	*				
Facteurs sociaux : stress et instabilité	***	***		*					
Facilité et rapidité du diagnostic de dépression	**			***					

Note. \*\*\*:  $p \le .001$ ; \*\*: p < .01; \*: p < .05

Pour le premier facteur, la «meilleure reconnaissance de la dépression», l'analyse de variance (ANOVA) a permis d'identifier des effets principaux de l'appartenance groupale, F(2,461) = 32,26, p < .001 et du sexe F(1,461) = 6,11, p = .014. Les étudiants semblent le groupe qui accorde le moins d'importance à la «meilleure reconnaissance de la dépression» en tant que raison de l'augmentation des consultations pour dépression (M = 3.89, ET = .06). Ils se différencient des patients (M = 4.47, ET = .17) et des professionnels (M = 4.79, ET = .10). Concernant l'effet du sexe, les femmes paraissent accorder plus d'importance à ce facteur «meilleure reconnaissance de la dépression» (M = 4.50, ET = .08), comparativement aux hommes (M = 4.26, ET = .09).

L'ANOVA réalisée sur le second facteur, «facteurs sociaux : stress et instabilité», a aussi montré un effet principal de l'appartenance groupale, F(2,466) = 7,27, p = .001. Aucun

autre effet principal ou d'interaction n'est apparu significatif. Les professionnels semblent le groupe qui accorde le moins d'importance à ce facteur comme raison de l'augmentation des consultations pour dépression (M = 4.08, ET = .09). Ils se différencient des étudiants (M = 4.36, ET = .05) et des patients (M = 4.69, ET = .14).

Finalement, pour le facteur «facilité et rapidité du diagnostic de dépression», là aussi l'ANOVA a indiqué seulement un effet significatif, l'effet principal de l'appartenance groupale, F(2,466) = 6,16, p = .002, les étudiants étant le groupe qui accorde le moins d'importance à ce facteur (M = 3.30, ET = .06). Ils se différencient significativement des professionnels (M = 3.76, ET = .12).

## ANOVA sur les facteurs liés à l'augmentation des prescriptions d'antidépresseurs

De la même manière que les analyses de variance menées sur les facteurs des raisons de l'augmentation des consultations relatives à la dépression, des analyses de variance 3 (appartenance groupale : patients, professionnels, étudiants) x 2 (sexe : homme, femme) x 2 (âge : Moins de 45 ans, 45 ans et plus) ont été réalisées sur chacun des deux facteurs issus de l'ACP sur les raisons de l'augmentation des prescriptions d'antidépresseurs. Le modèle était de nouveau à chaque fois épuré et l'appartenance groupale demeurait comme variable de référence. Pour les effets principaux liés à l'appartenance groupale, des tests post-hoc (Tukey, p < .05) ont de nouveau été réalisés pour comparer les groupes un à un. Le Tableau 10 résume les résultats obtenus.

Tableau 10

Résultats des ANOVAs sur les facteurs liés à la hausse des prescriptions

		Ef	fets pri	incipaux				Effets teraction	on
Facteurs liés à l'augmentation des prescriptions d'antidépresseurs	Groupe	Pat. VS Prof. 3	Pat. VS Étu. Pat. VS Étu.		Sexe	Âge	Interaction groupe - âge	Interaction groupe - sexe	Interaction âge - sexe
Meilleurs antidépresseurs	***		*	***					
Pressions sociales favorisant la demande	**		**						

Note. \*\*\*: p < .001; \*\*: p < .01; \*: p < .05

L'ANOVA réalisée sur le premier facteur, «meilleurs antidépresseurs», a mis en évidence seulement un effet principal de l'appartenance groupale F(2,458) = 22,22, p < .001 et aucun effet d'interaction significatif. Les étudiants paraissent ici le groupe attribuant le moins d'importance au facteur (M = 3.67, ET = .06). Ils se différencient des patients (M = 4.18, ET = .17) et des professionnels (M = 4.44, ET = .11).

Pour le second facteur, «pressions sociales favorisant la demande», l'ANOVA a indiqué, là aussi, uniquement un effet principal de l'appartenance groupale, F(2,464) = 5,76, p = .003. Les patients apparaissent ceux qui accordent le moins d'utilité à ce facteur (M = 4.54, ET = .16). Ils se différencient significativement des étudiants (M = 5.06, ET = .05).

### ANOVA sur les facteurs liés à l'inobservance aux traitements antidépresseurs

De la même manière que les analyses de variance précédentes, des analyses de variance 3 (appartenance groupale : patients, professionnels, étudiants) x 2 (sexe : homme, femme) x 2 (âge : Moins de 45 ans, 45 ans et plus) ont été réalisées sur chacun des quatre facteurs issus de l'ACP sur les raisons de l'inobservance aux traitements antidépresseurs. Le

modèle était de nouveau à chaque fois épuré et l'appartenance groupale demeurait comme variable de référence. De nouveau, pour les effets principaux liés à l'appartenance groupale, des tests post-hoc (Tukey, p < .05) ont été réalisés pour comparer les groupes un à un. Le Tableau 11 résume les résultats obtenus.

Tableau 11

Résultats des ANOVAs sur les facteurs liés aux problèmes d'observance aux antidépresseurs

		Ef	ffets pr	incipau	x		d'i	Effets nteraction	on
Facteurs liés à l'inobservance aux antidépresseurs	Groupe		Pat. VS Étu. Pat. VS Étu.		Sexe	Âge	Interaction groupe - âge	Interaction groupe - sexe	Interaction âge - sexe
Méfiance et volonté de se traiter sans antidépresseurs	***			***	***				
Manque d'explication et de suivi des médecins					*				
Abus et difficultés à suivre la posologie	***	**		***	*		*	***	
Impatience et attentes élevées des patients								*	

Note. \*\*\*:  $p \le .001$ ; \*\*: p < .01; \*: p < .05

L'ANOVA réalisée sur le premier facteur, «méfiance et volonté de se traiter sans antidépresseurs», a permis d'identifier des effets principaux de l'appartenance groupale, F(2,458) = 11,28, p < .001 et du sexe F(1,458) = 11,63, p = .001. Les étudiants paraissent le groupe qui accorde le moins d'importance à ce facteur (M = 4.59, ET = .05). Ils se différencient des professionnels (M = 5.06, ET = .10). Concernant l'effet du sexe, les femmes paraissent accorder plus d'importance à ce facteur (M = 5.02, ET = .07) comparativement aux hommes (M = 4.72, ET = .08).

Pour le second facteur, «manque d'explication et de suivi des médecins», l'ANOVA n'a pas montré d'effet principal de l'appartenance groupale, mais un effet principal du sexe

F(1,459) = 4,78, p = .029, les femmes accordant plus d'importance à ce facteur (M = 4.53, ET = .09) que les hommes (M = 4.27, ET = .11).

Concernant le troisième facteur, «abus et difficultés à suivre la posologie», l'ANOVA a indiqué des effets principaux de l'appartenance groupale F(2,446) = 7,75, p < .001 et du sexe F(1,446) = 6,19, p = .013, ainsi que des effets d'interactions de l'appartenance groupale et de l'âge F(2,446) = 3,52, p = .030 et de l'appartenance groupale et du sexe F(2,446) = 8,57, p < .001. Concernant l'effet principal de l'appartenance groupale, les professionnels semblent ceux qui accordent le moins d'importance à ce facteur (M = 3.48, ET = .13). Ils se différencient des étudiants (M = 4.11, ET = .23) et des patients (M = 4.35, ET = .20). Quant à l'effet principal du sexe, les femmes accordent cette fois-ci moins d'importance à ce facteur (M = 3.78, ET = .12) que les hommes (M = 4.18, ET = .15). Pour ce qui est de l'effet d'interaction entre l'appartenance groupale et l'âge, le Tableau 12 indique que les différences liées à l'âge semblent présentes chez les étudiants et les patients, mais pas chez les professionnels. Les étudiants plus âgés paraissent accorder moins d'importance à ce facteur alors que c'est l'inverse pour les patients. Le tableau indique de plus que, chez les moins de 45 ans, les étudiants paraissent le groupe qui accorde le plus d'importance au facteur et les professionnels celui qui en accorde le moins, alors que, chez les 45 ans et plus, ce sont les patients qui semblent accorder le plus d'importance au facteur et également les professionnels qui en accordent le moins.

Concernant l'effet d'interaction de l'appartenance groupale et du sexe, le Tableau 13 indique que les différences liées au sexe semblent présentes surtout chez les patients, les patientes paraissant accorder plus d'importance au facteur que les patients masculins. Le tableau indique de plus que, chez les femmes, les étudiantes paraissent le groupe qui accorde le plus d'importance au facteur et les professionnelles celui qui en accorde le moins. Chez les hommes, ce sont les patients qui semblent accorder le plus d'importance au facteur et de nouveau les professionnels qui en accordent le moins.

Tableau 12

Moyennes liées à l'effet d'interaction entre l'appartenance groupale et l'âge, pour le facteur d'intervention «abus et difficultés à suivre la posologie»

Âge	M (ET)
Moins de 45 ans	4,48 (0,07)
45 ans et plus	3,73 (0,45)
Moins de 45 ans	3,48 (0,22)
45 ans et plus	3,48 (0,14)
Moins de 45 ans	3,95 (0,30)
45 ans et plus	4,75 (0,25)
	Moins de 45 ans 45 ans et plus Moins de 45 ans 45 ans et plus Moins de 45 ans

Tableau 13

Moyennes liées à l'effet d'interaction entre l'appartenance groupale et le sexe, pour le facteur «abus et difficultés à suivre la posologie»

Groupe	Sexe	M (ET)
Étudiants	Femme	4,26 (0,22)
Etudiants	Homme	3,95 (0,25)
D fil-	Femme	3,40 (0,16)
Professionnels	Homme	3,56 (0,19)
Dationto	Femme	3,68 (0,24)
Patients	Homme	5,02 (0,32)

Finalement, concernant le quatrième facteur, «impatience et attentes élevées des patients», l'ANOVA n'a permis d'identifier aucun effet principal significatif, mais un effet d'interactions de l'appartenance groupale et du sexe F(2,459) = 3,12, p = .045. Concernant cet effet d'interaction, le Tableau 14 indique que, chez les étudiants et les professionnels, les

femmes semblent accorder plus d'importance que les hommes au facteur, alors que chez les patients, c'est l'inverse. Le tableau indique également que les différences liées au groupe sont presqu'inexistantes chez les femmes, alors que chez les hommes, les patients semblent se distinguer, en attribuant plus d'importance au facteur que les deux autres groupes ne le font.

Tableau 14

Moyennes liées à l'effet d'interaction entre l'appartenance groupale et le sexe, pour le facteur «impatience et attentes élevées des patients»

	Sexe	M (ET)
Groupe		
Étudiants	Femme	5,37 (0,06)
Litudiants	Homme	4,91 (0,10)
Desfessionals	Femme	5,24 (0,15)
Professionnels	Homme .	4,92 (0,15)
Detiente	Femme	5,12 (0,22)
Patients	Homme	5,64 (0,30)

### Discussion

L'objectif principal de cette étude était de cerner et de comparer les positionnements des patients dépressifs, des professionnels de la santé et des étudiants universitaires à propos de trois enjeux actuels de la dépression et de son traitement : 1-L'augmentation des consultations relatives à la dépression, 2- L'augmentation des prescriptions d'antidépresseurs et 3-La non-observance aux traitements antidépresseurs. Parmi les raisons proposées pour expliquer chacun de ces enjeux, les participants en ont considérées certaines plus importantes que d'autres et cela a permis de mettre en évidence des zones de consensus et de distinction entre les groupes. Afin de dégager les principes organisateurs et générateurs de ces prises de position (Doise, 1990), des ACP ont été réalisées sur les raisons se rapportant à chacun des trois enjeux et des ANOVAs ont ensuite permis de comparer les groupes sur ces principes.

## Des positionnements consensuels à travers l'ensemble des groupes

Des positions partagées de façon consensuelle par l'ensemble des trois groupes sont apparues sur plusieurs dimensions. Pour expliquer l'enjeu de l'augmentation des consultations relatives à la dépression, certains changements sociaux ont été reconnus parmi les raisons les plus importantes par chacun des trois groupes (Tableau 2). Au-delà de la diminution des tabous, de la meilleure reconnaissance de la dépression, des développements des antidépresseurs et des compétences professionnelles, ce sont la diminution du soutien social, l'accroissement du stress et l'instabilité plus grande des familles (items 11, 12 et 15 du Tableau 2) qui sont reconnues de façon consensuelle en tant que raisons importantes. Ainsi, selon le point de vue exprimé par l'ensemble des participants, la société individualiste associée à moins de soutien social, le mode de vie plus stressant et l'instabilité plus grande des familles et des couples mènent à la hausse observée des consultations pour dépression. Si le stress (Cui & Vaillant, 1996; Klocek, Oliver, & Ross, 1997; Monroe & Depue, 1991; Tennant, 2001), le manque de soutien social (Cacioppo, Hawkley & Thisted, 2010; Rajaratnam, O'Campo, Caughy, & Muntaner, 2008) et les problèmes familiaux et de couple (Leff, Alexander, Asen, Brewin, Dayson, Vearnals & Wolff, 2003; Mead, 2002) sont bien connus en tant que facteurs rendant plus probables l'apparition de la dépression, certains chercheurs avancent que c'est l'individualisme qui rend les personnes plus vulnérables aux événements stressants reliés à la performance et à la compétition (Ehrenberg, 1998; Seligman, 1990; Tafarodi & Smith, 2001). Par exemple, selon Ehrenberg (1998), la dépression serait une pathologie d'une société où la norme n'est plus fondée sur la culpabilité et la discipline, mais sur la responsabilité et l'initiative. Avec l'individualisme, l'individu distinct et performant n'étant plus membre d'une collectivité, il doit assurer son succès par sa propre initiative. La dépression se présenterait alors comme une maladie de la responsabilité où dominent le sentiment d'insuffisance et la perte d'estime de soi.

Sans qu'elle puisse être directement appuyée, cette vision paraît cohérente avec les résultats obtenus ici. Ces résultats sont importants dans la mesure où ils soutiennent que les patients dépressifs, les professionnels de la santé et les étudiants universitaires reconnaissent de façon consensuelle la grande importance de certains facteurs sociaux dans l'explication de l'augmentation des consultations relatives à la dépression. Considérant cette large

reconnaissance, il y a lieu de s'interroger sur les moyens à mettre en place pour mieux tenir compte de ces facteurs sociaux dans la prévention et le traitement de la dépression. Sur le plan clinique, il semble pertinent que les professionnels se montrent sensibles à ces réalités, en devenant attentifs à leur présence dans la vie de leurs patients et en intégrant dans leurs interventions des moyens de mieux les gérer. Par exemple, le travail avec les patients visant à mieux gérer le stress, résoudre les problèmes d'ordre familial et relationnel et briser l'isolement pour recevoir un meilleur soutien social paraît indiqué au vu de ces résultats. Plusieurs études ont d'ailleurs montré que les interventions qui tiennent compte des dynamiques familiales et de couple (Beach, Fincham & Katz, 1998; Emanuels-Zuurveen & Emmelkamp, 1996; Leff et al., 2003; Mead, 2002), qui favorisent le soutien social (Kennedy, 2005; Pfeiffer, Heisler, Piette, Rogers & Valenstein, 2011) et qui aident la gestion du stress (Antoni, Lehman, Kilbourn, Boyers et al., 2001; Manber, Allen & Morris, 2002; Mino, Babazono, Tsuda & Yasuda, 2006) peuvent être efficaces dans le traitement de la dépression. Sur le plan social et politique, des ressources permettant de mieux répondre à ces réalités sont également à considérer, comme des services de médiation et de prévention familiale (Boyd, Diamond & Bourjolly, 2006; Gillham, Shatté & Freres, 2000), de soutien psychologique et de gestion de stress au travail (Ivancevich, Matteson, Freedman & Phillips, 1990; Mino et al., 2006; van der Klink, Blonk, Schene & van Dijk, 2001), de même que des efforts de valorisation et de mise en place d'actions d'entraide sociale tels que les groupes de soutien (Bright, Baker & Neimeyer, 1999; Melling & Houguet-Pincham, 2011; Pfeiffer et al., 2011).

Une autre zone de consensus paraît également se dégager entre les trois groupes, cette fois-ci concernant l'enjeu des **problèmes d'observance aux antidépresseurs** (voir Tableau 6), autour de l'importance qu'occupent les raisons du désir de se traiter sans antidépresseurs, de la non-acceptation de la maladie, de la crainte de dépendance, de l'efficacité tardive et de la cessation dès l'apparition d'un soulagement (items 1, 4, 6, 16 et 18). Toutes ces raisons semblent associées au refus et réticences des patients à prendre des antidépresseurs, surtout sur une longue période. Pour l'ensemble des groupes, ces raisons sont reconnues les plus importantes des problèmes d'observance, au-delà des autres raisons comme l'influence de l'entourage, la confiance envers le médecin, le manque d'explication et de suivi, le coût des antidépresseurs, les difficultés liées à la posologie, etc. Ce large accord

entre les trois groupes s'observe également sur le facteur «Impatience et attentes élevées des patients», qui reçoit les moyennes les plus élevées de chacun des groupes (Tableau 8).

Les éléments de crainte de dépendance aux antidépresseurs, de manque d'efficacité perçue, de cessation de la prise dès l'amélioration des symptômes et de volonté de se traiter sans antidépresseurs sont connus comme des pistes d'explication des problèmes d'observance (Bucci, Possidente & Talbot, 2003; Chakraborty et al., 2009; Hunot et al., 2007; Masand, 2003; Mitchell & Selmes, 2007). Les résultats de cette étude sont contributifs par la mise en évidence que ces éléments ainsi que le refus de la maladie sont reconnus importants à la fois par les patients dépressifs, les professionnels de la santé et les étudiants universitaires. Le consensus qui se dégage entre les groupes par ce positionnement illustre l'existence d'un savoir commun et partagé, donnant sens à la représentation qu'ils se font des problèmes d'observance aux antidépresseurs (Clémence, Doise, & Lorenzi-Cioldi, 1994).

Pour surmonter les problèmes d'observance et gérer de façon éclairée les interventions auprès des personnes dépressives, il paraît donc indiqué pour les professionnels de prendre le temps d'aborder les préoccupations des patients face aux antidépresseurs, de fournir de l'information en conséquence et d'envisager au besoin d'autres alternatives avec lesquelles les patients se sentiraient plus à l'aise et motivés à s'engager dans le processus thérapeutique. Plusieurs études récentes ayant évalué les facteurs d'adhésion aux traitements antidépresseurs soulignent l'importance de ce suivi actif, de l'esprit de collaboration et de l'encouragement de l'autonomie du patient dans un processus de décision partagée du traitement (Bucci et al., 2003; Chakraborty et al., 2009; Hunot et al., 2007).

### Proximité parmi les positionnements des patients et des professionnels

Poursuivant sur ce plan clinique, les résultats montrent que les patients et les professionnels partagent certains points de vue, que les étudiants ne semblent pas partager au même degré. Pour expliquer les enjeux d'augmentation des consultations et des prescriptions d'antidépresseurs, les patients et les professionnels accordent plus d'importance que ne le font les étudiants à l'efficacité des interventions (dont les antidépresseurs) et aux compétences des médecins (items 2, 3, 6, 7, 9 du Tableau 2 et items 3 et 4 du Tableau 4). La proximité des positionnements des patients et des professionnels se

reflète également sur les facteurs «meilleure reconnaissance de la dépression», «meilleurs antidépresseurs» issus des ACP (voir Tableau 8).

L'une des pistes permettant d'expliquer cette proximité des positionnements des patients et des professionnels renvoie à l'importance de leur implication face à la dépression, en contraste avec l'implication plus distante des étudiants. Rappelons qu'un objet de représentation mobilisera d'autant plus les individus que ceux-ci se sentent personnellement concernés par lui, lui accordent une grande importance et estiment avoir une réelle influence sur lui (Rouquette, 1997). Les professionnels et les patients sont tous deux concernés de près par la dépression et son traitement : les patients la vivent et en ont une expérience directe qui affecte souvent leur vie de façon déterminante alors que les professionnels ont la responsabilité de mettre en œuvre leurs connaissances et leur savoir-faire pour intervenir au mieux de leurs compétences sur cette maladie. La proximité de perspective observée entre les patients et les professionnels sur les aspects relatifs à la reconnaissance de la dépression et à l'efficacité des interventions peut ainsi refléter leur forte implication et leur engagement à bien traiter cette maladie. Cette reconnaissance mutuelle de l'efficacité des interventions paraît également favorable à l'établissement d'une alliance thérapeutique et d'une collaboration nécessaires à l'efficacité de la thérapie (Bucci et al., 2003; Hunot et al., 2007).

#### Zones de distinction entre les patients et les professionnels

Des distinctions entre les professionnels et les patients sont toutefois apparues sur d'autres aspects. Concernant l'augmentation des consultations (Tableau 2), les ANOVAs ont indiqué certaines distinctions dans les positionnements de groupes. Les professionnels reconnaissent davantage que les deux autres groupes la meilleure information et reconnaissance de la dépression par les patients ainsi que la diminution des tabous (items 1 et 8). En revanche, ils accordent moins d'importance que les deux autres groupes à certaines autres raisons : société davantage matérialiste, mode de vie plus stressant, perte du contact à la nature et augmentation de facteurs environnementaux nocifs (items 10, 12, 13, 16). Les patients semblent aussi se distinguer des deux autres groupes en attachant davantage d'importance à la société plus matérialiste, à la diminution du soutien social et à l'augmentation de cas dépressifs (items 10, 11 et 18). Comme discuté plus haut, les trois

groupes reconnaissent l'importance de certains aspects sociaux pour expliquer l'augmentation des consultations pour dépression. Toutefois, des distinctions apparaissent entre les professionnels et les deux autres groupes dans le degré d'importance qu'ils accordent à certains de ces aspects. Ces distinctions se reflètent également sur le facteur plus général «facteurs sociaux : stress et instabilité», auquel les professionnels paraissent moins adhérer que les deux autres groupes (voir Tableaux 8 et 9).

L'implication et la responsabilité professionnelle des omnipraticiens, psychologues et psychiatres s'accompagnent d'un rôle d'information et d'éducation auprès des patients. Il n'est donc pas surprenant qu'ils soient davantage sensibles à ces aspects lorsqu'ils sont confrontés à prendre position sur l'enjeu de l'augmentation des consultations pour dépression. Dans une optique de préservation de l'identité et de leur rôle professionnel, il aurait été plutôt surprenant qu'ils accordent davantage d'importance aux dimensions d'ordre social ou environnemental, sur lesquels ils ont un impact moins direct. Ce résultat est en accord avec la théorie des représentations sociales qui soutient que les groupes construisent et maintiennent leur identité à travers leurs systèmes représentationnels. Les représentations sociales ont une fonction identitaire qui participe à l'élaboration d'une identité sociale et personnelle gratifiante (Mugny & Carugati, 1985) et chaque groupe construit à travers elles la réalité sociale sous une forme compatible avec ses valeurs et ses intérêts (Moliner, 2001). Concernant les patients, leur plus grande reconnaissance des facteurs relatifs à la société matérialiste, au manque de soutien et à la hausse des cas dépressifs évoque aussi la nature de leur implication davantage expérientielle face à la dépression, car ils vivent cette maladie et se retrouvent eux-mêmes souvent isolés et en manque de soutien (Cacioppo, Hawkley & Thisted, 2010; Rajaratnam, O'Campo, Caughy & Muntaner, 2008). Sur le plan clinique, puisque les patients et les étudiants considèrent certains facteurs d'ordre social plus importants que ne les considèrent les professionnels, il pourrait être pertinent pour ces derniers de se montrer plus attentifs à ces dimensions afin de faciliter l'établissement d'une compréhension mutuelle avec les patients et de favoriser le travail avec eux.

Concernant l'augmentation des prescriptions d'antidépresseurs (Tableau 4), les ANOVAs ont aussi indiqué des distinctions entre les groupes en fonction de l'importance accordée aux raisons de ce phénomène. Les professionnels attribuent davantage d'importance

que les deux autres groupes aux moindres effets secondaires des nouveaux antidépresseurs (item 1). Les patients se distinguent aussi des deux autres groupes en accordant plus d'importance à l'augmentation des cas dépressifs (item 7), mais en reconnaissant moins le pouvoir persuasif des compagnies pharmaceutiques et la plus grande demande d'antidépresseurs par les patients (items 10 et 11).

Encore une fois ici, les professionnels se distinguent des deux autres groupes en attachant davantage d'importance à des aspects s'inscrivant dans leur profession. Face à la hausse des prescriptions d'antidépresseurs, les médecins omnipraticiens et les psychiatres, faisant eux-mêmes partie de ceux qui les prescrivent, semblent portés à justifier leurs pratiques en attribuant l'explication du phénomène à une amélioration des antidépresseurs. Ce résultat soutient de nouveau la fonction identitaire des représentations sociales et rappelle la notion selon laquelle les pratiques et les représentations sont intimement liées et veillent à la préservation du système de valeurs, de croyances et de normes pour le groupe (Abric, 1994). Quant aux patients, ils semblent se voir moins influencés par les compagnies pharmaceutiques et moins en demande d'antidépresseurs que les deux autres groupes ne les imaginent. De nouveau, ce positionnement des patients est susceptible de protéger leur identité en préservant leur image d'autonomie et d'indépendance face aux pharmaceutiques et aux antidépresseurs.

Finalement, une distinction entre les professionnels et les patients apparaît aussi quant à l'enjeu des **problèmes d'observance** (Tableau 6), où les professionnels accordent moins d'importance que ne le font les deux autres groupes aux abus et aux difficultés liées à la posologie (items 13 et 14). Cette distinction entre les patients et les professionnels semble se maintenir sur les facteurs issus des ACP (Tableau 8), où les professionnels semblent moins adhérer que les deux autres groupes au facteur «abus et difficultés à suivre la posologie».

La responsabilité et l'identité des professionnels peuvent les inciter à sous-estimer les risques d'abus et les difficultés de la posologie s'ils croient bien faire leur travail d'éducation auprès des patients. Au vu de ces résultats, il semble donc que les professionnels auraient avantage à faire un deuxième effort pour prendre le temps de s'assurer de la bonne compréhension de la posologie et de la prise adéquate de la médication par les patients.

Plusieurs méthodes et stratégies ont récemment été élaborées en ce sens afin de permettre aux intervenants de mieux évaluer ces aspects (Hunot et al., 2007; Mitchell & Selmes, 2007).

#### Limites

Certaines limites de l'étude sont à considérer. Les patients dépressifs et les professionnels étaient peu nombreux en comparaison des étudiants, compte tenu de la grande difficulté d'accéder à ces populations et d'obtenir leur participation. Cette différence d'effectifs a pu avoir un impact sur les facteurs résultant des ACP, qui en conséquence sont possiblement davantage à l'image des étudiants que des deux autres groupes. Les résultats des ANOVAs sont aussi limités par les tailles d'échantillon, rendant difficile l'apparition de certaines différences entre les groupes. Malgré cela, l'ensemble des résultats permet d'enrichir grandement les buts exploratoires de l'étude. Dans la perspective des représentations sociales, ce qui importe est surtout de cerner la manière dont les groupes construisent leur réalité, notamment par la mise en évidence de leurs positionnements les uns par rapport aux autres face à des enjeux d'importance. Du moment que cet objectif est atteint, la représentativité affecte peu la composition et l'organisation interne de la représentation.

#### Conclusion

Les positionnements des patients dépressifs, des professionnels de la santé et des étudiants universitaires face à trois enjeux d'importance dans le traitement de la dépression (1-L'augmentation des consultations relatives à la dépression, 2- L'augmentation des prescriptions d'antidépresseurs, et 3-La non-observance aux traitements antidépresseurs) témoignent de consensus et de distinctions liés aux identités et aux implications de chacun de ces groupes. En ce sens, cette étude appuie la perspective des représentations sociales et offre des indications à prendre en compte par les professionnels de la santé dans leur rapport avec les patients. Dans l'optique où l'établissement d'une compréhension mutuelle sur la maladie et la mise en place d'une alliance thérapeutique sont nécessaires au succès de l'intervention, les écarts et les similarités de visions deviennent incontournables à reconnaître et à mieux identifier. Les représentations élicitées dans cette étude sont autant de pistes contribuant à cerner les positions respectives des groupes impliqués de près et de moins près dans le traitement de la dépression.

#### Références

- Abric, J.-C. (1994). Pratiques sociales et représentations. Paris : PUF.
- Antoni, M. H., Lehman, J. M., Kilbourn, K. M., Boyers, A. E., Culver, J. L., Alferi, S. M., Yount, S. E., McGregor, B. A., Arena, P. L., Harris, S. D., Price, A. A., & Carver, C. S. (2001). Cognitive-Behavioral Stress Management Intervention Decreases the Prevalence of Depression and Enhances Benefit Finding Among Women Under Treatment for Early-Stage Breast Cancer. Health Psychology, 20(1), 20-32.
- Bataille, M. (2000). Représentation, implicitation, implication: des représentations sociales aux représentations profesionnelles. In C. Garnier & M.L. Rouquette (Éds.), Les représentations en éducation et formation (pp. 165-189). Montréal: Éditions Nouvelles.
- Beach, S. R., Fincham, F. D., & Katz, J. (1998). Marital therapy in the treatment of depression: Toward a third generation of outcome research. Clinical Psychology Review, 18, 635-661.
- Boyd, R. C., Diamond, G. S., & Bourjolly, J. N. (2006). Developing a Family-Based Depression Prevention Program in Urban Community Mental Health Clinics: A Qualitative Investigation. *Family Process*, 45(2), 187-203.
- Bright, J. I., Baker, K. D., & Neimeyer, R. A. (1999). Professional and Paraprofessional Group Treatments for Depression: A Comparison of Cognitive-Behavioral and Mutual Support Interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(4), 491-501.
- Brown, C., Battista, D. R., Bruehlman, R., Sereika, S. S., Thase, M. E., & Dunbar-Jacob, J. (2005). Beliefs About Antidepressant Medications in Primary Care Patients: Relationship to Self-Reported Adherence. *Medical Care*, 43(12), 1203-1207.
- Bucci, K., Possidente, C., & Talbot, K. (2003). Strategies to improve medication adherence in patients with depression. American Journal of Health-System Pharmacy, 60, 2601-2605.
- Bull, S. A., Hu X. H., Hunkeler, E. M., Lee, J. Y., Ming, E. E., Markson, L. E., & Fireman, B. (2002). Discontinuation of use and switching of anti-depressants: Influence of patient-physician communication. *JAMA*, 288, 1403-1409.
- Cacioppo, J., Hawkley, L., & Thisted, R. (2010). Perceived Social Isolation Makes Me Sad: 5-Year Cross-Lagged Analyses of Loneliness and Depressive Symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology and Aging*, 25(2), 453–463.
- Cattell, R. B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1, 245-276.
- Chakraborty, K., Avasthi, A., Kumar, S., & Grover, S. (2009). Attitudes and beliefs of patients of first episode depression towards antidepressants and their adherence to treatment. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 44(6), 482-488.

- Clémence, A., Doise, W., & Lorenzi-Cioldi, F. (1994). Prises de position et principes organisateurs des représentations sociales. In C. Guimelli (Ed.), Structures et transformations des représentations sociales (pp.119-152). Neuchâtel : Delachaux et Niestlé.
- Compton, W., Conway, K., Stinson, F., & Grant, B. (2006). Changes in the Prevalence of Major Depression and Comorbid Substance Use Disorders in the United States Between 1991–1992 and 2001–2002. *American Journal of Psychiatry*, 163, 2141-2147.
- Cooper, C., Bebbington, P., King, M., Brugha, T., Meltzer, H., Bhugra, D., & Jenkins, R. (2007). Why people do not take their psychotropic drugs as prescribed: results of the 2000 National Psychiatric Morbidity Survey. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 47-53.
- CREDES (1999). Prévalence et prise en charge médicale de la dépression, France 1996-1997, A. Le Pape & T. Lecomte, www.credes.fr.
- Cui, X., & Vaillant, G. E. (1996). The antecedents and consequences of negative life events in adulthood: A longitudinal study. *American Journal of Psychiatry*, 153, 21-26.
- Demyttenaere, K. & Haddad, P. (2000). Compliance with antidepressant therapy and antidepressant discontinuation symptoms. *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl.*, 403, 50-6.
- Doise, W. (1986). Les représentations sociales: définition d'un concept. In W. Doise & A. Palmonari (Eds), L'étude des représentations sociales (pp. 81-94). Genève: Delachaux & Nieslé.
- Doise, W. (1990). Les représentations sociales. In R. Ghiglione, C. Bonnet & J.-F. Richards (Eds), *Traité de psychologie cognitive, Tome 3* (pp. 111-174). Paris, Dunod.
- Doise, W., Clémence, A., & Lorenzi-Cioldi, F. (1992). Représentations sociales et analyses de données. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.
- Ehrenberg, A. (1998). La Fatigue d'être soi : dépression et société. Odile Jacob.
- Emanuels-Zuurveen, L., & Emmelkamp, P. M. (1996). Individual behavioral-cognitive therapy vs. marital therapy for depression in martially distressed couples. *British Journal of Psychiatry*, 169, 181-188.
- Foote, S.M., & Etheredge, L. (2000). Increasing use of new prescription drugs: a case study. Health Affairs, 19(4), 165-170.
- Garnier, C., Dufort, F., Beaulac-Baillargeon, L., Marinacci, L., Quesnel, M., St-Jean, M., Tremblay, P., Patenaude, J., Bonenfant, C., & Pourrain, P. (2005). Systèmes de représentations sociales et de pratiques éducatives liées à la prescription et à l'observance des antibiotiques, des anti-inflammatoires et des antidépresseurs. Rapport de recherche produit dans le cadre des demandes de subvention CQRS SR-4321 et CRSH Progarmme grands Travaux de recherche concertée sur la chaîne des médicaments. ISBN: 412-2003-1005.

- Gillham, J. E., Shatté, A. J., & Freres, D. R. (2000). Preventing depression: A review of cognitive-behavioral and family interventions. Applied and Preventive Psychology, 9(2): 63-88.
- Guaiana, G., Andretta, M., Corbari, L., Mirandola, M., Sorio, A., D'Avanzo, B., & Barbui, C. (2005). Antidepressant drug consumption and public health indicators in Italy, 1955-2000. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 750-755.
- Harman, J., Crystal, S., Walkup, J. & Olfson, M. (2003). Trends in Elderly Patients' Office Visits for the Treatment of Depression According to Physician Specialty: 1985-1999. The Journal of Behavioral Health Services & Research, 30(3), 332-341.
- Harman, J., Edlund, M., & Fortney, J. (2009). Trends in Antidepressant Utilization From 2001 to 2004. *Psychiatric Services*, 60: 611-616.
- Hemels, M., Koren, G., & Einarson, T. (2002). Increased use of antidepressants in Canada: 1981-2000. The Annals of Pharmacotherapy, 36: 1375-1379.
- Hunot, V., Horne, R., Leese, M., & Churchill, R. (2007). A Cohort Study of Adherence to Antidepressants in Primary Care: The Influence of Antidepressant Concerns and Treatment Preferences. *Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 9(2), 91-99.
- IMS Health (2005). <a href="http://www.imshealth.com">http://www.imshealth.com</a> Communiqué de Presse intitulé La croissance des ordonnances exécutées par des pharmacies de détail ralentit en 2004. Dernière consultation: 14 août 2011.
- Ivancevich, J. M., Matteson, M. T., Freedman, S. M., & Phillips, J. S. (1990). Worksite stress management interventions. *American Psychologist*, 45(2), 252-261.
- Kennedy, G. J. (2005). Psychotherapies and Other Psychosocial Interventions for Depression in Late Life: Innovation Through Hybridization. *Primary Psychiatry*, 12(11), 19-23.
- Kessing, L.V., Hansen, H.V., Demyttenaere, K., & Bech, P. (2005). Depressive and bipolar disorders: Patients' attitudes and beliefs towards depression and antidepressants. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 35(8), 1205-1213.
- Klocek, J. W., Oliver, J. M., & Ross, M. J. (1997). The role of dysfunctional attitudes, negative life events, and social support in the prediction of depressive dysphoria: A prospective longitudinal study. *Social Behavior and Personality*, 25, 123-136.
- Leff, J., Alexander, B., Asen, E., Brewin, C.R., Dayson, D., Vearnals, S., & Wolff, G. (2003). Modes of action of family interventions in depression and schizophrenia: the same or different? *Journal of family therapy*, 25, 357-370.
- Lingam, R., & Scott, J. (2002). Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(3), 164–172.
- Manber, R., Allen, J. J., & Morris, M. M. (2002). Alternative treatments for depression: Empirical support and relevance to women. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(7), 628-640.

- Masand, P. (2003). Tolerability and adherence issues in antidepressant therapy. *Clinical Therapeutics*, 25(8), 2289-2304.
- Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 3(11), e442.
- Mead, D. E. (2002). Marital distress, co-occurring depression, and marital therapy: a review. Journal of Marital and Family Therapy, 28(3), 299-314.
- Meijer, W., Heerdink, E., Leufkens, H., Herings, R., Egberts, A., & Nolen, W. (2004). Incidence and determinants of long-term use of antidepressants. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 60, 57–61.
- Melling, B., & Houguet-Pincham, T. (2011). Online peer support for individuals with depression: A summary of current research and future considerations. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34(3), 252-254.
- Mino, Y., Babazono, A., Tsuda, T., & Yasuda, N. (2006). Can Stress Management at the Workplace Prevent Depression? A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(3), 177-182.
- Mitchell, A., & Selmes, T. (2007). Why don't patients take their medicine? Reasons and solutions in psychiatry. Advances in psychiatric treatment, 13, 336-346.
- Moliner, P. (1993). Cinq questions à propos des représentations sociales. Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, 20, 5-14.
- Moliner, P. (2001). La dynamique des représentations sociales. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.
- Monroe, S. M., & Depue, R. A. (1991). Life stress and depression. In J. Becker & A. Kleinman (Eds.), *Psychosocial aspects of depression* (pp. 101-130). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Moscovici, S. (1961, 3<sup>ème</sup> édition 2004). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Mugny, G., & Carugati, F. (1985). L'intelligence au pluriel: les représentations sociales de l'intelligence et de son développement. Cousset: Delval.
- Olfson, M., Marcus, S. C., Druss, B., Elinson, L., Tanielian, T., & Pincus, H. A. (2002). National trends in the outpatient treatment of depression. *Journal of the American Medical Association*, 287(2): 203-209.
- Organisation mondiale de la santé (2001). Rapport sur la santé dans le monde. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs, Genève, OMS.
- Organisation mondiale de la santé (2003). Adherence to Long-Term Therapies: Evidences for Action. Geneva, Switzerland.
- Organisation mondiale de la santé (2010) : <a href="http://www.who.int/mental\_health/management/depression/definition/en/">http://www.who.int/mental\_health/management/depression/definition/en/</a> consulté le 17 janvier 2011.

- Patten, S. & Beck, C. A. (2004). Major depression and mental health care utilization in Canada: 1994-2000. Canadian Journal of Psychiatry, 49(5), 303-309.
- Peterson, A. M., Takiya, L. & Finley, R. (2003). Meta-analysis of trials of interventions to improve medication adherence. *American Journal of Health System and Pharmacology*, 60, 657–665.
- Pfeiffer, P. N., Heisler, M., Piette, J. D., Rogers, M. A., & Valenstein, M. (2011). Efficacy of peer support interventions for depression: a meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 33, 29-36.
- Piaser, A. (1999), Les représentations professionnelles à l'école. Particularités selon le statut : inspecteurs enseignants. Thèse de doctorat en sciences de l'éducation dirigée par M. Bataille, Université de Toulouse le Mirail.
- Rajaratnam, J., O'Campo, P., Caughy, M., & Muntaner, C. (2008). The Effect of Social Isolation on Depressive Symptoms Varies by Neighborhood Characteristics: A Study of an Urban Sample of Women with Pre-School Aged Children. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 6, 464–475.
- Raymond, C., Morgan, S., & Caetano, P. (2007). Antidepressant Utilization in British Columbia From 1996 to 2004: Increasing Prevalence but Not Incidence. *Psychiatric Services*, 58, 79-84.
- Rouquette M.-L. (1997). La chasse à l'immigré : violence, mémoire et représentations. Bruxelles : Mardaga.
- Santé Canada (2009). Votre santé et vous. Santé mentale la dépression. http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/diseases-maladies/depression-fra.php
- Seligman, M. E. (1990). Why is there so much depression today? The waxing of the individual and the waning of the commons. Contemporary psychological approaches to depression: Theory, research, and treatment. In R. E. Ingram (Ed), Contemporary psychological approaches to depression: Theory, research, and treatment (pp. 1-9). New York, NY, US: Plenum Press.
- Simon, J., Pilling, S., Burbeck, R., & Goldberg, D. (2006). Treatment options in moderate and severe depression: decision analysis supporting a clinical guideline. *The British Journal of Psychiatry*, 189, 494-501.
- Tafarodi, R.W., & Smith, A. J. (2001). Individualism-collectivism and depressive sensitivity to life events: the case of Malaysian sojourners. *International Journal of Intercultural Relations*, 25, 73-88.
- Tennant, C. (2001). Work-related stress and depressive disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 51(5), 697-704.
- Van der Klink, J.J., Blonk, R.W., Schene, A.H., & van Dijk, F.J. (2001). The benefits of interventions for work-related stress. American Journal of Public Health, 91(2), 270-276.

Wilhelm, K., Mitchell, P., Slade, T., Brownhill, S., & Andrews, G. (2003). Prevalence and correlates of DSM-IV major depression in an Australian national survey. *Journal of Affective Disorders*, 75: 155–162.

### **CHAPITRE IV**

## DISCUSSION GÉNÉRALE

Cette thèse s'est inscrite dans la perspective des représentations sociales. Ce modèle théorique et analytique intégratif a permis de cerner et d'organiser les prises de position au sujet de la dépression et d'en identifier les sources de variation. Ensemble, les deux études ayant constitué cette thèse sont complémentaires et contribuent à apporter des résultats de recherche intégrés, à la fois sur certaines des dimensions retenues des études antérieures (causes et interventions) que sur trois enjeux sociaux d'importance entourant le traitement de la dépression. Ayant été réalisée auprès de populations concernées de près par la dépression et souvent difficiles d'accès (patients dépressifs et professionnels de la santé mentale), cette recherche représente un apport original important. Dans l'ensemble, les représentations mises à jour témoignent à la fois de consensus et de distinctions dans les positionnements de groupe et soutiennent l'intérêt d'étudier la dépression, de même que les enjeux de son traitement, selon la perspective des représentations sociales. Les résultats sont globalement cohérents avec l'orientation des principes organisateurs (Clémence, Doise & Lorenzi-Cioldi, 1994), la théorie de l'implication (Flament & Rouquette, 2003; Rouquette, 1997) et la fonction identitaire (Moliner, 2001; Mugny & Carugati, 1985) des représentations sociales. Dans cette discussion générale, les principaux résultats sont rappelés et intégrés. Des implications pratiques et cliniques sont ensuite envisagées. Enfin, les apports et limites de la thèse sont considérés.

### Intégration des résultats

Dimensions représentationnelles partagées et zones de consensus

D'après l'orientation des principes organisateurs (Clémence, Doise & Lorenzi-Cioldi, 1994), les représentations sociales seraient constituées d'une base commune partagée, permettant la communication entre les groupes et l'orientation des conduites (Moscovici,

1961). Ce serait sur cette base commune que s'articulerait la pensée sociale et grâce à elle que l'objet représenté revêtirait une signification. Les résultats aux items illustrent bien la présence d'une base commune partagée à travers les groupes. Des aspects d'ordre personnel (étude 1 : stress, pensées négatives, expériences traumatisantes) et relationnel (étude 1 : séparation / perte d'un être cher, isolement) ont été reconnus important par les patients, les professionnels et les étudiants dans l'étiologie de la dépression. L'ensemble des trois groupes a de la même façon largement reconnu l'utilité d'interventions d'ordre personnel (étude 1 : accroître son estime, développer ses habiletés relationnelles, faire de l'activité physique), relationnel (étude 1 : se confier à une personne de confiance) et professionnel (étude 1 : suivre une psychothérapie, être suivi par un professionnel de la santé). À l'opposé, les groupes ont rejeté de façon consensuelle certains items plus que d'autres. Il en va ainsi des aspects plus religieux et spirituels (étude 1 : causes : volonté de Dieu ou force surnaturelle, perte / manque de spiritualité ou de foi en Dieu; interventions : prier Dieu / pratiquer une religion; étude 2 : enjeu des consultations : la faible présence de la religion), et des aspects touchant les produits naturels, le changement d'apparence physique (étude 1 : interventions), les agents environnementaux nocifs et le vieillissement de la population (étude 2 : enjeu de la hausse des consultations). Par ailleurs, des zones de consensus se sont aussi dégagées à partir des items pour expliquer la hausse des consultations pour dépression, avec la reconnaissance de l'importance de certains changements sociaux (étude 2 : la diminution du soutien social, mode de vie social plus stressant, l'instabilité plus grande des familles), de même que pour expliquer l'enjeu des problèmes d'observance aux antidépresseurs, avec la reconnaissance de l'importance de la réticence à prendre des antidépresseurs, surtout sur une longue période (étude 2 : désir de se traiter sans antidépresseurs, de la non-acceptation de la maladie, de la crainte de dépendance, de l'efficacité tardive et de la cessation dès l'apparition d'un soulagement).

L'ensemble de ces résultats à propos de la base représentationnelle partagée à travers les groupes présente une certaine consistance avec les résultats des études sur les attitudes à l'égard de la dépression. À la différence de ces études par contre, la présente recherche a visé à faire émerger les positionnements de groupes à partir d'une diversité de propositions issues non seulement de la littérature scientifique, mais également du discours issu des groupes à

l'étude (pré-test de validation auprès de professionnels et de patients et ajustement du contenu du questionnaire) et d'une recherche sur les pratiques de prescription et d'observance menée auprès de médecins et de patients (Garnier, Dufort, Beaulac-Baillargeon, Marinacci, Quesnel, St-Jean, Tremblay, Patenaude, Bonenfant & Pourrain, 2005). Certains des items utilisés par les études antérieures sur les attitudes ont été intégrés dans les questionnaires de cette recherche afin de permettre des comparaisons, mais les questionnaires construits allaient plus loin en incluant d'autres aspects sur lesquels les groupes pouvaient se prononcer et exprimer leur positionnement.

Au sujet des rapprochements à faire, les résultats de cette recherche montrent certaines similarités avec les résultats des études sur les attitudes. En regroupant les résultats de ces études, il apparaît que le stress, les expériences traumatisantes, le manque de soutien social et les difficultés relationnelles sont souvent parmi les causes importantes alors que les causes religieuses et spirituelles figurent habituellement parmi les moins importantes (Angermeyer & Matschinger, 1999; Hansson, Chotai, & Bodlund, 2010; Jorm et al., 1997; Kuyken et al., 1992; Matschinger & Angermeyer, 2003; Mulatu, 1999; Srinivasan et al., 2003). Dans cette recherche, tout comme dans ces études, certaines interventions liées au style de vie sont apparues moins valorisées (Jorm, Christensen et al., 2000) que les interventions professionnelles plus largement favorisées (Kirk et al., 1999). La faible utilité accordée aux produits naturels est un résultat de la présente recherche qui se distingue par contre de plusieurs études menées auprès de populations européennes et asiatiques où ce type de traitements reçoit de forts endossements (Berner, Kriston, Sitta, & Härter, 2008; Khan, Sulaiman, Hassali, Anwar, Wasif & Khan, 2010; Hsu, Moyle, Creedy, Venturato, Ouyang & Sum, 2010). Il semble donc qu'il y ait un effet culturel lié à la reconnaissance de ces produits naturels dans le traitement de la dépression. D'autres études à ce sujet méritent d'être menées en Amérique du Nord pour vérifier ce constat.

Sur un plan plus intégratif que celui des items, en plus de la base commune, les représentations sociales se caractériseraient par des points de repère communs, fournis par cette base commune, permettant aux groupes de se positionner les uns par rapport aux autres. Ce serait à partir de ces repères communs que s'exprimeraient les différences interindividuelles et intergroupes (Clémence, Doise & Lorenzi-Cioldi, 1994). Les analyses en

composantes principales (ACP) ont en ce sens permis de mettre à jour des principes organisateurs des prises de position entre les individus, indiquant des points de repère communs à partir desquels les positionnements de groupe se sont exprimés. De nouveau, des zones de consensus sont apparues sur ces points de repère, avec des adhésions partagées entre les groupes sur certains d'entre eux. Ainsi, des facteurs d'ordre personnel (étude 1 : causes : hérédité et réalités hors de contrôle, traumatismes et isolement; interventions : prendre soin de soi / travailler sur soi; étude 2 : enjeu de l'inobservance : méfiance et volonté de se traiter sans antidépresseurs, impatience et attentes élevées des patients), professionnel (étude 1 : interventions : interventions professionnelles; étude 2 : enjeu des consultations : meilleure reconnaissance de la dépression) et social (étude 1 : causes : stress sociaux; étude 2 : enjeu des consultations : pressions sociales favorisant la demande) ont reçu l'adhésion de l'ensemble des trois groupes, alors que le facteur «moyens extérieurs et contexte de vie» (étude 1 : interventions) a reçu une adhésion plus mitigée et le facteur «Dieu, spiritualité et foi» (étude 1 : causes), une adhésion nettement plus faible.

Plusieurs pistes sont à explorer pour expliquer les tendances de ces résultats à propos de la base commune sur les items et sur les points de repère partagés à travers les groupes. L'une des pistes concerne l'autorité du modèle scientifique et son effet de dévaluation des perspectives alternatives. Un des discours dominants dans le domaine de la santé et au sujet de la dépression renvoie au modèle scientifique et notamment à la perspective biomédicale. Cette perspective attache beaucoup d'importance aux dimensions biologiques et se fonde notamment sur des tests de laboratoire objectifs plutôt que sur les sentiments subjectifs du patient. Le manuel diagnostique DSM-IV (American Psychiatric Association, 2003) utilisé en psychiatrie et par la majorité des professionnels pour évaluer la dépression s'inscrit dans cette perspective biomédicale. Ce discours scientifique s'accompagne de la valorisation de la médecine fondée sur les preuves («evidence based medicine») et tend à exclure les médecines alternatives et les points de vue plus holistiques qui ne sont pas opérationnalisés. Ainsi, les produits de santé naturels, bien qu'utilisés par la population, peuvent être dévalués ou remis en question devant l'autorité du modèle scientifique. Ces produits entrent aussi en conflit avec les antidépresseurs, produits pharmacologiques issus du modèle biomédical. Pour des

patients et des professionnels déjà impliqués dans une intervention en clinique médicale, cette piste d'explication est à envisager, puisque ces personnes sont susceptibles d'être déjà exposées au modèle biomédical. Pour les étudiants et la population générale aussi cette piste est à considérer puisque le modèle biomédical de la dépression se diffuse également à travers les médias, les appareils gouvernementaux et les publicités. Les produits de santé naturels sont également diffusés et publicisés largement de nos jours. Par contre, dans les milieux universitaires et médicaux dont sont issus les participants de cette recherche, il semble que ce soit davantage le point de vue critique sur les produits naturels qui prédomine. Il serait intéressant de mener l'étude auprès de personnes issues de la population générale, n'ayant pas été autant en contact avec les modèles scientifiques et biomédicaux. Les produits de santé naturels recevraient possiblement une plus grande valorisation chez cette tranche de la population. Une autre explication possible de la faible importance accordée aux produits naturels par les participants de cette étude peut être l'effet d'un nombre important d'étudiants, jeune et en bonne santé, pour qui ces produits sont peut-être moins connus et apparaissent ainsi moins utiles.

N'ayant, par définition, pas de base scientifique, les dimensions plus religieuses et spirituelles se voient aussi plus facilement discrédités par le modèle biomédical, mais de plus, il faut aussi considérer qu'elles ont perdu beaucoup de poids à travers les dernières décennies, avec la baisse de la pratique du catholicisme, au Québec comme dans beaucoup de pays industrialisés. Les avancées technologiques et le mouvement de mondialisation ont aussi donné lieu à des changements sociaux profonds ayant un impact sur le monde du travail et le modèle familial, engendrant aussi un rythme de vie souvent plus stressant et instable (Colla, Buka, Harrington & Murphy, 2006; Kopp, Stauder, Purebl, Janszky, & Skrabski, 2008; Saint-André, Richard, Le Guen, & Lazartigues, 2008). Dans ce contexte, la dépression, malaise souvent difficile à définir, se voit attribuée possiblement plus facilement à ces perturbations d'ordre social. Ces dimensions sociales se retrouvent également dans les études sur les relations entre la dépression et le stress (Cui & Vaillant, 1996; Klocek, Oliver, & Ross, 1997; Monroe & Depue, 1991; Tennant, 2001), le manque de soutien social (Cacioppo, Hawkley & Thisted, 2010; Rajaratnam, O'Campo, Caughy, & Muntaner, 2008) et les problèmes familiaux et de couple (Leff, Alexander, Asen, Brewin, Dayson, Vearnals & Wolff, 2003;

Mead, 2002). La reconnaissance des changements sociaux dans l'explication de la dépression serait-elle alors une indication d'une difficulté pour les groupes étudiés à intégrer ces bouleversements rapides? Ce fond représentationnel largement partagé est-il à associer à un seul ressenti ou entraîne-t-il le malaise en question, qui ne sachant où se placer se sert de cette vision des transformations sociales alors que bien des transformations encore plus fortes apparaissent dans diverses sociétés sans pour autant se manifester de cette façon? Le débat reste ouvert, mais il est envisageable que ces deux réalités puissent coexister.

Avec la multiplication des sources d'information et de communication, la relation médecin-patient s'est aussi démocratisée, l'autonomie des patients a trouvé davantage de place et la dépression est devenue davantage reconnue. Ainsi aujourd'hui, bon nombre de personnes, notamment en Amérique du Nord, estiment avoir les connaissances et les compétences nécessaires pour exercer un plus grand contrôle sur leur santé et participer au choix du traitement (Thoër-Fabre, Garnier & Tremblay, 2007; Thoër, Pierret & Levy, 2008). La grande disponibilité et la diffusion de l'information relative à la santé permettent une réappropriation des connaissances par les individus (Giddens, 1991), qui deviennent alors des patients informés et adoptent une attitude plus réflexive et critique à l'égard de l'expertise médicale. Dans ce contexte, la construction de l'espace thérapeutique (Grossen & Perret-Clermont, 1992) entre le patient et le thérapeute se voit susceptible d'être influencée par le désir d'autonomie des patients. Cette influence peut avoir une portée considérable considérant que la représentation de la maladie et la définition de l'intervention se précisent dans cet espace thérapeutique. Ces pistes sont à relier à la reconnaissance d'une utilité élevée des moyens pouvant être employés de façon autonome face à la dépression et avec le consensus qui se dégage autour de la réticence des patients à prendre des antidépresseurs, surtout sur une longue période. Ces résultats trouvent aussi appui dans la littérature, où les éléments de crainte de dépendance aux antidépresseurs, de manque d'efficacité perçue, de cessation de la prise dès l'amélioration des symptômes et de volonté de se traiter sans antidépresseurs sont avancés par plusieurs comme des pistes d'explication des problèmes d'observance (Bucci et al., 2003; Chakraborty et al., 2009; Hunot et al., 2007; Masand, 2003; Mitchell & Selmes, 2007). L'utilité accordée aux interventions visant à «prendre soin de soi / travailler sur soi» peut aussi être associée à un effet de mode étant donné les discours

ambiants sur le bien-être personnel et l'influence des philosophies orientales Zen, véhiculés dans les médias et retrouvés dans beaucoup de publicités. Il est aussi envisageable que la multiplication et la diversité des sources d'informations aient engendré un discours anti-médicaments et un retour à des principes simples et naturels comme ceux associés aux ressources personnelles.

## Des distinctions selon l'implication et l'identité des groupes

L'orientation des principes organisateurs soutient qu'en plus d'éléments partagés de façon consensuelle à travers les groupes, les représentations sociales se caractérisent par des variations systématiques donnant lieu aux positionnements de groupes. Les résultats de cette recherche illustrent cette réalité et montrent que les distinctions de groupe se manifestent en cohérence avec la fonction identitaire des représentations et la théorie de l'implication. Suivant le degré et la nature de l'implication de chacun des groupes en rapport à la dépression, l'importance accordée aux différentes dimensions à l'étude ne semble pas la même. De plus, les intérêts et les identités de groupe semblent en cohérence avec les prises de position adoptées. De façon globale, les positionnements semblent suivre un continuum où l'importance et l'utilité accordées aux dimensions entourant la dépression deviennent plus grandes selon la proximité de l'implication des groupes vis-à-vis de la dépression. Ainsi, les patients et les femmes, impliqués de façon plus personnelle et expérientielle vis-à-vis de la dépression, attachent davantage d'importance à un certain nombre de facteurs (qui seront précisés dans les paragraphes qui suivent) tandis que les étudiants, ayant une implication plus distante, sont ceux qui en accordent le moins. Les patients et les professionnels, avec leur implication plus clinique, présentent également certaines proximités dans leurs positionnements, à comparer aux étudiants. De plus, chacun des trois groupes paraît exprimer des représentations qui soutiennent leur identité sociale et leurs intérêts collectifs.

Une première tendance se dégageant ainsi renvoie à la plus grande importance et utilité que les patients ont accordé à presque tous les facteurs de cause et d'intervention (étude 1) et aux items relatifs à la société matérialiste, au manque de soutien et à la hausse des cas dépressifs (étude 2 : enjeu des consultations). En même temps, ils ont aussi reconnu

de façon moindre que les deux autres groupes les items se rapportant à l'influence des compagnies pharmaceutiques et à la grande demande d'antidépresseurs par les patients (étude 2 : enjeu des prescriptions). L'ensemble de ces positionnements paraît cohérent avec l'implication plus expérientielle des patients vis-à-vis de la dépression et la protection d'une identité sociale et personnelle positive. Étant personnellement aux prises avec la problématique de la dépression, ils vivent de près l'impact de cette condition et sont amenés à en chercher les causes et à en trouver les moyens pour y faire face. Pour Flament et Rouquette (2003), les individus seraient d'autant plus disposés à croire et à recevoir des contenus de croyance qu'ils se pensent directement concernés par l'objet de représentation en question. La plus grande sensibilité des patients aux causes possibles et aux interventions disponibles pourrait ainsi être éclairée par cette considération. Vivant avec la dépression, les patients se retrouvent aussi souvent isolés et en manque de soutien (Cacioppo et al., 2010; Rajaratnam et al., 2008). Ce nœud représentationnel, teinté de leur expérience émotionnelle, pourrait les conduire à identifier ces aspects pour nommer leur malaise. Il se pourrait que ces réalités affectives se trouvent au cœur de leurs représentations de la dépression et les rendent plus sensibles à évaluer cet isolement et ce manque de soutien dans ce qui est à la source de leur état dépressif. Leur réticence à reconnaître le pouvoir d'influence des pharmaceutiques et leur demande d'antidépresseurs pourrait par ailleurs refléter une fonction identitaire. Pour protéger leur image d'autonomie, ils peuvent être portés à refuser davantage l'existence d'un possible pouvoir des pharmaceutiques sur eux et leur dépendance possible à leurs produits.

Au même titre que les patients, les résultats ont montré que les femmes ont presque systématiquement accordé davantage d'importance que les hommes l'ont fait à la plupart des facteurs issus des ACP (étude 1 : Causes : stress sociaux, hérédité et facteurs hors de contrôle, traumatismes et isolement; Interventions : interventions professionnelles; étude 2 : Enjeu des consultations : meilleure reconnaissance de la dépression ; Enjeu de l'inobservance : méfiance et volonté de se traiter sans antidépresseurs, manque d'explication et de suivi des médecins). Considérant que les femmes sont plus à risque de vivre une dépression (Leach, Christensen, Mackinnon, Windsor, & Butterworth, 2008; Parker, & Brotchie, 2010; Santé Canada, 2009) et que, au Québec comme dans la plupart des cultures, elles sont davantage associées que les hommes aux domaines de la santé et des soins, elles

peuvent se sentir impliquées de plus près par la dépression. L'expérience personnelle, l'éducation et les rapports sociaux qui découlent de cette position sociale peuvent ainsi les inciter à une plus grande sensibilité aux dimensions relatives à la dépression.

Une autre tendance retrouvée dans les distinctions de groupes semble caractériser l'implication de type clinique des patients et des professionnels, en comparaison de l'implication plus détachée des étudiants. Les patients et les professionnels ont accordé davantage d'importance aux interventions de type professionnel (étude 1 : interventions), aux antidépresseurs (étude 2 : enjeu des prescriptions), de même qu'à la meilleure reconnaissance de la dépression (étude 2 : enjeu des consultations). Considérant que les patients ont été recrutés en clinique médicale et qu'ils prennent presque tous des antidépresseurs, ils sont, tout comme les professionnels, impliqués dans une intervention professionnelle et ce type d'intervention comporte souvent la question des antidépresseurs. Cette implication partagée entre les patients et les professionnels n'est pas de même nature que celle des étudiants qui se retrouvent à une plus grande distance des aspects professionnels et cliniques entourant la dépression.

Suivant cette implication plus distante des étudiants, les résultats indiquent que ceuxci constituent le groupe ayant accordé le moins d'importance à bon nombre de facteurs
entourant la dépression (étude 1 : Causes : hérédité et facteurs hors de contrôle, Dieu,
spiritualité et foi; Interventions : interventions professionnelles; étude 2 : Enjeu des
consultations : meilleure reconnaissance de la dépression; Enjeu des prescriptions : meilleurs
antidépresseurs; Enjeu de l'inobservance : méfiance et volonté de se traiter sans
antidépresseurs). Les étudiants demeurent toutefois ceux qui ont accordé le plus d'utilité au
facteur d'intervention «prendre soin de soi / travailler sur soi». Globalement, les étudiants ont
donc refusé plus que les deux autres groupes les causes plus fatalistes et extérieures à soi,
mais ont davantage valorisés leurs propres moyens que les interventions professionnelles.
Considérant qu'ils sont pour la plupart de jeunes adultes en santé, capables d'une certaine
autonomie, il est plausible que leur implication plus distante les amène à reconnaître
davantage leurs moyens personnels et à les valoriser. Au même titre que les étudiants, les
résultats montrent aussi que les plus jeunes ont accordé plus d'utilité à «prendre soin de soi /
travailler sur soi» alors que les plus âgés ont accordé plus d'utilité aux «interventions

professionnelles». Ainsi, les plus jeunes semblent compter davantage sur leurs propres moyens et les plus âgés reconnaissent davantage l'utilité d'une aide professionnelle. L'ensemble de ces résultats rejoint la théorie de l'implication développée par Rouquette (1997), notamment la dimension de capacité perçue d'action. Le mythe de la jeunesse invulnérable, se sentant en plein contrôle de ses propres moyens, paraît aussi se refléter dans une certaine mesure à travers ces résultats.

Enfin, une dernière tendance concerne le positionnement distinctif qu'expriment les professionnels en comparaison des autres groupes. Les professionnels de la santé développent des représentations spécifiques à leur profession à travers leur formation et leur expérience de travail. Comme abordé dans l'introduction générale, ces représentations «professionnelles» (Bataille, 2000; Piaser, 1999) témoignent d'une implication particulière des professionnels envers les objets pertinents à leur profession. Les résultats de cette recherche ont montré qu'ils adoptent une position évoquant leurs compétences professionnelles et leur rôle d'information et d'éducation auprès des patients. Ainsi, ils ont attaché davantage d'importance à la meilleure information et reconnaissance de la dépression ainsi qu'à la diminution des tabous, mais moins d'importance à certaines autres raisons d'ordre social et environnemental (étude 2 : Enjeu des consultations : mode de vie plus stressant, perte du contact à la nature et augmentation de facteurs environnementaux nocifs). Ils ont également attribué davantage d'importance aux moindres effets secondaires des nouveaux antidépresseurs (étude 2 : enjeu des prescriptions), mais moins d'importance aux abus des antidépresseurs et aux difficultés liées à la posologie (étude 2 : enjeu de l'inobservance). Dans une optique de préservation de l'identité et de leur rôle professionnel, il aurait été plus surprenant qu'ils accordent davantage d'importance aux dimensions d'ordre social ou environnemental, sur lesquels ils ont un impact moins direct que l'éducation et l'information sur la dépression. Pour des cas particuliers, il n'est toutefois pas exclu qu'ils puissent se référer à ces dimensions explicatives, pour justifier par exemple certaines difficultés avec les patients ou de mauvaises réponses aux traitements, préservant ainsi de nouveau leur identité professionnelle. Il faut par ailleurs considérer que les omnipraticiens et les psychiatres faisant partie des professionnels interrogés dans cette étude représentent ceux qui prescrivent les antidépresseurs. En attribuant l'explication du phénomène de hausse des prescriptions à

l'amélioration des nouveaux antidépresseurs, ils semblent ainsi justifier leurs pratiques en tant que professionnels. Ce résultat soutient de nouveau la fonction identitaire des représentations sociales et rappelle la notion selon laquelle les pratiques et les représentations sont intimement liées et veillent à la préservation du système de valeurs, de croyances et de normes pour le groupe (Abric, 1994). La sous-estimation relative des professionnels quant aux dimensions des abus des antidépresseurs et difficultés liées à la posologie peut aussi illustrer la façon dont ils négocient les enjeux propres à leur profession. La reconnaissance de ces dimensions exige des professionnels de prendre le temps de les évaluer avec les patients et d'assumer un rôle d'information et d'éducation. Devant le manque de temps que les médecins expriment dans leur rapport avec les patients (Garnier et al., 2005), leur responsabilité et identité professionnelles se voient sans doute mieux préservées s'ils assument que les patients ne présentent pas de tels risques et difficultés, ou encore, s'ils présument que les quelques informations qu'ils ont transmises aux patients sont suffisantes.

## Implications pratiques et cliniques

Dans le domaine de la médecine et de la psychologie, les connaissances et les théories savantes infusent la société, de sorte que leur langage devient en bonne partie repris par le public. L'étude de Moscovici (1961) sur la diffusion de la psychanalyse atteste de cette appropriation du public. Les patients en particulier, concernés de plus près par leur santé, transforment et intègrent le savoir scientifique. Cette assimilation des savoirs savants et leur intégration avec les savoirs expérientiels orientent les choix thérapeutiques et interagissent avec les interventions professionnelles. Les recherches sur les représentations sociales montrent qu'il faut tenir compte des élaborations spontanées et des savoirs profanes pour bâtir des stratégies pédagogiques et favoriser la formation scientifique et professionnelle. Dans le cas de la maladie mentale et de la dépression en particulier, les représentations populaires sont d'autant plus importantes à étudier qu'elles peuvent aider à comprendre les résistances éprouvées à reconnaître et à désigner en termes psychiatriques cette condition psychique et intervenir ainsi au service des actions de prévention (Jodelet, 1992). Pour la réussite de l'intervention thérapeutique et le rétablissement des patients, la collaboration et

l'accord entre le patient et le professionnel restent déterminants (Bucci et al., 2003; Hunot et al., 2007). Dans l'optique où le processus interactionnel entre le professionnel et le patient devrait résulter d'une compréhension cohérente de la dépression et de son traitement (Chakraborty et al., 2009), les positionnements des patients et des professionnels les uns par rapport aux autres méritent d'être revus et précisés afin de mieux cerner certaines dimensions sur lesquelles les accords et les désaccords sont susceptibles de survenir, ce que cette étude a tenté de faire.

# Proximités et points de vue favorisant la compréhension mutuelle

Comme décrit dans la section précédente, plusieurs dimensions relatives à la dépression et à son traitement ont été reconnues importantes par l'ensemble des trois groupes à l'étude. Parmi ces dimensions largement partagées à travers les groupes figurent la reconnaissance de certains changements sociaux (diminution du soutien social, l'accroissement du stress et l'instabilité plus grande des familles) en tant que raisons importantes de la hausse des consultations pour dépression ainsi que la réticence des patients à prendre des antidépresseurs, surtout sur une longue période comme raisons importantes des problèmes d'observance. Ces représentations partagées sont apparues à la fois sur la base des items et sur le plan plus intégratif des facteurs issus des ACP. Cet univers consensuel est à interpréter et à intégrer de manière globale puisqu'il exprime une façon commune de concevoir des enjeux importants du traitement de la dépression parmi les patients et les professionnels. Globalement, ces représentations sociales évoquent l'état instable du tissu social et les vulnérabilités à la dépression pouvant s'installer sous la pression du stress. Considérant le rôle de ces changements sociaux dans la dépression, la réticence à la prise d'antidépresseurs à long terme peut signifier une difficulté à endosser les explications plus biologiques de la dépression. Dans une société de performance où la dépression peut se comprendre comme une fatigue d'être soi (Ehrenberg, 1998), les explications biologiques peuvent représenter une menace à l'autonomie et les patients dépressifs peuvent souhaiter les éviter ou les prendre de la façon la plus courte possible. Selon Ehrenberg (1998), la dépression serait une pathologie d'une société où la norme n'est plus fondée sur la culpabilité

et la discipline, mais sur la responsabilité et l'initiative. Avec l'individualisme, l'individu distinct et performant n'étant plus membre d'une collectivité, il doit assurer son succès par sa propre initiative. La dépression se présenterait alors comme une maladie de la responsabilité où dominent le sentiment d'insuffisance et la perte d'estime de soi. Tenant compte de cet univers représentationnel largement reconnu à travers les groupes, n'y aurait-il pas des pistes d'intervention à considérer pour mieux en tenir compte et des façons plus adaptées de gérer la question des antidépresseurs ?

Ces représentations consensuelles exprimant une vision globale des relations entre des enjeux sociaux liés à la dépression, elles font intervenir une pluralité d'acteurs et de dimensions qui nécessitent d'être intégrés sur le plan clinique. Dans la prévention et le traitement de la dépression, les professionnels peuvent assumer un rôle important en tenant compte de ces facteurs sociaux. La reconnaissance de ces facteurs en tant que déclencheurs contribuant à la dépression pourrait rendre les professionnels plus attentifs à ces composantes dans la vie de leurs patients et permettre leur intégration dans les activités d'intervention et de prévention. Par exemple, le travail avec les patients visant à mieux gérer le stress, à aider à résoudre les problèmes d'ordre familial et relationnel et à briser l'isolement irait en cohérence avec les dimensions sociales reconnues importantes dans les résultats de cette recherche. Plusieurs études ont d'ailleurs montré que les interventions qui tiennent compte des dynamiques familiales et de couple (Beach, Fincham & Katz, 1998; Emanuels-Zuurveen & Emmelkamp, 1996; Leff et al., 2003; Mead, 2002), qui favorisent le soutien social (Kennedy, 2005; Pfeiffer, Heisler, Piette, Rogers, & Valenstein, 2011) et qui aident la gestion du stress (Antoni, Lehman, Kilbourn, Boyers, Culver, Alferi, Yount, McGregor, Arena, Harris, Price, & Carver, 2001; Manber, Allen, & Morris, 2002; Mino, Babazono, Tsuda, & Yasuda, 2006) peuvent être efficaces dans le traitement de la dépression. Sur le plan social et politique, des ressources permettant de mieux répondre à ces réalités sont également à considérer, comme des services de médiation et de prévention familiale (Boyd, Diamond, & Bourjolly, 2006; Gillham, Shatté, & Freres, 2000), de soutien psychologique et de gestion de stress au travail (Ivancevich, Matteson, Freedman & Phillips, 1990; Mino et al., 2006; van der Klink, Blonk, Schene, & van Dijk, 2001), de même que des efforts de valorisation et de mise en place

d'actions d'entraide sociale tels que les groupes de soutien (Bright, Baker, & Neimeyer, 1999; Melling & Houguet-Pincham, 2011; Pfeiffer et al., 2011).

En plus de cette reconnaissance du rôle de certains facteurs sociaux, la prise en compte de la réticence des patients vis-à-vis de l'utilisation des antidépresseurs devrait aussi inciter les professionnels à prendre le temps de mieux comprendre leurs préoccupations et leurs questions. Pour travailler à surmonter les problèmes d'observance et gérer de façon éclairée les interventions auprès des personnes dépressives, il paraît indiqué pour les professionnels d'aborder les réticences que les patients auraient à formuler et d'offrir l'information et les explications nécessaires. La considération et la discussion autour des moyens thérapeutiques alternatifs seraient aussi à envisager dans la relation avec les patients, afin de parvenir à une compréhension et à une collaboration mutuelle visant la réussite de l'intervention à propos de la dépression (Bucci et al., 2003; Chakraborty et al., 2009; Hunot et al., 2007). Cette gestion active de la part des professionnels serait ainsi susceptible de favoriser l'autonomie des patients et de les rendre plus à l'aise et motivés à s'engager dans le processus thérapeutique.

Au-delà des dimensions représentationnelles partagées entre les trois groupes à l'étude, certaines autres dimensions ont été reconnues importantes entre les patients et les professionnels seulement, sur les facteurs issus des ACP. Il en va ainsi de certains facteurs plus cliniques et professionnels (étude 1 : interventions : interventions professionnelles; étude 2 : enjeu des consultations : meilleure reconnaissance de la dépression; enjeu des prescriptions : meilleurs antidépresseurs) reconnus plus importants par les patients et les professionnels que par les étudiants. Cette reconnaissance mutuelle au sein des représentations des patients et des professionnels, notamment la reconnaissance de l'efficacité des interventions, est susceptible de favoriser l'établissement d'une alliance thérapeutique nécessaire à l'efficacité de la thérapie (Bucci et al., 2003; Hunot et al., 2007). Comme discuté précédemment, cette proximité des représentations des patients et des professionnels semble en lien avec leur implication dans une intervention professionnelle et, qui plus est, l'implication des patients dans une intervention de type médical comportant pour presque la totalité d'entre eux la prise d'antidépresseurs.

# Écarts à combler et zones critiques

Quelques distinctions d'importance retrouvées entre les patients et les professionnels dans cette recherche sont également à considérer. Comme décrit à la section précédente, les professionnels et les patients se sont positionnés diversement sur certaines dimensions. Avec leur implication plus expérientielle, les patients ont accordé davantage d'importance que les professionnels l'ont fait aux facteurs sociaux (étude 1 : causes : stress sociaux; étude 2 : enjeu des consultations : facteurs sociaux : stress et instabilité), au facteur «abus et difficulté à suivre la posologie» (étude 2 : enjeu de l'inobservance) et davantage d'utilité au facteur «moyens extérieurs et contexte de vie» (étude 1 : interventions). En revanche, suivant leur implication professionnelle, les intervenants ont attaché davantage d'importance au facteur «meilleure reconnaissance de la dépression» (étude 2 : enjeu des consultations). Considérant ces résultats, il pourrait s'avérer souhaitable pour les professionnels de prêter davantage attention à la plus grande importance que les patients accordent aux stress qu'ils vivent et au plus grand intérêt qu'ils présentent à utiliser des moyens extérieurs tels que l'activité physique, la relaxation et les divertissements pour surmonter leur état dépressif. Il semble aussi que les professionnels auraient avantage à faire un deuxième effort pour prendre le temps de reconnaître avec les patients les effets secondaires rencontrés et de s'assurer de la bonne compréhension de la posologie et de la prise adéquate de la médication. Plusieurs méthodes et stratégies ont récemment été élaborées en ce sens afin de permettre aux intervenants de mieux évaluer ces aspects (Hunot et al., 2007; Mitchell & Selmes, 2007). Dans un contexte où les médecins rapportent manquer de temps pour offrir aux patients des explications et une écoute de qualité (Garnier et al., 2005), cette recommandation vers un meilleur échange de points de vue et l'établissement d'une compréhension mutuelle cohérente de la dépression reste un défi, mais ces résultats viennent néanmoins préciser des éléments à prendre en compte pour mieux y parvenir.

#### Globalement

La reconnaissance des dimensions sociales de la dépression et de la réticence des patients aux antidépresseurs, de même que les écarts entre les patients et les professionnels au sujet de certaines autres dimensions (stress sociaux, difficultés liées à la posologie, moyens extérieurs pour remédier à la dépression), interpellent le professionnel dans son rôle d'écoute du patient au sein de l'espace thérapeutique. Parmi les professionnels ayant participé à cette recherche, les médecins omnipraticiens et psychiatres sont ceux qui prescrivent les antidépresseurs et aussi ceux qui ont la responsabilité de gérer les difficultés que les patients éprouvent en rapport à ces médicaments. La forte demande pour ces professionnels et leur nombre relativement faible les placent souvent dans un cadre où ils ont peu de temps à consacrer à l'écoute et à l'échange à propos du vécu du patient. Les psychologues se retrouvent quant à eux dans un contexte où l'écoute est davantage au cœur de leur intervention, avec la psychothérapie qui laisse davantage de place à l'expression du patient et à l'échange sur son expérience. Cette recherche rappelle l'importance de cette écoute dans la relation thérapeutique et le rôle actif que peuvent jouer les professionnels au sein de la relation thérapeutique afin d'établir un échange avec les patients plutôt qu'un rapport unidirectionnel.

Lecomte, Drouin, Savard et Guillon (2004) montrent à ce titre que l'efficacité de la thérapie dépend davantage des qualités personnelles du thérapeute et de sa façon de gérer la relation avec le patient, que de la méthode ou des techniques qu'il emploie. Les approches thérapeutiques efficaces seraient celles qui entrent en résonnance avec la co-construction de la réalité thérapeute/patient. Pour se dire, cet espace relationnel emprunte généralement des mots et des symboles au contexte socioculturel (Grossen & Perret-Clermont, 1992). Ces repères socioculturels entrent dans la relation thérapeutique en interaction avec les savoirs expérientiels des patients et les savoirs professionnels des intervenants. C'est dans cette relation, avec l'écoute et l'échange intersubjectif autour de ces savoirs, qu'une compréhension mutuelle et une collaboration peuvent alors s'établir et enrichir les interventions au sujet de la dépression. Les résultats de cette recherche permettent de préciser des pistes pour éclairer cet échange.

## Liens entre représentations et état dépressif

Concernant les liens entre les représentations et l'état dépressif chez les patients, les résultats ont indiqué une diminution des symptômes dépressifs à travers le temps et des corrélations significatives entre les facteurs de représentation des causes et des interventions, et l'état dépressif. Ces corrélations ont indiqué des liens plus forts chez les patients pour les représentations de leur propre dépression que pour la dépression en général. Un état dépressif élevé est apparu associé à une attribution d'importance élevée aux quatre facteurs de cause et à une attribution d'utilité élevée aux facteurs «prendre soin de soi / travailler sur soi» et «interventions professionnelles». Il semble ainsi que, plus les patients sont dépressifs, plus ils attribuent des raisons à cet état et plus ils privilégient des interventions pour y remédier. Ces résultats semblent en cohérence avec la théorie de l'implication (Rouquette 1997). Il est envisageable qu'ils se sentent d'autant plus concernés personnellement par la dépression qu'ils vivent cet état avec gravité. De par leur implication plus grande, les patients se montrent davantage motivés à attribuer des causes et des traitements reliés à leur état dans le cas de leur propre dépression que dans le cas de la dépression en général. Ce rôle moteur des processus motivationnels et émotionnels est aussi souligné par Weiner (1986) dans la théorie de l'attribution.

Plus particulièrement, les corrélations sont apparues plus fortes entre l'état dépressif et les attributions d'utilité aux «interventions professionnelles» qu'aux interventions «prendre soin de soi / travailler sur soi». Ce facteur «interventions professionnelles» est d'ailleurs le seul qui est apparu corrélé positivement avec l'état dépressif dans le cas des représentations de la dépression en général. De plus, les corrélations positives entre l'état dépressif et le facteur «prendre soin de soi / travailler sur soi» apparaissent au temps l alors que les corrélations positives avec le facteur «interventions professionnelles» apparaissent au temps 2. Il semble ainsi qu'au début du processus les patients qui se sentent les plus dépressifs attribuent davantage d'utilité à leurs propres moyens et, en cours de processus, ils viennent à accorder davantage d'utilité aux interventions professionnellement reconnues. Avec un état dépressif prolongé, la capacité personnelle d'action perçue sur la dépression devient

possiblement plus faible et cela laisse place à davantage de reconnaissance des interventions professionnelles, ce qui contribue par ailleurs probablement aussi à l'établissement d'une alliance de travail entre le professionnel et le patient. Il faut rappeler qu'aucun patient participant à l'étude n'était hospitalisé ou ne vivait un état dépressif sévère au point de ne plus pouvoir fonctionner et se rendre à ses rendez-vous en clinique. Tous étaient par ailleurs déjà impliqués dans un processus impliquant une intervention avec un professionnel. D'autres études sont nécessaires pour évaluer les liens observés entre les représentations et l'état dépressif chez des patients aux prises avec une dépression plus sévère et chez les personnes dépressives non investies dans des interventions «professionnelles».

Dans un but prédictif, la possibilité de réaliser des régressions multiples entre les facteurs représentationnels et l'état dépressif a été envisagée. Toutefois, il faut considérer que dans la perspective des représentations sociales, les pratiques et les affects participant à la construction des représentations sont également influencés par celles-ci, de sorte que les liens ne sont pas unidirectionnels, mais il s'agirait plutôt de rapports réciproques. Aux fins de l'exercice, des régressions multiples de type pas à pas ont tout de même été réalisées. Les résultats de ces analyses indiquent des éléments semblables aux corrélations présentées et ne semblent rien ajouter de particulier aux conclusions déjà élaborées.

### Limites

Certaines limites de cette recherche sont à considérer. Les patients dépressifs et les professionnels étaient moins nombreux que les étudiants, compte tenu de la grande difficulté d'accéder à ces populations et d'obtenir leur participation. Cette différence d'effectifs a pu avoir un impact sur les facteurs résultants des ACP, qui sont possiblement davantage à l'image des étudiants, et sur les résultats des ANOVAs, rendant difficile l'apparition de certaines différences entre les groupes. L'ensemble des résultats permet cependant d'enrichir les connaissances sur les représentations sociales à l'égard de la dépression, notamment chez les patients et les professionnels. Dans la perspective des représentations sociales, ce qui importe est la mise en évidence des positionnements de groupes les uns par rapport aux autres, la représentativité n'affectant pas la composition et l'organisation interne de la

représentation d'un point de vue général. Les représentations sociales étant une expression de la manière dont les groupes construisent leur réalité sociale afin de communiquer et de constituer leur identité en relation aux autres groupes (Abric, 1994; Moliner, 2001), c'est cette expression et non la représentativité des membres du groupe étudié qui importe. Par ailleurs, puisqu'il s'agit d'une étude exploratoire avec un devis corrélationnel, des relations de causes à effet ne peuvent pas être établies. Ce n'était d'ailleurs pas le but de l'étude. L'exemple des relations entre les représentations et l'état dépressif discuté dans les paragraphes précédents illustrent que ce sont surtout les dynamiques réciproques entre ces dimensions qui étaient intéressantes à mettre à jour.

### Analyses supplémentaires

Pour répondre à certaines de ces limites, des analyses supplémentaires ont été réalisées et complètent les analyses employées dans les deux études de la thèse. Des analyses en composantes principales ont d'abord été menées pour chaque groupe séparément pour examiner s'il y avait consistance dans les facteurs issus des analyses menées sur l'ensemble des groupes. Le Tableau 4.1 présente les facteurs obtenus pour chaque groupe. Globalement, il apparaît qu'il n'y a pas beaucoup de différences entre ces facteurs et ceux issus de l'ensemble des groupes, ce qui appuie l'idée que les facteurs obtenus pour l'ensemble des groupes sont assez consistants d'un groupe à l'autre. Pour les étudiants, tous les facteurs sont les mêmes que ceux issus de l'ensemble des groupes. Quelques distinctions (en gras dans le Tableau 4.1) apparaissent chez les professionnels et les patients. Pour les professionnels, deux des quatre facteurs liés aux causes sont quelque peu différents («traumatismes et vulnérabilité» et «pensées négatives et conflits»). Pour les patients, les causes se regroupent en deux grands facteurs («vulnérabilités personnelles» et «traumatismes et événements difficiles») au lieu de quatre et des subdivisions apparaissent dans les facteurs liés à la hausse des prescriptions (le facteur «meilleurs antidépresseurs» devient «rapidité de l'option des antidépresseurs» et «augmentation des cas de dépressions») et dans les facteurs liés à l'inobservance (le facteur «attentes élevées de patients» devient «effets-secondaires» et «crainte de dépendance et abus»).

Tableau 4.1 : Facteurs issus des analyses en composantes principales (ACP) pour chaque groupe

			Raisons des enjer	ux liés au traitemen	t de la dépression
Groupe	Causes	Interventions	Hausse des consultations pour dépression	Hausse des prescriptions d'antidépresseurs	Inobservance aux antidépresseurs
Étudiants	Stress sociaux	Prendre soin de soi / Travailler sur soi	Meilleure reconnaissance de la dépression	Meilleurs antidépresseurs	Méfiance et volonté de se traiter sans antidépresseurs
	Hérédité et réalités hors de contrôle	Interventions professionnelles	Facteurs sociaux : stress et instabilité	Pressions sociales favorisant la demande	Manque d'explication et de suivi des médecins
	Traumatismes et isolement	Moyens extérieurs et contexte de vie	Facilité et rapidité du diagnostic de dépression		Abus et difficulté à suivre la posologie
	Dieu, spiritualité et foi				Impatience et attentes élevées des patients
Professionnels	Stress sociaux	Prendre soin de soi / Travailler sur soi	Meilleure reconnaissance de la dépression	Meilleurs antidépresseurs	Méfiance et volonté de se traiter sans antidépresseurs
	Traumatismes et vulnérabilité	Interventions professionnelles	Facteurs sociaux : stress et instabilité	Pressions sociales favorisant la demande	Manque d'explication et de suivi des médecins
	Pensées négatives et conflits	Moyens extérieurs et contexte de vie	Facilité et rapidité du diagnostic de dépression		Abus et difficulté à suivre la posologie
f	Dieu, spiritualité et foi				Impatience et attentes élevées des patients

Tableau 4.1 (suite)

Patients	Vulnérabilités personnelles	Prendre soin de soi / Travailler sur soi	Meilleure reconnaissance de la dépression	Pressions sociales favorisant la demande	Volonté de se traiter sans antidépresseurs
	Traumatismes et événements difficiles	Interventions professionnelles	Facteurs sociaux : stress et instabilité	Rapidité de l'option des antidépresseurs	Manque d'explication et de suivi des médecins
	:	Moyens extérieurs et contexte de vie	Facilité et rapidité du diagnostic de dépression	Augmentation des cas de dépressions	Difficulté à suivre la posologie
					Effets- secondaires
				Crainte de dépendance et abus	

Les Tableaux 4.2 à 4.6 présentent quant à eux les résultats de MANOVAs 3 (appartenance groupale) x 2 (sexe) x 2 (âge) réalisées sur les facteurs issus des analyses en composantes principales (menées sur l'ensemble des groupes). Ces analyses ont été réalisées pour tenir compte de la variance partagée entre les facteurs. Une stratégie différente a été utilisée dans les deux études de la thèse pour suivre une approche plus exploratoire de type «pas à pas» avec les ANOVAs. En comparaison des résultats aux ANOVAs réalisées précédemment, il apparaît que certains effets qui étaient significatifs aux ANOVAs ne le sont plus dans les résultats des MANOVAs, comme l'on pouvait s'y attendre avec ces analyses plus globales. Les résultats de ces MANOVAs sont donc présentés à titre indicatif.

Tableau 4.2 : Résultats de la MANOVA réalisée sur les facteurs liés aux causes de la dépression

Facteurs	Facteurs  Causes Groupe M (		Se	exe	Â	ge	
Causes			Femmes M (ét)	Hommes M (ét)	Moins de 45 ans M (ét)	45 ans et plus M (ét)	3 x 2 x 2 MANOVA
	Patients	5,42 (0,15) a	5,25 (0,18)	5,58 (0,24)	5,24 (0,22)	5,60 (0,20)	Groupe $F(2,419)$ = 8,33***
Stress	Profess.	4,68 (0,10) c	4,72 (0,12)	4,63 (0,16)	4,73 (0,17)	4,63 (0,11)	,
sociaux	Étudiants	5,01 (0,14) b	5,12 (0,20)	4,77 (0,08)	4,90 (0,05)	5,21 (0,40)	
	Total	5,04 (0,08)	5,03 (0,10)	5,04 (0,12)	4,96 (0,09)	5,13 (0,12)	
Hérédité	Patients	5,00 (0,17) a	5,15 (0,20)	4,85 (0,28)	4,82 (0,25)	5,18 (0,24)	Groupe F(2,419) = 3,53*
et réalités	Profess.	4,90 (0,12) a	4,97 (0,14)	4,83 (0,19)	4,84 (0,20)	4,97 (0,13)	,
hors de contrôle	Étudiants	4,36 (0,16) b	4,45 (0,23)	4,16 (0,10)	4,31 (0,06)	4,45 (0,46)	
	Total	4,79 (0,09)	4,86 (0,11)	4,70 (0,14)	4,65 (0,11)	4,95 (0,14)	
Traumat.	Patients	5,48 (0,17)	5,77 (0,19)	5,19 (0,27)	5,22 (0,24)	5,73 (0,23)	
et	Profess.	5,49 (0,11)	5,48 (0,14)	5,50 (0,18)	5,49 (0,19)	5,50 (0,12)	
isolement	Étudiants	5,69 (0,15)	5,80 (0,22)	5,46 (0,09)	5,60 (0,05)	5,88 (0,44)	
	Total	5,54 (0,08)	5,69 (0,11)	5,37 (0,13)	5,44 (0,10)	5,67 (0,14)	
	Patients	2,36 (0,22)	2,32 (0,25)	2,41 (0,35)	2,18 (0,32)	2,55 (0,29)	
Dieu, spiritualité	Profess.	2,08 (0,15)	2,16 (0,18)	2,00 (0,23)	2,04 (0,24)	2,12 (0,16)	
et foi	Étudiants	2,06 (0,20)	2,15 (0,29)	1,87 (0,12)	1,90 (0,07)	2,38 (0,58)	
	Total	2,18 (0,11)	2,21 (0,14)	2,14 (0,17)	2,04 (0,14)	2,34 (0,18)	

Note. Une MANOVA 3 (appartenance groupale) x 2 (sexe) x 2 (âge) a été réalisée sur l'ensemble des quatre facteurs liés aux causes. Les scores allaient de 1 (Pas du tout important) à 7 (Très important). Les effets principaux et les effets d'interaction (dernière colonne) sont significatifs à \*p < .05; \*\*p < .01; \*\*\*p < .001. Pour les effets principaux de groupe (3e colonne), des analyses post hoc ont été réalisées avec une correction Bonferroni. Les moyennes qui ne comportent pas la même lettre diffèrent à p < .05 (a 🛮 b 🖾 c).

Tableau 4.3 : Résultats de la MANOVA réalisée sur les facteurs liés aux interventions relatives à la dépression

Facteurs			Se	xe	Â	ge		
Interventions	Groupe	M (ét)	Femmes M (ét)	Hommes M (ét)	Moins de 45 ans M (ét)	45 ans et plus M (ét)	3 x 2 MAN	2 x 2 OVA
Prendre soin de soi /	Patients	5,36 (0,15)			5.49 (0,22)	5,24 (0,21)	Groupe	F(2,443) = 3,13*
Travailler sur soi	Profess. Étudiants	4,91 (0,10) b 5,15 (0,11) a				4,76 (0,10) 4,74 (0,32)	Âge	F(1,443) = 5,38*
	Total	5,14 (0,07)	5,08 (0,09)	5,22 (0,12)	5,30 (0,09) a	4,95 (0,11) t	Gr x sexe	F(2,443) = 3,41*
Intervenions profess.	Patients	6,12 (0,21) a				6,38 (0,29)	Groupe	F(2,443) = 3,00*
	Profess. Étudiants	5,89 (0,14) a 5,23 (0,16) b				5,97 (0,14) 6,17 (0,45)	Âge	F(1,443) = 7,17**
	Total	5,79 (0,10)	6,00 (0,12)	5,56 (0,16)	5,48 (0,13) 1	6,17 (0,16)	Gr x âge	F(2,443) = 3,65*
							Sexe x âge	F(1,443) = 6,63**
Moyens extérieurs et	Patients	4,18 (0,16) a	3,90 (0,18)	4,46 (0,26)	4,08 (0,23)	4,28 (0,22)	Groupe	F(2,443) = 4,16*
contexte de	Profess.	3,63 (0,10) b				3,47 (0,10)		4,10
710	Étudiants Total	3,87 (0,12) a 3,90 (0,08)		3,83 (0,08) 3,98 (0,13)		3,88 (0,34) 3,88 (0,12)		

Note. Une MANOVA 3 (appartenance groupale) x 2 (sexe) x 2 (âge) a été réalisée sur l'ensemble des trois facteurs liés aux interventions. Les scores allaient de 1 (Pas du tout utile) à 7 (Très utile). Les effets principaux et les effets d'interaction (dernière colonne) sont significatifs à \*p < .05; \*\*p < .01; \*\*\*p < .001. Pour les effets principaux de groupe (3e colonne), des analyses post hoc ont été réalisées avec une correction Bonferroni. Les moyennes qui ne comportent pas la même lettre diffèrent à p < .05 (a 🛮 b 🖾 c).

Tableau 4.4 : Résultats de la MANOVA réalisée sur les facteurs liés à l'enjeu de la hausse des consultations pour dépression

Facteurs			Se	xe	Â	ge		
Consultations	Groupe	M (ét)	Femmes M (ét)	Hommes M (ét)	Moins de 45 ans M (ét)	45 ans et plus M (ét)		2 x 2 NOVA
Meilleure reconnaissance	Patients	4,56 (0,18) a	4,45 (0,20)	4,68 (0,29)	4,56 (0,26)	4,57 (0,24)	Groupe	F(2,438) = 3,80*
de la	Profess.	4,75 (0,12) a	4,69 (0,15)	4,81 (0,19)	4,76 (0,21)	4,74 (0,12)		- 3,80
dépression	Étudiants	4,07 (0,14) b	4,30 (0,20)	3,63 (0,10)	3,83 (0,06)	4,56 (0,39)		
	Total	4,50 (0,09)	4,48 (0,11)	4,52 (0,14)	4,38 (0,11)	4,64 (0,13)		
Facteurs sociaux : stress	Patients	4,71 (0,16) a	4,60 (0,18)	4,82 (0,26)	4,72 (0,23)	4,69 (0,21)	Groupe	F(2,438) = 5,56**
et instabilité	Profess.	4,08 (0,11) b	4,13 (0,14)	4,03 (0,17)	4,04 (0,19)	4,12 (0,11)		-,
	Étudiants	4,27 (0,12) a	4,27 (0,18)	4,27 (0,09)	4,33 (0,05)	4,15 (0,35)		
	Total	4,36 (0,08)	4,33 (0,10)	4,39 (0,12)	4,36 (0,10)	4,35 (0,12)		
Facilité et rapidité du	Patients	3,41 (0,20)	3,31 (0,23)	3,51 (0,34)	3,40 (0,30)	3,42 (0,27)		
diagnostic de	Profess.	3,88 (0,14)	3,86 (0,18)	3,89 (0,22)	4,18 (0,24)	3,57 (0,14)		
dépression	Étudiants	3,44 (0,16)	3,46 (0,23)	3,41 (0,12)	3,33 (0,07)	3,67 (0,45)		
	Total	3,59 (0,10)	3,54 (0,12)	3,64 (0,16)	3,64 (0,13)	3,53 (0,15)		

Note. Une MANOVA 3 (appartenance groupale) x 2 (sexe) x 2 (âge) a été réalisée sur l'ensemble des trois facteurs liés à l'enjeu des consultations. Les scores allaient de 1 (Pas du tout) à 7 (Beaucoup). Les effets principaux et les effets d'interaction (dernière colonne) sont significatifs à \*p < .05; \*\*p < .01; \*\*\*p < .001. Pour les effets principaux de groupe (3e colonne), des analyses post hoc ont été réalisées avec une correction Bonferroni. Les moyennes qui ne comportent pas la même lettre diffèrent à p < .05 (a 🛮 b 🗈 c).

Tableau 4.5 : Résultats de la MANOVA réalisée sur les facteurs liés à l'enjeu de la hausse des prescriptions d'antidépresseurs

Facteurs			Se	xe	Â	ge	
Prescriptions	Groupe	M (ét)	Femmes M (ét)	Hommes M (ét)	Moins de 45 ans M (ét)	45 ans et plus M (ét)	3 x 2 x 2 MANOVA
Meilleurs antidépresseurs	Patients	4,24 (0,18) a	3,99 (0,22)	4,48 (0,30)	4,24 (0,28)	4,23 (0,24)	Groupe $F(2,436)$ = 3,87*
annucpresseurs	Profess.	4,38 (0,13) a	4,52 (0,16)	4,23 (0,20)	4,21 (0,22)	4,55 (0,13)	- 3,87
	Étudiants	3,68 (0,16) b	3,66 (0,23)	3,73 (0,10)	3,69 (0,06)	3,66 (0,45)	
	Total	4,14 (0,09)	4,06 (0,12)	4,23 (0,14)	4,05 (0,12)	4,24 (0,14)	
Pressions sociales	Patients	4,60 (0,18)	4,58 (0,21)	4,61 (0,28)	4,89 (0,27)	4,31 (0,22)	
favorisant la	Profess.	4,89 (0,12)	4,87 (0,15)	4,91 (0,19)	5,08 (0,20)	4,70 (0,13)	
demande	Étudiants	5,13 (0,15)	5,24 (0,22)	4,92 (0,10)	5,03 (0,06)	5,34 (0,43)	
	Total	4,85 (0,09)	4,90 (0,11)	4,79 (0,14)	5,00 (0,11)	4,67 (0,13)	

Note. Une MANOVA 3 (appartenance groupale) x 2 (sexe) x 2 (âge) a été réalisée sur l'ensemble des deux facteurs liés à l'enjeu des prescriptions. Les scores allaient de 1 (Pas du tout) à 7 (Beaucoup). Les effets principaux et les effets d'interaction (dernière colonne) sont significatifs à \*p < .05; \*\*p < .01; \*\*\*p < .001. Pour les effets principaux de groupe (3e colonne), des analyses post hoc ont été réalisées avec une correction Bonferroni. Les moyennes qui ne comportent pas la même lettre diffèrent à p < .05 (a 🛽 b 🖺 c).

Tableau 4.6 : Résultats de la MANOVA réalisée sur les facteurs liés à l'enjeu de l'inobservance aux antidépresseurs

Facteurs			Sex	xe .	Âş	ge		
Inobservance	Groupe	M (ét)	Femmes M (ét)	Hommes M (ét)	Moins de 45 ans M (ét)	45 ans et plus M (ét)		2 x 2 NOVA
Méfiance et	Patients	5,08 (0,16)	4,92 (0,19)	5,24 (0,27)	5,36 (0,25)	4,81 (0,22)	Groupe	F(2,428) =
volonté de se traiter sans	Profess.	5,06 (0,11) a	5,23 (0,14)	4,89 (0,18)	4,94 (0,19)	5,19 (0,12)		3,26*
antidépress.	Étudiants	4,64 (0,12) b	4,76 (0,18)	4,39 (0,09)	4,57 (0,05)	4,77 (0,36)		
	Total	4.95 (0,08)	4,97 (0,10)	4,93 (0,13)	4,95 (0,10)	4,95 (0,12)		
Manque d'explication	Patients	4,44 (0,22)	4,17 (0,26)	4,71 (0,35)	4,38 (0,32)	4,50 (0,29)		
et de suivi	Profess.	4,60 (0,15)	4,70 (0,18)	4,49 (0,23)	4,80 (0,25)	4,40 (0,15)		
des médecins	Étudiants	4,46 (0,17)	4,55 (0,24)	4,27 (0,12)	4,41 (0,07)	4,54 (0,48)		
medecins	Total	4,50 (0,11)	4,47 (0,13)	4,54 (0,17)	4,53 (0,14)	4,47 (0,16)		
Abus et difficultés à	Patients	4,37 (0,20) a	3,73 (0,24)	5,02 (0,33)	3,86 (0,30)	4,89 (0,27)	Groupe	F(2,428) = 10,42***
suivre la	Profess.	3,46 (0,14) b	3,39 (0,17)	3,54 (0,22)		3,45 (0,14)	C	E(1.420) -
posologie	Étudiants	4,29 (0,16) a	4,28 (0,23)	4,32 (0,11)	4,49 (0,07)	3,89 (0,45)	Sexe	F(1,428) = 7,41**
	Total	4,02 (0,10)	3,80 (0,12) b	4,28 (0,16) a	3,94 (0,13)	4,11 (0,15)	Gr x sexe	F(2,428) = 3,68*
							Gr x âge	F(2,428) = 3,50*
Impatience et attentes	Patients	5,39 (0,19)	5,12 (0,22)	5,66 (0,30)	5,69 (0,28)	5,10 (0,25)		
élevées des	Profess.	5,05 (0,13)	5,23 (0,16)	4,86 (0,20)	5,10 (0,22)	5,00 (0,13)		
patients	Étudiants	5,13 (0,14)	5,23 (0,21)	4,94 (0,10)	5,17 (0,06)	5,06 (0,41)		
	Total	5,20 (0,09)	5,19 (0,11)	5,20 (0,15)	5,32 (0,12)	5,05 (0,14)		

Note. Une MANOVA 3 (appartenance groupale) x 2 (sexe) x 2 (âge) a été réalisée sur l'ensemble des quatre facteurs liés à l'enjeu de l'inobservance. Les scores allaient de 1 (Pas du tout) à 7 (Beaucoup). Les effets principaux et les effets d'interaction (dernière colonne) sont significatifs à \*p < .05; \*\*p < .01; \*\*\*p < .001. Pour les effets principaux de groupe (3e colonne), des analyses post hoc ont été réalisées avec une correction Bonferroni. Les moyennes qui ne comportent pas la même lettre diffèrent à p < .05 (a 🛮 b 🗈 c).

#### Conclusion

Cette thèse visait à mieux cerner et comprendre les constructions représentationnelles de patients, de professionnels de la santé mentale et d'étudiants universitaires à l'égard des causes, des interventions et d'enjeux actuels relatifs à la dépression. Ayant été réalisée auprès de populations concernées de près par cette problématique et souvent difficiles d'accès, cette recherche représente un apport important. Les résultats permettent d'enrichir les connaissances actuelles sur ces questions et en apportent de nouvelles, notamment par la mise en évidence sur un plan intégratif de principes organisateurs des prises de position. Les positionnements exprimés à travers l'ensemble des deux études complémentaires de la thèse montrent que la dépression est un concept qui présente une base commune partagée socialement, mais qui se construit aussi différemment à travers les groupes, en fonction de leur identité sociale et de leurs intérêts (Moliner, 2001; Mugny & Carugati, 1985) ainsi que selon la nature de leur implication vis-à-vis de cette problématique (Flament & Rouquette, 2003; Rouquette, 1997).

Comme élaboré dans la discussion générale, des aspects d'ordre personnel, relationnel et professionnel ont été reconnus de façon consensuelle à travers l'ensemble des groupes à la fois dans l'étiologie de la dépression et concernant l'utilité des interventions pour y remédier. Des zones consensuelles se sont aussi dégagées pour expliquer les enjeux de la hausse des consultations pour dépression, avec la reconnaissance du stress et l'effritement du tissu social, et pour rendre compte des problèmes d'observance aux antidépresseurs, avec la reconnaissance de la réticence des patients à prendre ces médicaments, surtout sur une longue période. Ces résultats incitent à des réflexions sur les transformations et influences présentes dans la société, à propos de leur résonance dans l'image et la signification de la dépression. Des phénomènes comme la multiplication des sources d'informations, la mondialisation, l'individualisme, l'autorité du modèle scientifique et de la perspective biomédicale semblent à cet égard fournir certaines pistes à explorer en rapport avec les tendances représentationnelles observées.

Les résultats ont aussi montré des positionnements de groupe distinctifs qui semblent suivre un continuum en cohérence avec la nature et le degré d'implication vis-à-vis de la dépression, allant d'une implication plus personnelle et expérientielle chez les patients, à une implication plus distante chez les étudiants, en passant par une implication professionnelle chez les intervenants. L'importance et l'utilité accordées aux dimensions entourant la dépression semblent alors plus grandes dans le cas d'une proximité plus grande à la dépression. Les patients et les professionnels, avec une implication plus clinique, ont de plus présenté certains rapprochements dans leurs positionnements, notamment dans la reconnaissance de l'efficacité des interventions et du meilleur dépistage de la dépression. Cette proximité paraît susceptible de favoriser l'établissement d'une alliance thérapeutique nécessaire à l'efficacité du processus thérapeutique. Les écarts observés au sein de leurs représentations interpellent néanmoins les professionnels dans leur rôle d'écoute auprès des patients, notamment au sujet de l'impact des stress sociaux et de l'isolement que les patients peuvent subir, de leurs préoccupations à l'égard des antidépresseurs et de leur intérêt pour des moyens comme l'activité physique, la relaxation et les divertissements pour surmonter leur état dépressif.

Par ailleurs, les liens observés chez les patients entre les représentations et l'état dépressif soutiennent l'importance clinique des représentations dans l'évolution de la dépression. Ces liens ont semblé évoluer en fonction de la capacité perçue d'action des patients ayant un état dépressif plus prononcé, avec une plus grande reconnaissance de l'utilité de leurs moyens personnels en début de processus thérapeutique et davantage d'utilité attribuée aux interventions professionnelles en cours de processus.

L'ensemble de ces résultats, avec les multiples représentations et prises de position mises en évidence, tantôt consensuelles et tantôt distinctes entre les groupes, encourage les professionnels de la santé (médecins de famille, psychiatres, psychologues, pharmaciens, infirmières, etc.) à collaborer ensemble et avec les patients pour enrichir leur vision de la dépression et parvenir à des interventions intégrées et personnalisées. L'intégration des savoirs et des compétences de ces professionnels, qui se retrouvent dans des contextes et des pratiques souvent différents, serait susceptible d'aboutir à des interventions qui tiennent compte d'un ensemble de points de vue, plutôt que des interventions fermées aux seuls pratiques et habitudes connues, parfois non adaptées aux besoins des patients. Comme le rappellent Garnier et Lévy (2007), les représentations sociales naissent au sein d'interactions

complexes qui mettent en jeu une pluralité d'acteurs et d'objets. Dans cette optique, il y a aussi intérêt à élargir et enrichir par d'autres recherches les résultats de cette thèse et à les relier aux représentations de réalités connexes à la dépression (anxiété, suicide, solitude, épuisement professionnel, système de santé, corps, etc.), et de d'autres acteurs concernés de près par cette maladie (famille de patients dépressifs, employeurs, pharmaciens, travailleurs sociaux, etc.).

## APPENDICE A

## TABLEAUX LIÉS À L'INTRODUCTION GÉNÉRALE

- A.1 Tableau 1 : Résumés des études sur les croyances / attitudes à propos des causes et/ou interventions relatives à la dépression
- A.2 Tableau 2 : Catégories formant les questions utilisées dans les études sur les croyances / attitudes à propos des causes et/ou interventions relatives à la dépression

Tableau 1 : Résumé des études sur les croyances / attitudes à propos des causes et/ou interventions relatives à la dépression

Référence	Type de répondants	Type de questionnement	Principaux résultats
Angermeyer & Matschinger, 1999	Population générale de l'Allemagne de l'Ouest (N~1000) et de l'Est (N~500).	En se basant sur une vignette répondant aux critères diagnostiques de la dépression majeure selon le DSM, les sujets répondent à des questions fermées pour évaluer l'importance de différentes catégories de causes et l'utilité de différents types de traitements.	Plus de similarités que de différences entre l'Ouest et l'Est. Chez les deux groupes, le stress psychosocial (Difficultés dans la relation amoureuse ou familiale, Difficultés liées au travail, Manque de support social) est jugé la catégorie causale la plus importante alors que les forces surnaturelles (Volonté de Dieu, Possession par des esprits, Signes du zodiaque) est la catégorie causale jugée la moins importante. Par ailleurs, la psychothérapie est préférée aux médicaments. Par contre, la population de l'Ouest a davantage tendance à recommander des traitements établis (psychothérapie, médicaments) que la population de l'Allemagne de l'Est.
Caldwell & Jorm, 2001	Infirmières (N=686) en santé mentale de l'Australie et de la Nouvelle- Zélande.	En se basant sur une vignette répondant aux critères diagnostiques de la dépression majeure selon le DSM, les sujets répondent à des questions fermées pour évaluer le pronostic et les conséquences à long terme et juger du risque de discrimination de la personne décrite.	En mettant en rapport les résultats de cette étude avec les résultats de leurs études antérieures, les auteurs concluent que les infirmières en santé mentale ont tendance à être plus négatives que la population générale, mais plus positives que les autres groupes professionnels (médecins généralistes, psychiatres et psychologues) concernant le pronostic et les conséquences à long terme. Par contre, tout comme les autres groupes professionnels, ces infirmières croient que le sujet décrit dans la vignette est susceptible d'être victime de discrimination.

Çirakoğlu et al., 2003	Étudiants (74 femmes et 168 hommes) universitaires de la Turquie	Sur deux questionnaires, les répondants évaluent l'importance de différentes causes et l'utilité de différentes cures concernant la «dépression».	Les analyses en composantes principales font ressortir six composantes causales (trauma, problèmes liés au travail, perte, disposition, intimité et isolement) expliquant 43,13 % de la variance et sept composantes curatives (passe-temps, recherche de sensations, évitement, aide professionnelle, pratiques religieuses, estime et activités spirituelles) expliquant 43,80 % de la variance. En comparaison des sujets féminins, les sujets masculins attribuent une plus grande utilité aux pratiques religieuses.
Furnham & Kuyken, 1991	Volontaires (121 femmes et 80 hommes) issus de la population générale d'Angleterre.	Après avoir reçu une définition énumérant les symptômes caractérisant la dépression, les répondants évaluent l'importance de différentes explications causales dans la dépression et donnent leur degré d'accord avec différentes théories contemporaines de la dépression.	Les résultats font ressortir six composantes causales (privation sociale, difficultés interpersonnelles, expériences traumatiques, privations affectives, image de soi négative et perte interpersonnelle) et révèlent que les théories biochimiques/génétiques sont les moins endossées alors que les théories cognitives sont les plus endossées. Les corrélations entre les composantes causales et les degrés d'accord exprimés vis-à-vis les théories sont modestes, positives et, pour la plupart, significatives. Par ailleurs, le sexe, l'âge, l'occupation, le niveau d'éducation et l'expérience de la dépression entretiennent quelques corrélations avec certains items et facteurs liées aux causes.
Hugo, 2001	Infirmières santé mentale N=156, personnel médical N=51 et personnel associé N=59 d'Australie.	Idem à Caldwell & Jorm, 2001.	En mettant en rapport les résultats de cette étude avec les résultats obtenus par Jorm et al. (1999), l'auteur conclut que les groupes professionnels interrogés sont plus négatifs que la population générale à propos du pronostic et des conséquences à long terme. Le personnel médical étant le plus négatif et les infirmières, les moins pessimistes de ces groupes professionnels.
Jorm, Christensen et al., 2000	Population générale (N=3109) de New South Wales, en Australie.	En se basant sur une vignette répondant aux critères diagnostiques de la dépression majeure selon le DSM, les sujets évaluent l'utilité de	Les résultats révèlent que les sujets ayant déjà cherché de l'aide au sujet d'une dépression croient moins en l'utilité des traitements impliquant un changement de style de vie et croient davantage en l'utilité des traitements médicaux. Les sujets ayant une histoire de dépression,

		différentes interventions.	mais n'ayant pas cherché d'aide croient moins en l'utilité de la famille et croient davantage en l'utilité de la psychothérapie. Les sujets présentant des symptômes dépressifs croient moins en l'utilité du soutien téléphonique, de la famille et des amis. Les auteurs concluent qu'en général, avoir cherché de l'aide dans le passé est associé à des croyances plus près de celles des professionnels.
Jorm et al., 1997	Population générale (N~1000) de l'Australie.	En se basant sur une vignette répondant aux critères diagnostiques de la dépression majeure selon le DSM, les sujets évaluent la probabilité de différentes causes et évaluent la susceptibilité avec laquelle différents groupes risquent d'être atteints par le problème décrit dans la vignette.	Les problèmes quotidiens (stress, conflits familiaux, difficultés au travail ou difficultés financières), les événements traumatisants et la mort d'un proche sont les causes évaluées les plus probables, suivis de près par les événements vécus dans l'enfance. Ces quatre types de causes sociales-environnementales sont perçus davantage probables par les sujets ayant reconnu le problème de la vignette comme une dépression. Les facteurs génétiques/héréditaires et les allergies sont, quant à eux, jugés les moins probables. Les sujets ayant reconnu le problème de la vignette comme une dépression et ayant un plus haut niveau d'éducation ont considéré dans une moindre proportion qu'une faible personnalité était une cause. Par ailleurs, les groupes considérés les plus à risque sont les sans-emploi, les divorcés/séparés, les jeunes, les pauvres et les femmes.
Jorm, Medway et al., 2000	Les sujets (N=422) présentant un plus haut degré de symptômes (score de 4 et plus au General Health (Questionnaire) parmi les sujets de l'étude de Jorm, Christensen et al., 2000 (cihaut).	Six mois après l'étude de Jorm, Christensen et al., 2000 (ci-haut), les sujets répondaient aux mêmes questions, mais en considérant ce qu'ils ont réellement fait dans les six derniers mois pour faire face au stress, à l'anxiété, à la dépression, ou à tout autre problème émotionnel.	Faisant le pont avec les résultats obtenus par Jorm, Medway et al., 2000, les auteurs montrent que l'évaluation de l'utilité des interventions n'est pas nécessairement liée à leur utilisation. Même si les interventions impliquant des professionnels de la santé mentale sont évaluées utiles, elles sont rarement utilisées en pratique alors que les moyens simples, peu coûteux et immédiatement disponibles sont les plus utilisés même s'ils ne sont pas ceux évalués les plus utiles. Les antidépresseurs constituent toutefois une exception notable, car croire en leur utilité semble prédire leur utilisation.

Kirk et al., 1999	Volontaires américains sans histoire de dépression (N=25) et volontaires s'étant remis d'une dépression (N=25).	Les sujets évaluent l'utilité de stratégies d'interventions de type «professionnel» (lire sur la dépression, prendre des antidépresseurs) ou de sens commun (regarder la télévision, voir un ami, etc.) en regard de la dépression. Ils évaluent aussi l'utilité de différents types de thérapies et la justesse de différentes théories concernant la dépression.	Les résultats montrent que les sujets s'étant remis d'une dépression trouvent plus utiles les stratégies d'interventions de type «professionnel» et moins utiles les stratégies de sens commun. Les deux groupes de sujets ne diffèrent toutefois pas dans leurs évaluations des différents types de thérapies (le traitement par électrochocs étant jugé le moins utile) et de théories (évaluer pratiquement égales) de la dépression.
Kuyken et al., 1992	Des patients (N=20) dépressifs (selon le DSM et l'inventaire de Beck), des psychologues (N=25) et des volontaires (N=49) de la ville de Londres, en Angleterre.	Après avoir reçu une définition énumérant les symptômes caractérisant la dépression, les sujets répondent à la question ouverte suivante : «Pourquoi les gens deviennent-ils dépressifs ?». Les réponses à cette question sont ensuite catégorisées par les auteurs. Des questions ouvertes portant sur le rôle des processus inconscients et des premières expériences de vie sont aussi posées. De plus, les sujets évaluent le pouvoir explicatif de différentes théories et l'utilité de différents traitements concernant la dépression.	Les résultats montrent que les expériences traumatiques et le stress sont les causes mentionnées le plus souvent par les trois groupes. Les résultats révèlent aussi que les patients dépressifs endossent davantage que les deux autres groupes les explications biologiques et que les patients dépressifs et les psychologues jugent le traitement médicamenteux plus utile que le public (les volontaires). Par ailleurs, les résultats suggèrent que le public et les patients dépressifs croient davantage que les psychologues que les désirs et espoirs non-atteints peuvent être une cause de la dépression. Enfin, les psychologues assignent un rôle causal plus important que les deux autres groupes aux processus inconscients et aux facteurs de vulnérabilité issus de l'enfance.

Lauber et al., 2003	Population générale (N=873) de la Suisse.	En se basant sur une vignette répondant aux critères diagnostiques de la dépression majeure selon le DSM, les sujets doivent donner un maximum de trois réponses à la question suivante : «Quelles pourraient être les causes ou raisons de l'état de la personne décrite ?». Les réponses à cette question sont ensuite assignées à des catégories prédéterminées.	Pour plus de la moitié des répondants (56,6%) les difficultés avec la famille ou le partenaire constituent une cause de la dépression. Le stress occupationnel (32,7%) et non-spécifié (19,9%) constituent les deuxième et troisième causes mentionnées le plus fréquemment. Des événements traumatiques (17,9%), un trouble dépressif (14,1%) et une maladie non-spécifiée (11,6%) suivent. Par ailleurs, les répondants plus éduqués mentionnent plus souvent le stress occupationnel et le désordre organique alors que les répondants plus âgés mentionnent plus souvent l'hérédité.
Matschinger & Angermeyer, 2003	Population générale (N~2500) de l'Allemagne.	En se basant sur une vignette répondant aux critères diagnostiques de la dépression majeure selon le DSM, les sujets répondent à des questions fermées pour évaluer la pertinence de différentes classes de causes, choisir parmi différents pronostics, évaluer la justesse de différents attributs personnels et évaluer la probabilité de différentes réactions émotionnelles vis-àvis la personne décrite.	Les points saillants des résultats sont que le stress au travail, un événement de la vie (stressant) et un conflit inconscient sont plus fréquemment évalués comme des causes de la dépression ; que le pronostic est pessimiste pour un cours naturel, mais optimiste si un traitement est donné ; que la personne décrite est évaluée dépendante et désespérée et que la pitié et le désir d'aider sont jugés les réactions les plus probables vis-à-vis elle.

Mulatu, 1999	Volontaires (N=50) de la ville de Bahir Dar, en Éthiopie.	En se basant sur une vignette répondant aux critères de la dépression selon la 10 <sup>e</sup> édition de l'International Classification of Diseases, les sujets répondent à des questions fermées pour évaluer l'importance de différentes causes et de différentes options thérapeutiques.	Une analyse en composantes principales fait ressortir six composantes causales (stress psychosocial, vengeance surnaturelle, tare biomédicale, privation socio-environnementale), le stress psychosocial étant clairement évalué comme plus important. Parmi les sept options thérapeutiques offertes (prière, eau bénite, médecines traditionnelles, guérisseurs traditionnels, médecines modernes, professionnels modernes, soins maison), les professionnels modernes et les soins maison sont jugés les plus importants alors que les médecines et les guérisseurs traditionnels sont jugés les moins importants.
Özmen et al., 2003	Volontaires de la ville d'Istanbul, en Turquie.	Les sujets se basent sur une vignette clinique pour répondre à des questions ayant traits aux causes, traitements, pronostic et attributs de la personne décrite dans la vignette.	Les résultats indiquent que les facteurs socio-environnementaux (86,6%) et une faible personnalité (68,2%) sont considérés des causes par une proportion importante de sujets. Par ailleurs, 43,3% des sujets croient que la personne décrite dans la vignette est agressive, 22,8% croient que sa liberté devrait être contrainte, 51,9% croient qu'elle devrait consulter un médecin. Enfin, 94,5% des sujets ayant identifié le problème de la vignette en tant que maladie croient qu'elle peut être traitée et 54,9% croient que les médicaments utilisés pour traiter la dépression ont de sérieux effets secondaires.
Srinivasan et al., 2003	Patients ontariens (67 F et 35 H) atteints d'un trouble dépressif (majoritairement dépression majeure (DSM)) envoyés à la clinique externe d'un hôpital communautaire pour une consultation psychiatrique et un traitement.	Les sujets évaluent l'importance de différents types de causes prédéterminés au sujet de leur propre dépression.	Les résultats montrent que «le stress ou lles expériences de vie négatives» est le type de causes le plus endossé (suivi par lle «style cognitif» et les «relations dysfonctionnelles») alors que «la perte de spiritualité ou de la foi en Dieu» est le type de causes le moins endossé. Des analyses corrélationnelles révèlent aussi que les sujets plus âgés endossent moins le «style cognitif» et «la perte de spiritualité» en tant que types de causes. Des analyses de variances montrent également que les femmes endossent davantage que les hommes «l'anormalité biologique» et le «style cognitif» en tant que causes.

Tableau 2 : Catégories formant les questions utilisées dans les études sur les croyances / attitudes à propos des causes et/ou interventions relatives à la dépression

Référence	Catégories employées				
Angermeyer & Matschinger,	Causes 1- Facteurs intrapsychiques : 1.1-Manque de volonté, 1.2-S'en demander trop, 1.3-Conflit inconscient				
1999	2- Comportement déviant : 2.1-Style de vie immoral, 2.2-Abus de drogue, 2.3-Abus d'alcool				
	3- Facteurs biologiques : 3.1-Maladie du cerveau, 3.2-Hérédité, 3.3-Faiblesse constitutionnelle				
	4- Socialisation : 4.1-Famille brisée, 4.2-Parents surprotecteurs, 4.3-Manque d'affection parentale				
	5- Stress psychosocial : 5.1-Difficultés dans la relation amoureuse ou familiale, 5.2-Difficultés liées au travail, 5.3-Manque de support social				
	6- État de la société : 6.1-Manque de valeurs traditionnelles, 6.2-Disparition des modes de vie naturels, 6.3-Exploitation				
	7- Forces surnaturelles : 7.1-Volonté de Dieu, 7.2-Possession par des esprits vilains, 7.3-Signes du zodiaque				
	Interventions thérapeutiques				
	1- Relaxer 2- Se reprendre en mains 3- Parler avec un confident 4- Remèdes naturels 5- Méditation / Yoga 6- Psychothérapie 7- Traitement médicamenteux				
Çirakoğlu et al., 2003	Causes - Composante trauma: 1-A été exposé à de l'abus dans l'enfance, 2-A été violé, 3-A été exposé à de la violence physique dans l'enfance, 4-Est dépendant des drogues, 3-A été une victime, 6-A perdu un conjoint dans la mort, 7-A appris qu'il a été adopte 8-A été abusé, 9-A été torturé				
	Composante <u>problèmes liés au travail</u> : 10-A perdu son emploi, 11-Est sans emplo 12-Travaille dans un emploi dans lequel il ne veut pas travailler, 13-A des problème financiers, 14-Sens de la pression sociale, 15-A échoué dans d'importants examens au cours de sa vie				
	Composante <u>perte</u> : 16-A perdu un parent dans la mort, 17-A appris que quelqu'ur qu'il aime est atteint d'une maladie incurable, 18-A perdu un ami dans la mort, 19-un membre de sa famille ayant commis un crime honteux, 20-A vu quelqu'un souffrir, 21-A été blessé par un désastre naturel, 22-A des problèmes dans son milieu de travail, 23-A appris qu'il a une maladie incurable				
	- Composante <u>disposition</u> : 24-A une tendance dispositionnelle, 25-A hérité de ce problème, 26-Pense négativement, 27-N'est pas assez intelligent				
	- Composante intimité: 28-A rompu avec un partenaire amoureux, 29-A des problèmes avec un partenaire amoureux, 30-A été trahi par son/sa conjoint/e, 31-A été rejeté par un membre du sexe opposé, 32-Soucis de devenir gros, 33-A des problèmes sexuels, 34-A divorcé ou s'est séparé, 35-A des problèmes maritaux				
	- Composante <u>isolement</u> : 36-Vit dans un environnement modeste, 37-N'a pas confiance en soi, 38-N'a pas assez d'amis, 39-N'est pas satisfait de son apparence physique, 40-A eu une enfance misérable				

#### Interventions thérapeutiques

- Composante <u>passe-temps</u>: 1-S'engager dans des passe-temps, 2-s'engager dans des activités artistiques, 3-Avoir de nouveaux buts pour soi-même, 4-Prendre part à des sports, 5-Joindre des activités sociales, 6-Écrire ses problèmes, 7-Écouter de la musique, 8-Prendre de nouvelles responsabilités, 9-Cesser de se blâmer
- Composante <u>recherche de sensations</u>: 10-Aller magasiner, 11-Aller à des fêtes, 12-Passer plus de temps avec des amis, 13-Partir en vacances, 14-Clavarder avec des amis, 15-Changer son apparence physique, 16-Redécorer son logement, 17-S'engager dans des activités excitantes/stimulantes
- Composante <u>évitement</u>: 18-Émigrer dans un autre pays, 19-Changer de travail/d'école, 20-Déménager dans une autre ville, 21-Mettre fin à de vieilles amitiés, 22-Quitter son domicile, 23-Avoir des relations sexuelles
- Composante <u>aide professionnelle</u>: 24-Consulter un psychiatre, 25-Consulter un psychologue, 26-Joindre un groupe de thérapie, 27-Clavarder avec sa famille, 28-Rencontrer des gens avec des problèmes similaires, 29-Chercher de l'aide auprès d'un superviseur/professeur, 30-Être hospitalisé
- Composante <u>pratiques religieuses</u>: 31-Prier, 32-Remercier Dieu, se comparer aux plus atteints, 33-Chercher de l'aide auprès de religieux, 34-Porter des items religieux, 35-Avoir un enfant
- Composante <u>estime</u>: 36-Essayer d'oublier les expériences négatives, 37-Se remémorer des réalisations passées, 38-Ne pas penser négativement, 39-Regagner confiance en soi, 40-Ne pas rester seul
- Composante <u>activités spirituelles</u> : 41-Méditer, faire du yoga, 42-Se faire hypnotiser, 43-Utiliser des herbes, 44-Pleurer

## Furnham & Kuyken, 1991

#### Causes

- Composante <u>privation sociale</u>: 1-Est sans foyer, 2-Est sans emploi, 3-Se fait sentir de trop, 4-Est en prison, 5-A un problème de drogue, 6-A un handicap physique, 7-A des difficultés financières
- Composante <u>difficultés interpersonnelles</u>: 8-A une mauvaise relation avec ses parents, 9-Vit dans un environnement délabré et est incapable de s'en sortir, 10-Est une victime, 11-A des problèmes avec son enfant, 12-A des difficultés maritales ou avec son partenaire amoureux, 13-Devient dépressif sans raison apparente
- Composante <u>expériences traumatisantes</u>: 14-A souffert d'abus physiques ou sexuels dans son enfance, 15-A été violé, 16-Découvre qu'un être aimé a une maladie incurable, 17-Découvre qu'il a une maladie incurable, 18-A des difficultés sexuelles
- Composante <u>privations affectives</u>: 19-A une vie monotone, 20-S'ennui, 21-Pense négativement, 22-Est seul, manque d'amis et se sent isolé, 23-A eu une enfance misérable, 24-A une mauvaise santé, 25-A des problèmes au travail
- Composante <u>image de soi négative</u> : 26-Devient vieux, 27-Souffre de tension prémenstruelle, 28-A peur de devenir gros ou se préoccupe de son poids, 29-Découvre qu'il est adopté
- Composante <u>perte interpersonnelle</u> : 30-A perdu son conjoint dans la mort, 31-A perdu un ami ou un parent dans la mort, 32-Est divorcé ou séparé

Jorm,	Interventions thérapeutiques					
Christensen et al., 2000	- Composante <u>médicale</u> : 1-Antidépresseurs, 2-Analgésiques tels l'aspirine, la codéine ou la panadol, 3-Antibiotiques, 4-Pilules pour dormir, 5-Antipsychotiques, 6-Tranquiliseurs tel que valium, 7-Être admis au service psychiatrique d'un hôpital, 8-Se soumettre à un traitement par électrochocs - Composante <u>psychologique</u> : 1-Conseiller psychologique, 2-Conseil psychologique, 3-Travailleur social, 4-Soutien téléphonique, 5-Psychiatre, 6-Psychologue, 7-Psychothérapie, 8-Hypnose					
Jorm et al.,	Causes					
1997	1-Problèmes quotidiens, 2-Événements traumatisants, 3-Mort récente d'un parent ou d'un ami proche, 4-Problèmes dans l'enfance, 5-Personne nerveuse, 6-Virus ou infection, 7-Faible caractère, 8-Hérité ou génétique, 9-Allergie					
Jorm,	Interventions thérapeutiques					
Medway et al., 2000	Les mêmes que celles se retrouvant dans les trois composantes de Jorm, Christensen et al., 2000, plus 1-Médecin généraliste ou de famille, 2-Pharmacien, 3-Le clergé, un pasteur ou un curé, 4-Lire à propos de personnes ayant des problèmes similaires et comment ils ont composé avec ceux-ci, 5-Suivre des cours de relaxation de gestion de stress, de méditation ou de yoga, 6-Cesser de prendre de l'alcool, 7-Prendre un verre d'alcool occasionnellement pour relaxer, 8-Entreprendre un diète ou éviter certains aliments, 9-Diminuer ses engagements					
Kirk et al.,	Interventions thérapeutiques					
1999	1-Traitement médicamenteux, 2-Traitement par électrochocs, 3-Psychanalyse, 4-Thérapie cognitive					
Kuyken et	Causes					
al., 1992	1-Biologiques / médicales : biochimiques, hormonales ou génétiques					
	2-Réponse à une perte majeure (santé, statut, travail)					
	3-Deuil (perte d'un être aimé, fin d'une relation)					
	4-Désirs, espoirs, ambitions non-atteints					
	5-Réponse au stress (de court-terme ou chronique)					
	6-Réponse à des événements de vie / expériences traumatisantes					
	7-Isolement, solitude, support social pauvre					
	8-Difficultés / Pertes dans l'enfance					
	9-Types de personnalité vulnérable					
	Interventions thérapeutiques					
	1-Traitement médicamenteux, 2-Traitement par électrochocs, 3-Psychanalyse, 4-Thérapie cognitive, 5-Intervention sociale					

Lauber et	Causes					
al., 2003	1-Difficultés avec sa famille ou son partenaire amoureux, 2-Stress occupationnel, 3-Stress non-spécifié, 4-Événements traumatisants, 5-Trouble dépressif, 6-Maladie non-spécifiée, 7-Problèmes financiers, 8-Isolement, 9-L'époque contemporaine, 10-Être sans emploi, 11-Pas de réponse, 12-Phobie, 13-Désordre organique, 14-Mésusage d'une substance, 15-Influences sociales négatives, 16-Événements de l'enfance, 17-Frustration, 18-Hérédité, 19-Maladie mentale, 20-Influences naturelles / environnementales, 21-Trouble psychotique					
Matschinger	Causes					
& Angermeyer, 2003	1- Stress psychosocial : 1.1-Aigu : Événement de vie, 1.2-Chronique : Stress au travail					
2003	2- Socialisation : 2.1-Famille brisée, 2.2-Manque d'affection parentale					
	3- Facteurs biologiques : 3.1-Maladie du cerveau, 3.2-Hérédité					
	4- Facteurs intrapsychiques : 4.1-Manque de volonté, 4.2-Conflit inconscient					
	5- Comportement déviant : 5.1-Abus d'alcool, 5.2-Style de vie immoral					
Mulatu, 1999	Causes 1-Composante stress psychosocial (Se préoccuper excessivement, Perte d'un être aimé, Lésion au cerveau, Conflit avec la famille / la parenté, Trop d'études)					
	2-Composante <u>vengeance surnaturelle</u> (Punition de Dieu (Allah), Punition par des esprits, Condamnation ou sortilège d'un sorcier)					
	3-Composante <u>tare biomédicale</u> (Infection, Manque de nutriments essentiels, Autre maladie chronique, Abus ou négligence dans l'enfance)					
	4-Composante <u>privation socio-environnementale</u> (Appauvrissement des conditions de vie et de travail, Manque d'éducation)					
	Interventions thérapeutiques 1-Prière, 2-Eau bénite, 3-Médecines traditionnelles, 4-Guérisseurs traditionnels, 5-Médecines modernes, 6-Professionnels modernes, 7-Soin maisons / familiaux					
Özmen et al., 2003	Revue introuvable. Le résumé montre que Facteurs socio-environnementaux et Faible personnalité ont été utilisés en tant que catégories de causes.					
Srinivasan et al., 2003	Causes 1-Anormalité biologique (déséquilibre chimique ou hormonal) 2-Génétique					
	3-Style cognitif (façon d'évaluer ou de penser mes expériences)					
	4-Personnalité ou tempérament					
	5-Stress ou événements de vie négatifs					
	6-Déséquilibre énergétique					
	7-Perte de spiritualité ou de la foi en Dieu					
	8-Relations dysfonctionnelles ou malsaines					
	9-Style de vie malsain (mauvaise alimentation ou manque d'exercice, par exemple)					

## APPENDICE B

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

- B.1 Formulaire de consentement destiné aux patients
- B.2 Formulaire de consentement destiné aux professionnels

# UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

## Formule d'informations et de consentement - patients

Titre du projet de recherche : Les représentations sociales de la dépression et de ses enjeux : comparaisons d'intervenants et de patients et relations avec l'état dépressif.

Chercheure responsable : Catherine Garnier, directrice du GEIRSO, UQAM Chercheur principal : Philippe Tremblay, doctorant en psychologie, UQAM Collaboratrice : Valérie Touriman, psychiatre, hôpital Notre-Dame

### 1. Préambule

On vous demande de participer à un projet de recherche sur les représentations de la dépression. Avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Le présent document peut contenir des termes que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugez utiles au chercheur ou à ses adjoints pour clarifier.

## 2. Nature du projet de recherche et nature de la participation du sujet

Le projet de recherche vise à mieux comprendre les représentations de la dépression, c'est-à-dire les croyances, les attitudes, les idées ou les opinions qu'on peut se faire au sujet de la dépression et de son traitement. Des professionnels de la santé (des médecins et des psychologues) et des personnes atteintes de dépression participent à cette étude. Plusieurs milieux hospitaliers de la région de Montréal ont été retenus. Le nombre de participants minimal visé pour cette recherche, en incluant tous les milieux, est de 240 personnes (60 patients, 60 psychologues, 60 omnipraticiens et 60 psychiatres). C'est une recherche qui s'étale sur deux ans, la première année consistant à amasser les données nécessaires et la seconde à analyser et interpréter les données.

Votre participation à cette recherche impliquera de répondre à un questionnaire d'une durée approximative d'une vingtaine de minutes. Les questions exigent simplement de cocher une case ou de fournir une réponse de quelques mots. Il vous sera demandé de remplir ce questionnaire à 3 reprises, à raison de 4 semaines d'intervalle. Nous vous demanderons également de répondre par les 3 mêmes occasions à un court inventaire mesurant l'état dépressif. Ces deux questionnaires pourront être remplis à votre domicile. Des enveloppes préaffranchies vous seront envoyées avec les questionnaires pour faciliter leur retour.

## 3. Bénéfices, risques et inconvénients

### Les bénéfices

Vous ne recevrez pas de compensation financière pour votre participation. Il se peut que vous ne retiriez aucun bénéfice personnel de votre participation à cette étude. Toutefois, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances dans ce domaine et devraient permettre de mieux orienter les interventions futures au sujet de la dépression.

## Risques et inconvénients

Le principal désagrément possible de votre participation est le temps qu'elle nécessite pour remplir et retourner les questionnaires par la poste, c'est-à-dire un maximum de deux heures, en tout. Si certaines réponses à l'inventaire de l'état dépressif présentent une urgence (risque suicidaire) à communiquer au médecin ou au psychologue qui assure votre suivi, elles lui seront transmises par téléphone, à moins d'indications contraires de votre part. En cas de besoin, vous êtes invités à consulter le médecin ou le psychologue auprès de qui vous êtes actuellement suivis (ou un autre professionnel le remplaçant au sein du service).

#### 4. Confidentialité

Les renseignements contenus dans les questionnaires seront utilisés que par les responsables nommés au début du présent formulaire et aux seules fins énoncées dans ce formulaire. Il est cependant possible que le comité d'éthique du CSSS du Sud de Lanaudière ait accès aux données aux fins de surveillance et de suivi. La confidentialité des informations contenues dans les questionnaires sera assurée par l'utilisation de codes numériques. Ainsi, l'identité des participants demeurera inconnue. Les questionnaires complétés seront déposés dans un classeur sous clé et conservés un maximum de 7 ans suivant la fin de la recherche. Ils seront ensuite déchiquetés.

#### 5. Liberté de consentement et liberté de se retirer

Votre participation est tout à fait volontaire et vous êtes totalement libre de participer ou non au présent projet de recherche. De plus, vous êtes libre, en tout temps, de vous retirer du projet sans pénalité, sans que cela ne nuise à vos relations avec votre médecin et/ou avec votre psychologue et sans que la qualité des soins que vous recevez n'en soit affectée. Si vous vous retirez du projet ou que vous fournissez des informations incomplètes, les données reçues seront utilisées pour la recherche, à moins d'indications contraires de votre part.

## 6. Identification des personnes-ressources

Chercheur principal: Philippe Tremblay, doctorant en psychologie, UQAM

Téléphone: 514-987-3000 poste: 7641

Courrier électronique : tremblay.philippe@uqam.ca

Chercheure responsable: Catherine Garnier, directrice du GEIRSO, UQAM

Téléphone: 514-987-3000 poste: 4071

Courrier électronique : garnier.catherine@uqam.ca

Collaboratrice: Valérie Tourjman, psychiatre, hôpital Notre-Dame

Courrier électronique : stourjman@hotmail.com

### Consentement

Je déclare avoir lu le présent formulaire de consentement, particulièrement quant à la nature de ma participation au projet de recherche. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Je consens librement et volontairement à participer à ce projet.

Le fait de répondre au(x) questionnaire(s) sera considéré comme votre consentement à votre participation à cette étude. Votre signature n'est donc pas requise. En donnant votre consentement, vous ne renoncez à aucun de vos droits légaux ni ne libérez le chercheur ou l'hôpital de leur responsabilité civile et professionnelle à votre endroit.

Toute modification au protocole et/ou au formulaire de consentement doit être approuvée par le comité d'éthique de la recherche.

# UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

## Formule d'informations et de consentement - professionnels

Titre du projet de recherche : Les représentations sociales de la dépression et de ses enjeux : comparaisons d'intervenants et de patients et relations avec l'état dépressif.

Chercheure responsable : Catherine Garnier, directrice du GEIRSO, UQAM Chercheur principal : Philippe Tremblay, doctorant en psychologie, UQAM Collaboratrice : Valérie Touriman, psychiatre, hôpital Jean-Talon

### 1. Préambule

On vous demande de participer à un projet de recherche sur les représentations de la dépression. Avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Le présent document peut contenir des termes que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugez utiles au chercheur ou à ses adjoints pour clarifier.

## 2. Nature du projet de recherche et nature de la participation du sujet

Le projet de recherche vise à mieux comprendre les représentations de la dépression, c'est-à-dire les croyances, les attitudes, les idées ou les opinions qu'on peut se faire au sujet de la dépression et de ses différents moyens d'intervention. Des professionnels de la santé (des médecins et des psychologues) et des personnes atteintes de dépression participent à cette étude. Plusieurs milieux hospitaliers de la région de Montréal ont été ciblés. Le nombre de participants minimal visé pour cette recherche, en incluant tous les milieux, est de 240 (60 patients, 60 psychologues, 60 omnipraticiens et 60 psychiatres). C'est une recherche qui s'étale sur deux ans, la première année consistant à amasser les données nécessaires et la seconde à analyser et interpréter les données.

Votre participation à cette recherche impliquera de répondre à un questionnaire d'une durée approximative d'une vingtaine de minutes. Les questions exigent simplement de cocher une case ou de fournir une réponse de quelques mots. Des enveloppes préaffranchies vous seront envoyées avec les questionnaires pour faciliter leur retour.

## 3. Bénéfices, risques et inconvénients

### Les bénéfices

Vous ne recevrez pas de compensation financière pour votre participation. Il se peut que vous ne retiriez aucun bénéfice personnel de votre participation à cette étude. Toutefois, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances dans ce domaine et devraient permettre de mieux orienter les interventions futures au sujet de la dépression.

## Risques et inconvénients

Le principal désagrément possible de votre participation est le temps qu'elle nécessite pour remplir et retourner le questionnaire par la poste, c'est-à-dire un peu plus d'une vingtaine de minutes.

### 4. Confidentialité

Les renseignements contenus dans les questionnaires seront utilisés que par les responsables nommés au début du présent formulaire et aux seules fins énoncées dans ce formulaire. Il est cependant possible que le comité d'éthique du CSSS du Cœurde-l'île ait accès aux données aux fins de surveillance et de suivi. La confidentialité des informations contenues dans les questionnaires sera assurée par l'utilisation de codes numériques. Ainsi, l'identité des participants demeurera inconnue. Les questionnaires complétés seront déposés dans un classeur sous clé et conservés un maximum de 7 ans suivant la fin de la recherche. Ils seront ensuite déchiquetés.

### 5. Liberté de consentement et liberté de se retirer

Votre participation est tout à fait volontaire et vous êtes totalement libre de participer ou non au présent projet de recherche. De plus, vous êtes libre, en tout temps, de vous retirer du projet sans pénalité. Si vous vous retirez du projet ou que vous fournissez des informations incomplètes, les données reçues seront utilisées pour la recherche, à moins d'indications contraires de votre part.

## 6. Identification des personnes-ressources

Chercheur principal: Philippe Tremblay, doctorant en psychologie, UQAM

Téléphone: 514-987-3000 poste: 2916

Courrier électronique : tremblay.philippe@uqam.ca

Chercheure responsable: Catherine Garnier, directrice du GEIRSO, UQAM

Téléphone: 514-987-3000 poste: 4071

Courrier électronique : garnier.catherine@uqam.ca

Collaboratrice: Valérie Tourjman, psychiatre, hôpital Jean-Talon

Courrier électronique : stourjman@hotmail.com

#### Consentement

Je déclare avoir lu le présent formulaire de consentement, particulièrement quant à la nature de ma participation au projet de recherche. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Je consens librement et volontairement à participer à ce projet.

Le fait de répondre au(x) questionnaire(s) sera considéré comme votre consentement à votre participation à cette étude. Votre signature n'est donc pas requise. En donnant votre consentement, vous ne renoncez à aucun de vos droits légaux ni ne libérez le chercheur ou l'hôpital de leur responsabilité civile et professionnelle à votre endroit.

Toute modification au protocole et/ou au formulaire de consentement doit être approuvée par le comité d'éthique de la recherche.

## APPENDICE C

## INSTRUMENTS DE MESURE

- C.1 Questionnaire principal, destiné aux patients
- C.2 Questionnaire principal, destiné aux professionnels (à titre d'exemple : omnipraticiens)
- C.3 Questionnaire principal, destiné aux étudiants
- C.4 Inventaire de l'état dépressif Beck

# Université du Québec à Montréal

Questionnaire destiné aux patients et portant sur :

- 1- les causes et les traitements de la dépression
- 2- les enjeux de la dépression et de son traitement

Les questions posées exigent de cocher ou d'énoncer une très courte réponse.

Nous estimons que l'ensemble du questionnaire se complète en *une vingtaine de minutes*.

Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. C'est VOTRE point de vue qui nous intéresse. S.V.P. répondez le plus honnêtement possible.

Lorsque vous l'aurez complété, nous apprécierions que vous le retourniez dans l'enveloppe préadressée et préaffranchie ci-jointe.

Nous vous garantissons l'anonymat de vos réponses et demeurons disponibles pour tout éclaircissement supplémentaire.

Vous pouvez contacter:

Philippe Tremblay, chercheur principal de cette étude,
au 514-987-3000, poste 4697 ou par courriel: tremblay.philippe@uqam.ca

Votre collaboration nous est très précieuse et nous vous remercions chaleureusement de l'attention que vous portez à ce questionnaire

# Première partie : les causes et les traitements de la dépression

1.1- Selon vous, quelle est l'importance de chacune des causes suivantes dans VOTRE dépression

a op	Pas du tout			t important				Très importar			
		1	2	3	4	5	6	7			
1.	Le stress										
2.	Une mauvaise hygiène de vie (activité physique, sommeil, habitudes alimentaires, etc.)										
3.	Avoir une personnalité vulnérable										
4.	Une séparation ou la perte d'un être cher										
5.	Les expériences traumatisantes (viol, abus, violence, accident, etc.)										
6.	L'isolement, la solitude, le manque de soutien										
7.	Les facteurs de société (matérialisme, performance, etc.)										
8.	Avoir des problèmes d'alcool ou de drogue										
9.	Les difficultés financières										
10.	Les pensées négatives (se culpabiliser, être exigeant(e) envers soi-même, se préoccuper à propos de son corps, etc.)										
11.	Des difficultés liées aux conditions de travail										
12.	L'hérédité, les facteurs biologiques ou hormonaux										
13.	Avoir eu une enfance difficile / avoir manqué d'amour parental					1					
14.	La perte ou le manque de spiritualité ou de foi en Dieu										
15.	Les conflits et difficultés dans les relations avec les autres										
16.	Avoir des espoirs non-satisfaits, des ambitions non-atteintes, de la frustration										
17.	La volonté de Dieu ou autre force surnaturelle										
18.	Les conflits psychologiques inconscients										

Précisez
1.3.1- Pour quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que votre principal intervenant actuel (médecin ou psychologue avec qui vous avez un suiviprésentement) aurait répondu le plus différemment de vous ? Écrivez les numéros de 3 énoncés :
1.3.2- Pour quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que votre principal intervenant actuel (médecin ou psychologue) aurait répondu le plus comme vous ? Écrivez les numéros de 3 énoncés :
1.3.3- Pour quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que votre entourage proche aurait répondu le plus différemment de vous ? Écrivez les numéros de 3 énoncés :
1.3.4- Pour quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que votre entourage proche aurait répondu le plus comme vous ? Écrivez les numéros de 3 énoncés :

2.1- Selon vous, quelle est l'utilité de chacune des interventions suivantes pour VOUS remettre de VOTRE dépression ?

	Pas du	tou	tout utile				Très util		
		1	2	3	4	5	6	7	
1.	Réorganiser sa vie (changer de travail, déménager, mettre fin à de vieilles relations)			14 11	٠				
2.	Faire de l'activité physique, adopter des habitudes alimentaires saines								
3.	Suivre un traitement aux antidépresseurs								
4.	Apprendre à se relaxer, séances de massothérapie, méditation / yoga								
5.	Suivre une psychothérapie								
6.	Prier Dieu, pratiquer une religion								
7.	Se divertir (regarder un film, écouter de la musique, sortir, magasiner, etc.)								
8.	Changer d'apparence physique								
9.	Être suivi par un professionnel de la santé (médecin, psychologue ou autre)								
10.	Diminuer sa charge de travail, prendre des vacances								
11.	Accroître son estime personnelle, sa confiance en soi								
12.	Développer ses habiletés relationnelles								
13.	Passer du temps avec des amis, des proches								
14.	Lire sur la dépression et son traitement								
15.	Se confier à une personne de confiance								
16.	Consommer des produits naturels, vitamines ou minéraux								
17.	S'engager dans de nouvelles activités, se fixer de nouveaux buts								

2.2- Y a-t-il d'autres interventions que vous considérez utiles face à VOTRE dépression ? Précisez
2.3.1- Pour quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que votre principal intervenant actuel (médecin ou psychologue) aurait répondu le plus différemment de vous ? Écrivez les numéros de 3 énoncés :
2.3.2- Pour quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que votre principal intervenant actuel (médecin ou psychologue) aurait répondu le plus comme vous ? Écrivez les numéros de 3 énoncés :
2.3.3- Pour quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que votre entourage proche aurait répondu le plus différemment de vous ? Écrivez les numéros de 3 énoncés :
2.3.4- Pour quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que votre entourage proche aurait répondu le plus comme vous ? Écrivez les numéros de 3 énoncés :

3.1-Selon vous, quelle est l'importance de chacune des causes suivantes dans LA dépression en général ?

	Pas du tout	imp	ortai <b>←</b>	nt	Très import				
		1	2	3	4	5	6	7	
1.	Le stress								
2.	Une mauvaise hygiène de vie (activité physique, sommeil, habitudes alimentaires, etc.)								
3.	Avoir une personnalité vulnérable						3		
4.	Une séparation ou la perte d'un être cher								
5.	Les expériences traumatisantes (viol, abus, violence, accident, etc.)								
6.	L'isolement, la solitude, le manque de soutien								
7.	Les facteurs de société (matérialisme, performance, etc.)								
8.	Avoir des problèmes d'alcool ou de drogue								
9.	Les difficultés financières								
10.	Les pensées négatives (se culpabiliser, être exigeant(e) envers soi-même, se préoccuper à propos de son corps, etc.)								
11.	Des difficultés liées aux conditions de travail								
12.	L'hérédité, les facteurs biologiques ou hormonaux								
13.	Avoir eu une enfance difficile / avoir manqué d'amour parental								
14.	La perte ou le manque de spiritualité ou de foi en Dieu								
15.	Les conflits et difficultés dans les relations avec les autres								
16.	Avoir des espoirs non-satisfaits, des ambitions non-atteintes, de la frustration								
17.	La volonté de Dieu ou autre force surnaturelle								
18.	Les conflits psychologiques inconscients					24			

3.2- Y a-t-il d	l'autres causes que vous considérez importantes ? Précisez
	uels énoncés de la liste précédente estimez-vous que les <b>psychologues</b> ndu le plus <b>différemment</b> de vous ? Écrivez les numéros de 3 énoncés :
	quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que les <b>psychiatres</b> ndu le plus <b>différemment</b> de vous ? Écrivez les numéros de 3 énoncés :
	quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que les <b>médecins</b> auraient répondu le plus <b>différemment</b> de vous ? Écrivez les numéros :

4.1-Selon vous, quelle est l'utilité de chacune des interventions suivantes pour se remettre de LA dépression ?

	Pas du	tou	tout utile				Très uti →		
		1	2	3	4	5	6	7	
1.	Réorganiser sa vie (changer de travail, déménager, mettre fin à de vieilles relations)								
2.	Faire de l'activité physique, adopter des habitudes alimentaires saines								
3.	Suivre un traitement aux antidépresseurs								
4.	Apprendre à se relaxer, séances de massothérapie, méditation / yoga								
5.	Suivre une psychothérapie								
6.	Prier Dieu, pratiquer une religion								
7.	Se divertir (regarder un film, écouter de la musique, sortir, magasiner, etc.)								
8.	Changer d'apparence physique								
9.	Être suivi par un professionnel de la santé (médecin, psychologue ou autre)								
10.	Diminuer sa charge de travail, prendre des vacances								
11.	Accroître son estime personnelle, sa confiance en soi								
12.	Développer ses habiletés relationnelles								
13.	Passer du temps avec des amis, des proches								
14.	Lire sur la dépression et son traitement								
15.	Se confier à une personne de confiance								
16.	Consommer des produits naturels, vitamines ou minéraux								
17.	S'engager dans de nouvelles activités, se fixer de nouveaux buts								

4.2- Y a-t-il d'autres interventions que vous considérez utiles ? Précisez
4.3.1- Pour quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que les <b>psychologues</b> auraient répondu le plus <b>différemment</b> de vous ? Écrivez les numéros de 3 énoncés :
4.3.2- Pour quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que les psychiatres auraient répondu le plus différemment de vous ? Écrivez les numéros de 3 énoncés :
4.3.3- Pour quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que les médecins généralistes auraient répondu le plus différemment de vous ? Écrivez les numéros de 3 énoncés :

#### Deuxième partie : les enjeux de la dépression et de son traitement

I- Selon IMS HEALTH, le nombre annuel de consultations relatives à la dépression a presque doublé au Canada depuis 1994. La dépression constitue maintenant le troisième diagnostic le plus fréquemment posé, derrière l'hypertension artérielle et tout juste derrière le diabète (IMS Health Canada). Ainsi, il semble que les gens consultent de plus en plus au sujet d'une dépression.

	Pa	s du	du tout				Beaucou →		
		1	2	3	4	5	6	7	
1.	Le vieillissement de la population								
2.	L'instabilité plus grande des familles, les séparations plus fréquentes des couples, l'éclatement des familles								
3.	Il y a moins de tabous entourant la dépression / elle est mieux acceptée								
4.	La dépression est davantage utilisée comme fourre- tout pour toute sorte de malaise								
5.	La diminution générale de l'activité physique								
6.	De plus en plus de gens demandent un arrêt de travail à l'aide du diagnostic de dépression								
7.	L'efficacité des antidépresseurs est davantage reconnue								
8.	L'instabilité plus grande du milieu de travail					,			
9.	Les nouveaux antidépresseurs sont perçus comme causant moins d'effets secondaires								
10.	Les facteurs biologiques de la dépression sont davantage reconnus								
11.	La plus faible présence de la religion								
12.	Une augmentation de facteurs environnementaux nocifs (toxines, pesticides, aliments moins sains)								
13.	Le soutien social, familial est moins présent / la société est davantage individualiste								
	Le mode de vie de notre société est plus stressant / pressions sociales de performance sont plus présentes								

		s uu	tou-							
		1	2	3	4	5	6	7		
15.	La perte générale du contact à la nature									
16.	L'efficacité des psychothérapies pour la dépression est davantage reconnue									
17.	Les patients sont plus informés sur la dépression et savent davantage la reconnaître									
18.	Les gens sont plus dépressifs									
19.	Le seuil de tolérance envers les symptômes dépressifs est plus faible									
20.	Les médecins sont plus informés sur la dépression et savent davantage la reconnaître									
21.	Les gens se préoccupent davantage de leur santé mentale									
22.	La société est davantage matérialiste et les valeurs humaines sont davantage négligées									
23.	Les compétences des médecins sont davantage reconnues									

5.2- Y a-t-il d'autres raisons que vous c	onsidérez importantes ? Précisez
---	----------------------------------

5.3.1- Pour quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que les **psychologues** auraient répondu le plus **différemment** de vous ? Écrivez les numéros de 3 énoncés :

5.3.2- Pour quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que les **psychiatres** auraient répondu le plus **différemment** de vous ? Écrivez les numéros de 3 énoncés :

5.3.3- Pour quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que les médecins généralistes auraient répondu le plus différemment de vous ? Écrivez les numéros de 3 énoncés :

## II- Selon IMS HEALTH toujours, depuis 1999, le nombre annuel de prescriptions d'antidépresseurs a presque doublé au Canada.

	Pa	s du	tou	Beaucouj				
		1	2	3	4	5	6	7
1.	La société est plus consommatrice						0.00	
2.	Les causes biologiques de la dépression sont davantage reconnues							
3.	Il y a plus de dépressifs							
4.	Le traitement de la dépression par antidépresseurs est relativement moins cher						1 12 1	
5.	Les nouveaux antidépresseurs présentent moins d'effets d'interaction indésirables avec d'autres médicaments							
6.	Les patients demandent davantage des antidépresseurs							
7.	Les nouveaux antidépresseurs causent moins d'effets secondaires							
8.	Un plus grand manque de temps chez les médecins							
9.	Les consultations pour une dépression sont plus fréquentes							
10.	Les antidépresseurs sont davantage préférés à la psychothérapie							
11.	Les antidépresseurs sont plus efficaces							
12.	Les antidépresseurs s'appliquent à une plus grande diversité de troubles							
13.	Les agences pharmaceutiques sont davantage persuasives							
14.	La pression de performer est plus grande							

6.2- Y a-t-il d'autres raisons que vous considérez importantes ? Précisez
6.3.1- Pour quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que les <b>psychologues</b> auraient répondu le plus <b>différemment</b> de vous ? Écrivez les numéros de 3 énoncés :
6.3.2- Pour quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que les psychiatres auraient répondu le plus différemment de vous ? Écrivez les numéros de 3 énoncés :
6.3.3- Pour quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que les <b>médecins généralistes</b> auraient répondu le plus <b>différemment</b> de vous ? Écrivez les numéros de 3 énoncés :

# III- La non-observance (le non-respect des indications du médecin, du pharmacien) vis-à-vis les traitements antidépresseurs est un problème important souligné par plusieurs études.

		Pas (	s du tout						Beauco			
			1	2	3	4	5	6	7			
1.	Les difficultés liées à la posologie / à la fréquence de la prise des antidépresseurs	le										
2.	La négligence / l'oubli											
3.	La non-acceptation de la maladie / le déni											
4.	Une confiance insuffisante vis-à-vis le médecin											
5.	L'influence de l'entourage											
6	Les médecines alternatives								9000			
7.	Les patients ne font pas confiance à l'efficacité des antidépresseurs											
8.	Le manque de temps des médecins											
9.	L'efficacité tardive (délai d'action) des antidépresseurs, l'absence d'efficacité immédiate											
10.	La pensée magique vis-à-vis les antidépresseurs											
11.	Les effets secondaires des antidépresseurs											
12.	Le désir de vouloir se traiter sans antidépresseurs						22					
13.	Le coût des antidépresseurs				58		1025					
14.	Le manque d'explication de la part du médecin											
15.	Le manque de suivi, de surveillance											
16.	La cessation du traitement aux antidépresseurs dès qu'un soulagement apparaît											
17.	La crainte de la dépendance aux antidépresseurs / d'être obligé de prendre des antidépresseurs sur ur longue période	ne										
18.	L'abus des antidépresseurs											

7.2- Y a-t-il d'autres raisons que vous considérez importantes ? Précisez
7.3.1- Pour quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que les <b>psychologues</b> auraient répondu le plus <b>différemment</b> de vous ? Écrivez les numéros de 3 énoncés :
7.3.2- Pour quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que les <b>psychiatres</b> auraient répondu le plus <b>différemment</b> de vous ? Écrivez les numéros de 3 énoncés :
7.3.3- Pour quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que les <b>médecins généralistes</b> auraient répondu le plus <b>différemment</b> de vous ? Écrivez les numéros de 3 énoncés :

# Pour terminer, nous aimerions connaître quelques données concernant votre situation

1. En plus de votre dépression, avez-vous d'autres conditions médicales (diabète, problème de thyroïde, cancer, hypertension, etc.) ? S.V.P. précisez.
2. Avez-vous déjà fait une dépression auparavant ?
3. Avez-vous déjà présenté un trouble psychologique autre qu'une dépression ?  Oui Non Non
4. Est-ce qu'un membre de votre entourage proche a déjà reçu un diagnostic de dépression ?
Oui Non
5. Votre âge : ans
6. Votre état civil : célibataire en couple divorcé(e) veuf(ve)
7. Nombre d'enfants à charge (de moins de 18 ans) :
8. Vous êtes : une femme un homme
9. Votre occupation principale :
10. Le niveau de scolarité le plus élevé que vous ayez complété :
primaire secondaire collégial universitaire

11. Votre revenu familial brut annuel se situe:
entre 0 et 15 000 \$ entre 15 001 et 30 000 \$
entre 30 001 et 45 000 \$ entre 45 001 et 60 000 \$
entre 60 001 et 75 000 \$ entre 75 001 et 90 000\$
plus de 90 000 \$
Cochez la ou les case(s) qui correspond(ent) à votre situation :
12. Je suis présentement suivi(e) par un(e) psychologue
Son nom:  L'information demeurera confidentielle
L'information demeurera confidentielle
À quelle fréquence le(la) voyez-vous ?
1 fois par semaine 1 fois par 2 semaines 1 fois par mois
Autre :
13. Je suis présentement suivi(e) par un(e) psychiatre
Son nom:  L'information demeurera confidentielle
À quelle fréquence le(la) voyez-vous?
1 fois par semaine 1 fois par 2 semaines 1 fois par mois
Autre :
14. Je suis présentement suivi(e) par un(e) médecin généraliste (non-spécialiste en santé mentale)
Son nom:
L'information demeurera confidentielle
À quelle fréquence le(la) voyez-vous ?
1 fois par semaine 1 fois par 2 semaines 1 fois par mois
Autre:

15. Si vous avez coché plus d'une réponse parmi les numéros 12, 13 et 14, entourez votre intervenant principal selon-vous, c'est-à-dire celui qui vous assure le suivi le plus important.								
16. Je poursuis présentement une psychothérapie								
17. Face à ma dépression, je prends actuellement des médicaments Lesquels ?								
18. Date d'aujourd'hui:								
Commentaires généraux :								

Merci de votre précieuse collaboration !

### Université du Québec à Montréal

Questionnaire destiné aux omnipraticiens et portant sur :

- 1- les causes et les traitements de la dépression
- 2- les enjeux de la dépression et de son traitement

Les questions posées exigent de cocher ou d'énoncer une très courte réponse.

Nous estimons que l'ensemble du questionnaire se complète en *une vingtaine de minutes*.

Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. C'est VOTRE point de vue qui nous intéresse. S.V.P. répondez le plus honnêtement possible.

Lorsque vous l'aurez complété, nous apprécierions que vous le retourniez dans l'enveloppe préadressée et préaffranchie ci-jointe.

Nous vous garantissons l'anonymat de vos réponses et demeurons disponibles pour tout éclaircissement supplémentaire.

Vous pouvez contacter:
Philippe Tremblay, chercheur principal de cette étude,
au 514-987-3000, poste 4697 ou par courriel: <a href="mailto:tremblay.philippe@uqam.ca">tremblay.philippe@uqam.ca</a>

Votre collaboration nous est très précieuse et nous vous remercions chaleureusement de l'attention que vous portez à ce questionnaire

### Première partie : les causes et les traitements de la dépression

1.1-Selon vous, quelle est **l'importance** de chacune des causes suivantes dans la dépression ?

	Pas du tout important					Très importa					
		1	2	3	4	5	6	7			
1.	Le stress							1050			
2.	Une mauvaise hygiène de vie (activité physique, sommeil, habitudes alimentaires, etc.)										
3.	Avoir une personnalité vulnérable		12.								
4.	Une séparation ou la perte d'un être cher		84.								
5.	Les expériences traumatisantes (viol, abus, violence, accident, etc.)										
6.	L'isolement, la solitude, le manque de soutien										
7.	Les facteurs de société (matérialisme, performance, etc.)										
8.	Avoir des problèmes d'alcool ou de drogue										
9.	Les difficultés financières										
10.	Les pensées négatives (se culpabiliser, être exigeant(e) envers soi-même, se préoccuper à propos de son corps, etc.)										
11.	Des difficultés liées aux conditions de travail			,							
12.	L'hérédité, les facteurs biologiques ou hormonaux										
13.	Avoir eu une enfance difficile / avoir manqué d'amour parental										
14.	La perte ou le manque de spiritualité ou de foi en Dieu										
15.	Les conflits et difficultés dans les relations avec les autres										
16.	Avoir des espoirs non-satisfaits, des ambitions non-atteintes, de la frustration										
17.	La volonté de Dieu ou autre force surnaturelle										
18.	Les conflits psychologiques inconscients										

1.2- Y a-t-il d'autres causes que vous considérez importantes ? Précisez
1.3.1- Pour quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que les <b>psychologues</b> auraient répondu le plus <b>différemment</b> de vous ? Écrivez les numéros de 3 énoncés :
1.3.2- Pour quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que les psychiatres auraient répondu le plus différemment de vous ? Écrivez les numéros de 3 énoncés :
1.3.3- Pour quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que les personnes atteintes de dépression auraient répondu le plus différemment de vous ? Écrivez les
numéros de 3 énoncés :

2.1-Selon vous, quelle est **l'utilité** de chacune des interventions suivantes pour se remettre de la dépression ?

	Pas du	tout utile						Très utile →		
		1	2	3	4	5	6	7		
1.	Réorganiser sa vie (changer de travail, déménager, mettre fin à de vieilles relations)									
2.	Faire de l'activité physique, adopter des habitudes alimentaires saines									
3.	Suivre un traitement aux antidépresseurs									
4.	Apprendre à se relaxer, séances de massothérapie, méditation / yoga									
5.	Suivre une psychothérapie									
6.	Prier Dieu, pratiquer une religion									
7.	Se divertir (regarder un film, écouter de la musique, sortir, magasiner, etc.)									
8.	Changer d'apparence physique		STILLS							
9.	Être suivi par un professionnel de la santé (médecin, psychologue ou autre)									
10.	Diminuer sa charge de travail, prendre des vacances									
11.	Accroître son estime personnelle, sa confiance en soi			4						
12.	Développer ses habiletés relationnelles									
13.	Passer du temps avec des amis, des proches									
14.	Lire sur la dépression et son traitement									
15.	Se confier à une personne de confiance				- 1					
16.	Consommer des produits naturels, vitamines ou minéraux									
17.	S'engager dans de nouvelles activités, se fixer de nouveaux buts									

2.2- Y a-t-il d'autres interventions que vous considérez utiles ? Précisez
2.3.1- Pour quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que les <b>psychologues</b> auraient répondu le plus <b>différemment</b> de vous ? Écrivez les numéros de 3 énoncés :
2.3.2- Pour quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que les psychiatres auraient répondu le plus différemment de vous ? Écrivez les numéros de 3 énoncés :
2.3.3- Pour quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que les <b>personnes</b> atteintes de dépression auraient répondu le plus différemment de vous ? Écrivez les numéros de 3 énoncés :

#### Deuxième partie : les enjeux de la dépression et de son traitement

I- Selon IMS HEALTH, le nombre annuel de consultations relatives à la dépression a presque doublé au Canada depuis 1994. La dépression constitue maintenant le troisième diagnostic le plus fréquemment posé, derrière l'hypertension artérielle et tout juste derrière le diabète (IMS Health Canada). Ainsi, il semble que les gens consultent de plus en plus au sujet d'une dépression.

	Pa	ıs du	tou ←	t		Beaucoup			
		1	2	3	4	5	6	7	
1.	Le vieillissement de la population								
2.	L'instabilité plus grande des familles, les séparations plus fréquentes des couples, l'éclatement des familles								
3.	Il y a moins de tabous entourant la dépression / elle est mieux acceptée								
4.	La dépression est davantage utilisée comme fourre- tout pour toute sorte de malaise								
5.	La diminution générale de l'activité physique								
6.	De plus en plus de gens demandent un arrêt de travail à l'aide du diagnostic de dépression								
7.	L'efficacité des antidépresseurs est davantage reconnue								
8.	L'instabilité plus grande du milieu de travail								
9.	Les nouveaux antidépresseurs sont perçus comme causant moins d'effets secondaires								
10.	Les facteurs biologiques de la dépression sont davantage reconnus					0.000			
11.	La plus faible présence de la religion								
12.	Une augmentation de facteurs environnementaux nocifs (toxines, pesticides, aliments moins sains)								
13.	Le soutien social, familial est moins présent / la société est davantage individualiste								
	Le mode de vie de notre société est plus stressant / pressions sociales de performance sont plus présentes								

	Pa	s du	tou		Beaucou <sub>]</sub>				
		1	2	3	4	5	6	7	
15.	La perte générale du contact à la nature								
16.	L'efficacité des psychothérapies pour la dépression est davantage reconnue								
17.	Les patients sont plus informés sur la dépression et savent davantage la reconnaître								
18.	Les gens sont plus dépressifs								
19.	Le seuil de tolérance envers les symptômes dépressifs est plus faible								
20.	Les médecins sont plus informés sur la dépression et savent davantage la reconnaître								
21.	Les gens se préoccupent davantage de leur santé- mentale						,	60.33	
22.	La société est davantage matérialiste et les valeurs humaines sont davantage négligées								
23.	Les compétences des médecins sont davantage reconnues								

3.2- Y a-t-il d'autres raisons que vous considérez importantes ? Précisez

3.3.1- Pour quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que les **psychologues** auraient répondu le plus **différemment** de vous ? Écrivez les numéros de 3 énoncés :

3.3.2- Pour quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que les **psychiatres** auraient répondu le plus **différemment** de vous ? Écrivez les numéros de 3 énoncés :

3.3.3- Pour quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que les **personnes** atteintes de dépression auraient répondu le plus différemment de vous ? Écrivez les numéros de 3 énoncés :

## II- Selon IMS HEALTH toujours, depuis 1999, le nombre annuel de prescriptions d'antidépresseurs a presque doublé au Canada.

		Pas (	s du tout					Beauc			
			1	2	3	4	5	6	7		
1.	La société est plus consommatrice										
2.	Les causes biologiques de la dépression sont davantage reconnues				N=N=	- 50					
3.	Il y a plus de dépressifs										
4.	Le traitement de la dépression par antidépresseurs e relativement moins cher	st									
5.	Les nouveaux antidépresseurs présentent moins d'effets d'interaction indésirables avec d'autres médicaments										
6.	Les patients demandent davantage des antidépresseurs	7.00					4.5				
7.	Les nouveaux antidépresseurs causent moins d'effe secondaires	ts									
8.	Un plus grand manque de temps chez les médecins										
9.	Les consultations pour une dépression sont plus fréquentes										
10.	Les antidépresseurs sont davantage préférés à la psychothérapie										
11.	Les antidépresseurs sont plus efficaces										
12.	Les antidépresseurs s'appliquent à une plus grande diversité de troubles										
13.	Les agences pharmaceutiques sont davantage persuasives				Cary						
14.	La pression de performer est plus grande										

4.2- Y a-t-il d'autres raisons que vous considérez importantes ? Précisez
4.3.1- Pour quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que les psychologues auraient répondu le plus différemment de vous ? Écrivez les numéros de 3 énoncés :
4.3.2- Pour quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que les psychiatres auraient répondu le plus différemment de vous ? Écrivez les numéros de 3 énoncés :
4.3.3- Pour quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que les <b>personnes</b> atteintes de dépression auraient répondu le plus différemment de vous ? Écrivez les numéros de 3 énoncés :

# III- La non-observance (le non-respect des indications du médecin, du pharmacien) vis-à-vis les traitements antidépresseurs est un problème important souligné par plusieurs études.

	Pas	du to	1 2 3 4				Beau →	coup
		1	2	3	4	5	6	7
1.	Les difficultés liées à la posologie / à la fréquence de la prise des antidépresseurs							a.
2.	La négligence / l'oubli							
3.	La non-acceptation de la maladie / le déni				31010			
4.	Une confiance insuffisante vis-à-vis le médecin							
5.	L'influence de l'entourage							
6.	Les médecines alternatives							
7.	Les patients ne font pas confiance à l'efficacité des antidépresseurs							
8.	Le manque de temps des médecins							
9.	L'efficacité tardive (délai d'action) des antidépresseurs, l'absence d'efficacité immédiate							
10.	La pensée magique vis-à-vis les antidépresseurs							
11.	Les effets secondaires des antidépresseurs							
12.	Le désir de vouloir se traiter sans antidépresseurs							
13.	Le coût des antidépresseurs							
14.	Le manque d'explication de la part du médecin							
15.	Le manque de suivi, de surveillance							
16.	La cessation du traitement aux antidépresseurs dès qu'un soulagement apparaît							
17.	La crainte de la dépendance aux antidépresseurs / d'être obligé de prendre des antidépresseurs sur une longue période							
18.	L'abus des antidépresseurs							

## Pour terminer, nous aimerions connaître quelques données concernant votre situation

1. Présentez-vous de thyroïde, cancer, hyp		_	nères (diabète, problème de précisez.
Oui	Non	, ,	
2. Avez-vous déjà re	çu un diagnos Non	stic de dépression	majeure au cours de votre vie ?
3. Avez-vous déjà pr Oui	ésenté un trou Non	ible psychologiqu	e autre qu'une dépression?
4. Est-ce qu'un men dépression ? Oui	nbre de votre e	entourage proche	a déjà reçu un diagnostic de
5. Votre âge :	ans		
6. Votre état civil :	célibataire	en couple	divorcé(e) veuf(ve)
7. Vous êtes:	une femme		un homme

8. Selon vos estimations, dépression majeure?	combien de vos patients (c	lients) sont atteints d'une
0 %	entre 1 et 10 %	entre 11 et 20 %
entre 21 et 30 %	entre 31 et 40 %	entre 41 et 50 %
entre 51 et 60 %	entre 61 et 70 %	entre 71 et 80 %
entre 81 et 90 %	entre 91 et 100 %	
9. Quelle recommandation dépressifs ?	on donnez-vous le plus fréq	uemment à ces patients
	on donnez-vous le plus fréq	uemment à ces patients
	on donnez-vous le plus fréq	uemment à ces patients
dépressifs ?		uemment à ces patients
dépressifs ?		uemment à ces patients
		uemment à ces patients

Merci de votre précieuse collaboration !

### Université du Québec à Montréal

Questionnaire destiné aux étudiants et portant sur :

- 1- les causes et les traitements de la dépression
- 2- les enjeux de la dépression et de son traitement

Les questions posées exigent de cocher ou d'énoncer une très courte réponse.

Nous estimons que l'ensemble du questionnaire se complète en *une vingtaine de minutes*.

Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. C'est VOTRE point de vue qui nous intéresse. S.V.P. répondez le plus honnêtement possible.

Nous vous garantissons l'anonymat de vos réponses et demeurons disponibles pour tout éclaircissement supplémentaire.

Vous pouvez contacter:

Philippe Tremblay, chercheur principal de cette étude,
au 514-987-3000, poste 4697 ou par courriel: tremblay.philippe@uqam.ca

Votre collaboration nous est très précieuse et nous vous remercions chaleureusement de l'attention que vous portez à ce questionnaire

### Première partie : les causes et les traitements de la dépression

1.1-Selon vous, quelle est **l'importance** de chacune des causes suivantes dans la dépression?

	Pas du tou	t imp	<b>4</b>			Très importan				
		1	2	3	4	5	6	7		
1.	Le stress		e .				-			
2.	Une mauvaise hygiène de vie (activité physique, sommeil, habitudes alimentaires, etc.)									
3.	Avoir une personnalité vulnérable									
4.	Une séparation ou la perte d'un être cher									
5.	Les expériences traumatisantes (viol, abus, violence, accident, etc.)									
6.	L'isolement, la solitude, le manque de soutien				26					
7.	Les facteurs de société (matérialisme, performance, etc.)									
8.	Avoir des problèmes d'alcool ou de drogue									
9.	Les difficultés financières									
10.	Les pensées négatives (se culpabiliser, être exigeant(e) envers soi-même, se préoccuper à propos de son corps, etc.)									
11.	Des difficultés liées aux conditions de travail						.<765			
12.	L'hérédité, les facteurs biologiques ou hormonaux									
13.	Avoir eu une enfance difficile / avoir manqué d'amour parental									
14.	La perte ou le manque de spiritualité ou de foi en Dieu									
15.	Les conflits et difficultés dans les relations avec les autres									
16.	Avoir des espoirs non-satisfaits, des ambitions non-atteintes, de la frustration									
17.	La volonté de Dieu ou autre force surnaturelle									
18.	Les conflits psychologiques inconscients									

1.2- Y a-t-il d'autres causes que vous considérez importantes ? Précisez
1.3.1- Pour quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que les médecins généralistes auraient répondu le plus différemment de vous ? Écrivez les numéros de 3 énoncés :
1.3.2- Pour quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que les <b>psychiatres</b> auraient répondu le plus <b>différemment</b> de vous ? Écrivez les numéros de 3 énoncés :
1.3.3- Pour quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que les <b>psychologue</b> auraient répondu le plus <b>différemment</b> de vous ? Écrivez les numéros de 3 énoncés :
1.3.4- Pour quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que les <b>personne</b> atteintes de dépression auraient répondu le plus différemment de vous ? Écrivez le numéros de 3 énoncés :

2.1-Selon vous, quelle est **l'utilité** de chacune des interventions suivantes pour se remettre de la dépression ?

	Pas du	tou	t uti	Très utile →				
		1	2	3	4	5	6	7
1.	Réorganiser sa vie (changer de travail, déménager, mettre fin à de vieilles relations)							
2.	Faire de l'activité physique, adopter des habitudes alimentaires saines							
3.	Suivre un traitement aux antidépresseurs							
4.	Apprendre à se relaxer, séances de massothérapie, méditation / yoga							
5.	Suivre une psychothérapie			-335				
6.	Prier Dieu, pratiquer une religion							
7.	Se divertir (regarder un film, écouter de la musique, sortir, magasiner, etc.)							
8.	Changer d'apparence physique							
9.	Être suivi par un professionnel de la santé (médecin, psychologue ou autre)							
10.	Diminuer sa charge de travail, prendre des vacances							
11.	Accroître son estime personnelle, sa confiance en soi							
12.	Développer ses habiletés relationnelles							
13.	Passer du temps avec des amis, des proches							
14.	Lire sur la dépression et son traitement							
15.	Se confier à une personne de confiance							
16.	Consommer des produits naturels, vitamines ou minéraux							
17.	S'engager dans de nouvelles activités, se fixer de nouveaux buts							

2.2- Y a-t-il d'autres interventions que vous considérez utiles ? Précisez
2.3.1- Pour quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que les <b>médecir généralistes</b> auraient répondu le plus <b>différemment</b> de vous ? Écrivez les numéro de 3 énoncés :
2.3.2- Pour quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que les <b>psychiatre</b> auraient répondu le plus <b>différemment</b> de vous ? Écrivez les numéros de 3 énoncés
2.3.3- Pour quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que les psychologue auraient répondu le plus différemment de vous ? Écrivez les numéros de 3 énoncés
2.3.4- Pour quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que les <b>personne</b> atteintes de dépression auraient répondu le plus différemment de vous ? Écrivez le numéros de 3 énoncés :

#### Deuxième partie : les enjeux de la dépression et de son traitement

I- Selon IMS HEALTH, le nombre annuel de consultations relatives à la dépression a presque doublé au Canada depuis 1994. La dépression constitue maintenant le troisième diagnostic le plus fréquemment posé, derrière l'hypertension artérielle et tout juste derrière le diabète (IMS Health Canada). Ainsi, il semble que les gens consultent de plus en plus au sujet d'une dépression.

	Pa	s du	du tout ←				Beaucoup >			
		1	2	3	4	5	6	7		
1.	Le vieillissement de la population									
2.	L'instabilité plus grande des familles, les séparations plus fréquentes des couples, l'éclatement des familles									
3.	Il y a moins de tabous entourant la dépression / elle est mieux acceptée									
4.	La dépression est davantage utilisée comme fourre- tout pour toute sorte de malaise									
5.	La diminution générale de l'activité physique									
6.	De plus en plus de gens demandent un arrêt de travai à l'aide du diagnostic de dépression	1								
7.	L'efficacité des antidépresseurs est davantage reconnue									
8.	L'instabilité plus grande du milieu de travail									
9.	Les nouveaux antidépresseurs sont perçus comme causant moins d'effets secondaires									
10.	Les facteurs biologiques de la dépression sont davantage reconnus									
11.	La plus faible présence de la religion									
12.	Une augmentation de facteurs environnementaux nocifs (toxines, pesticides, aliments moins sains)									
13.	Le soutien social, familial est moins présent / la société est davantage individualiste									
	Le mode de vie de notre société est plus stressant / pressions sociales de performance sont plus présentes									

	Pàs	s du	tou		Beaucou  6 7			
		1	2	3	4	5	6	7
15.	La perte générale du contact à la nature							
16.	L'efficacité des psychothérapies pour la dépression est davantage reconnue							
17.	Les patients sont plus informés sur la dépression et savent davantage la reconnaître					12		
18.	Les gens sont plus dépressifs							
19.	Le seuil de tolérance envers les symptômes dépressifs est plus faible							
20.	Les médecins sont plus informés sur la dépression et savent davantage la reconnaître						- 2	
21.	Les gens se préoccupent davantage de leur santé mentale							
22.	La société est davantage matérialiste et les valeurs humaines sont davantage négligées							
23.	Les compétences des médecins sont davantage reconnues							

3.2- Y a-t-il d'autres raisons que vous considérez importantes ? Précisez

3.3.1- Pour quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que les **médecins généralistes** auraient répondu le plus **différemment** de vous ? Écrivez les numéros de 3 énoncés :

3.3.2- Pour quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que les **psychiatres** auraient répondu le plus **différemment** de vous ? Écrivez les numéros de 3 énoncés :

3.3.3- Pour quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que les **psychologues** auraient répondu le plus **différemment** de vous ? Écrivez les numéros de 3 énoncés :

3.3.4- Pour quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que les **personnes atteintes de dépression** auraient répondu le plus **différemment** de vous ? Écrivez les numéros de 3 énoncés :

## II- Selon IMS HEALTH toujours, depuis 1999, le nombre annuel de prescriptions d'antidépresseurs a presque doublé au Canada.

		Pas	du	tou	t	Beaucoup 				
			1	2	3	4	5	6	7	
1.	La société est plus consommatrice									
2.	Les causes biologiques de la dépression sont davantage reconnues									
3.	Il y a plus de dépressifs							5		
4.	Le traitement de la dépression par antidépresseurs relativement moins cher	est								
5.	Les nouveaux antidépresseurs présentent moins d'effets d'interaction indésirables avec d'autres médicaments									
6.	Les patients demandent davantage des antidépresseurs									
7.	Les nouveaux antidépresseurs causent moins d'effe secondaires	ets								
8.	Un plus grand manque de temps chez les médecins			1						
9.	Les consultations pour une dépression sont plus fréquentes									
10.	Les antidépresseurs sont davantage préférés à la psychothérapie									
11.	Les antidépresseurs sont plus efficaces									
12.	Les antidépresseurs s'appliquent à une plus grande diversité de troubles	e								
13.	Les agences pharmaceutiques sont davantage persuasives									
14.	La pression de performer est plus grande									

# III- La non-observance (le non-respect des indications du médecin, du pharmacien) vis-à-vis les traitements antidépresseurs est un problème important souligné par plusieurs études.

5.1- Selon vous, à quel point les raisons suivantes expliquent ce problème?

	Pas du tout			Beaucoup					
			4	W. 1076			>	•	
		1	2	3	4	5	6	7	
1.	Les difficultés liées à la posologie / à la fréquence de la prise des antidépresseurs								
2.	La négligence / l'oubli								
3.	La non-acceptation de la maladie / le déni								
4.	Une confiance insuffisante vis-à-vis le médecin								
5.	L'influence de l'entourage								
6.	Les médecines alternatives								
7.	Les patients ne font pas confiance à l'efficacité des antidépresseurs								
8.	Le manque de temps des médecins								
9.	L'efficacité tardive (délai d'action) des antidépresseurs, l'absence d'efficacité immédiate								
10.	La pensée magique vis-à-vis les antidépresseurs								
11.	Les effets secondaires des antidépresseurs								
12.	Le désir de vouloir se traiter sans antidépresseurs								
13.	Le coût des antidépresseurs								
14.	Le manque d'explication de la part du médecin								
15.	Le manque de suivi, de surveillance								
16.	La cessation du traitement aux antidépresseurs dès qu'un soulagement apparaît								
17.	La crainte de la dépendance aux antidépresseurs / d'être obligé de prendre des antidépresseurs sur une longue période								
18.	L'abus des antidépresseurs								

5.2- Y a-t-il d'autres raisons que vous considérez importantes ? Précisez
5.3.1- Pour quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que les médecins généralistes auraient répondu le plus différemment de vous ? Écrivez les numéros de 3 énoncés :
5.3.2- Pour quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que les psychiatres auraient répondu le plus différemment de vous ? Écrivez les numéros de 3 énoncés :
5.3.3- Pour quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que les <b>psychologue</b> auraient répondu le plus <b>différemment</b> de vous ? Écrivez les numéros de 3 énoncés :
5.3.4- Pour quels énoncés de la liste précédente estimez-vous que les <b>personne</b> atteintes de dépression auraient répondu le plus différemment de vous ? Écrivez le numéros de 3 énoncés :

# Pour terminer, nous aimerions connaître quelques données concernant votre situation

thyroïde, cancer, hypo	ertension, etc.			obleme de
Oui	Non			
2. Avez-vous déjà re	çu un diagnos	stic de dépression	majeure au cours	de votre vie ?
Oui	Non			
3. Avez-vous déjà pre	ésenté un trou	ble psychologiqu	e autre qu'une dé	pression?
Oui	Non			
4. Est-ce qu'un mem	bre de votre e	entourage proche	a déjà reçu un dia	gnostic de
dépression ?	,, []			
Oui	Non			
5. Votre âge :	ans			
6. Votre état civil :	célibataire	en couple	divorcé(e)	veuf(ve)
7. Vous êtes :	une femme		un homm	е

8. Votre revenu <u>familial brut annuel</u> se situ	ie:
entre 0 et 15 000 \$	entre 15 001 et 30 000 \$
entre 30 001 et 45 000 \$	entre 45 001 et 60 000 \$
entre 60 001 et 75 000 \$	entre 75 001 et 90 000\$
plus de 90 000 \$	
9. Quelle recommandation donnez-vous le dépressifs ?	plus fréquemment à ces patients
Commentaires généraux :	

Merci de votre précieuse collaboration !

### Inventaire de l'état dépressif - Beck<sup>1</sup>

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Adaptation française de Gauthier, Morin, Thériault et Lawson (1982)

4.	Je ne suis pas particulièrement mécontent(e).
	Je me sens «tanné(e)» la plupart du temps.
	Je ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant.
	Je n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit.
	Je suis mécontent(e) de tout.
-	T
5.	Je ne me sens pas particulièrement coupable.
	Je me sens souvent mauvais(e) ou indigne.
	Je me sens plutôt coupable.
	Je me sens mauvais(e) et indigne presque tout le temps.
	Je sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne.
6.	Je n'ai pas l'impression d'être puni(e).
	J'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver.
	Je sens que je suis ou serai puni(e).
	Je sens que je mérite d'être puni(e).
	Je veux être puni(e).
7.	Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même.
/ •	
	Je suis déçu(e) de moi-même.
	Je ne m'aime pas.
	Je suis dégoûté(e) de moi-même.
	Je me hais.
8.	Je ne sens pas que je suis pire que les autres.
	Je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs.
	Je me blâme pour mes fautes.

9.		Je n'ai aucune idée de me faire du mal.
		J'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrais pas à exécution.
		Je sens que je serais mieux mort(e).
		Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e).
		J'ai des plans bien définis pour un acte suicidaire.
		Je me tuerais si je le pouvais.
10.		Je ne pleure pas plus que d'habitude.
		Je pleure plus maintenant qu'auparavant.
		Je pleure tout le temps, maintenant. Je ne peux pas m'arrêter.
		Auparavant j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux.
11	. 🗆	Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude.
		Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire.
		Je me sens irrité(e) tout le temps.
		Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement.
12	. 🗆	Je n'ai pas perdu intérêt aux autres.
		Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant.
		J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux.
		J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout
13	. 🗆	Je prends des décisions aussi bien que jamais.
	-	J'essaie de remettre à plus tard mes décisions.
		J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions.
		Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout.

14. 🗌	Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant.
	Je m'inquiète de paraître vieux (vieille) et sans attrait.
	Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attrait.
	Je me sens laid(e) et répugnant(e).
15. 🗌	Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant.
	J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose.
	Je ne travaille pas aussi bien qu'avant.
	J'ai besoin de me pousser très fort pour faire quoi que ce soit.
	Je ne peux faire aucun travail.
16. 🗆	Je peux dormir aussi bien que d'habitude.
	Je me réveille plus fatigué(e) le matin que d'habitude.
	Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir.
	Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de 5 heures.
17. 🗆	Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
	Je me fatigue plus facilement qu'avant.
	Je me fatigue à faire quoi que ce soit.
	Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.
18. 🗌	Mon appétit est aussi bon que d'habitude.
	Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.
	Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.
	Je n'ai plus d'appétit du tout.

19. 🗌	Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu) dernièrement.
	J'ai perdu plus de 5 livres.
	J'ai perdu plus de 10 livres.
	J'ai perdu plus de 15 livres.
20. 🗌	Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude.
	Je suis préoccupé(e) par des maux et des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation.
	Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose.
	Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens.
21. 🗌	Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
	Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant.
	Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant.
	J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe.

#### RÉFÉRENCES

### (Introduction et discussion générales)

- Abric, J.-C. 1994. Pratiques sociales et représentations. Paris : PUF.
- Addis, M. E., et N. S. Jacobson. 1996. «Reasons for depression and the process and outcome of cognitive-behavioral psychotherapies». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 64, p. 1417-1424.
- American Psychiatric Association. 2003. DSM-IV-TR. Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles mentaux, 4ème édition, Texte révisé. Washington DC. Traduction française par J.-D. Guelfi et al. Paris: Masson.
- Angermeyer, M. C., et H. Matschinger. 1999. «Lay beliefs about mental disorders: a comparison between the western and the eastern parts of Germany». Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, vol. 34, no 5, p. 275-281.
- Antoni, M. H., J. M. Lehman, K. M. Kilbourn, A. E. Boyers, J. L. Culver, S. M. Alferi, S. E. Yount, B. A. McGregor, P. L. Arena, S. D. Harris, A. A. Price et C. S. Carver. 2001. «Cognitive-Behavioral Stress Management Intervention Decreases the Prevalence of Depression and Enhances Benefit Finding Among Women Under Treatment for Early-Stage Breast Cancer». Health Psychology, vol. 20, no 1, p. 20-32.
- Atkinson, D. R., R. L. Worthington, D. M. Dana et G. E. Good. 1991. «Etiology beliefs, preferences for counselling orientations, and counselling effectiveness». *Journal of Counseling Psychology*, no 38, p. 258-264.
- Bataille, M. 2000. «Représentation, implicitation, implication: des représentations sociales aux représentations profesionnelles». In Les représentations en éducation et formation, sous la dir. de C. Garnier et M. L. Rouquette, p. 165-189. Montréal: Éditions Nouvelles.
- Beach, S. R., F. D. Fincham et J. Katz. 1998. «Marital therapy in the treatment of depression: Toward a third generation of outcome research». *Clinical Psychology Review*, no 18, p. 635-661.
- Beck, M., H. Matschinger et M. C. Angermeyer. 2003. «Social representations of major depression in West and East Germany». Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, no 38, p. 520-525.
- Beck, A. T., R. A. Steer et M. G. Garbin. 1988. «Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation». *Clinical Psychology Review*, vol. 8, no 1, p. 77-100.
- Beck, A.T., C. H. Ward, M. Mendelson, J. Mock et J. Erbaugh. 1961. «An inventory for measuring depression». *Archives of General Psychiatry*, no 4, p. 561-571.
- Berner, M. M., L. Kriston, P. Sitta et M. Härter. 2008. «Treatment of depressive symptoms and attitudes towards treatment options in a representative German general

- population sample». International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, vol. 12, no 1, p. 5-10.
- Boyd, R. C., G.S. Diamond et J.N. Bourjolly. 2006. «Developing a Family-Based Depression Prevention Program in Urban Community Mental Health Clinics: A Qualitative Investigation». *Family Process*, vol. 45, no 2, p. 187-203.
- Bright, J. I., K. D. Baker et R. A. Neimeyer. 1999. «Professional and Paraprofessional Group Treatments for Depression: A Comparison of Cognitive-Behavioral and Mutual Support Interventions». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 67, no 4, p. 491-501.
- Bucci, K., C. Possidente et K. Talbot. 2003. «Strategies to improve medication adherence in patients with depression». *American Journal of Health-System Pharmacy*, no 60, p. 2601-2605.
- Bull, S. A., X. H. Hu, E. M. Hunkeler, J. Y. Lee, E. E. Ming, L. E. Markson et B. Fireman. 2002. «Discontinuation of use and switching of anti-depressants: Influence of patient-physician communication». *JAMA*, no 288, p. 1403-1409.
- Bultman, D. C., et B. L. Svarstad. 2000. «Effects of physician communication style on client medication beliefs and adherence with antidepressant treatment». *Patient Education and Counseling*, no 40, p. 173-185.
- Cacioppo, J., L. Hawkley et R. Thisted. 2010. «Perceived Social Isolation Makes Me Sad: 5-Year Cross-Lagged Analyses of Loneliness and Depressive Symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study». *Psychology and Aging*, vol. 25, no 2, p. 453–463.
- Caldwell, T. M., et A. F. Jorm. 2001. «Mental health nurses' beliefs about likely outcomes for people with schizophrenia or depression: A comparison with the public and other healthcare professionals». Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing, no 10, p. 42-54.
- Chakraborty, K., A. Avasthi, S. Kumar et S. Grover. 2009. «Attitudes and beliefs of patients of first episode depression towards antidepressants and their adherence to treatment». Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, vol. 44, no 6, p. 482-488.
- Çirakoğlu, O. C., D. Kökdemir et K. Demirutku. 2003. «Lay theories of causes of and cures for depression in a turkish university sample». *Journal of Social Behavior and Personality*, vol. 31, no 8, p. 795-806.
- Clémence, A., W. Doise et F. Lorenzi-Cioldi. 1994. «Prises de position et principes organisateurs des représentations sociales». In *Structures et transformations des représentations sociales*, sous la dir. de C. Guimelli, p. 119-152. Neuchâtel : Delachaux et Niestlé.
- Colla, J., S. Buka, D. Harrington et J. M. Murphy. 2006. «Depression and modernization: A cross-cultural study of women». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 41, no 4, p. 271-279.
- Cui, X., et G. E. Vaillant. 1996. «The antecedents and consequences of negative life events in adulthood: A longitudinal study». *American Journal of Psychiatry*, no 153, p. 21-26.

- Delgado, P. L. 2000. «Approaches to the Enhancement of Patient Adherence to Antidepressant Medication Treatment». *Journal of Clinical Psychiatry*, no 61 (suppl 2), p. 6-9.
- Demyttenaere, K., et P. Haddad. 2000. «Compliance with antidepressant therapy and antidepressant discontinuation symptoms». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, suppl 403, p. 50-56.
- Doise, W. 1992. «L'ancrage dans les études sur les représentations sociales». Bulletin de psychologie, XLV, no 405, p. 189-195.
- Doise, W. 1990. «Les représentations sociales». In *Traité de psychologie cognitive, Tome 3*, sous la dir. de R. Ghiglione, C. Bonnet et J.-F. Richards, p. 111-174. Paris: Dunod.
- Doise, W. 1989. «Attitudes et représentations sociales». In Les représentations sociales, sous la dir. de D. Jodelet, p. 220-238. Paris: Presses Universitaires de France.
- Doise, W. 1986. «Les représentations sociales: définition d'un concept». In L'étude des représentations sociales, sous la dir. de W. Doise et A. Palmonari, p. 81-94. Genève: Delachaux & Nieslé.
- Doise, W., A. Clémence et F. Lorenzi-Cioldi. 1992. Représentations sociales et analyses de données. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.
- Downing-Orr, K. 1998. Rethinking depression: Why current treatments fail. New York: Plenum Press.
- Edwardsa, R., R. Suresha, S. Lyncha, P. Clarksona et P. Stanley. 2001. «Illness perceptions and mood in chronic fatigue syndrome». *Journal of Psychosomatic Research*, no 50, p. 65-68.
- Ehrenberg, A. 1998. La Fatigue d'être soi : dépression et société. Odile Jacob.
- Emanuels-Zuurveen, L., et P. M. Emmelkamp. 1996. «Individual behavioral-cognitive therapy vs. marital therapy for depression in martially distressed couples». *British Journal of Psychiatry*, no 169, p. 181-188.
- Feldman, L. A., et I. H. Gotlib. 1993. «Social dysfunction». In *Symptoms of depression*, sous la dir. de C. G. Costello, p. 85-112. New York: John Wiley and Sons, Inc.
- Fennell, M. J. V., et J. D. Teasdale. 1987. «Cognitive therapy for depression: Individual differences and the process of change». *Cognitive Therapy and Research*, no 11, p. 253-271.
- Firth, J., et C. R. Brewin. 1982. «Attributions and recovery from depression: A preliminary study using cross-lagged correlation analysis». *British Journal of Clinical Psychology*, no 21, p. 229-230.
- Flament, C. 1981. «L'analyse de similitude : une technique pour l'étude des représentations sociales». Cahiers de Psychologie Cognitive, no 1, p. 375-395.
- Flament, C. 1994. «Structure, dynamique et transformation des représentations». In *Pratiques sociales et représentations*, sous la dir. de J.-C. Abric, p. 37-57. Paris: PUF.

- Flament, C., et M.-L. Rouquette. 2003. Anatomie des idées ordinaires. Comment étudier les représentations sociales. Paris: Armand Colin.
- Fraser, C. 1994. «Attitudes, social representations and widespread beliefs». *Papers on social représentations*, vol. 3, no 1, p. 1-13.
- Furnham, A., et W. Kuyken. 1991. «Lay theories of depression». *Journal of Social Behavior and Personality*, no 6, p. 329-342.
- Gaffié, B., et P. Marchand. 2001. «Dynamique représentationelle et idéologie». In La dynamique des représentations sociales, sous la dir. de P. Moliner, p. 195-244. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.
- Garnier, C. 2004. La chaîne des médicaments. Programme des grands travaux de recherche concertée. Conseil de Recherche en Sciences Humaines du Canada.
- Garnier, C. 2002. Les formes de la pensée sociale. Paris: PUF.
- Garnier, C. 2001. Systèmes de représentations et de pratiques éducatives liées à la prescription et à l'observance. Conseil Québécois de la Recherche Sociale.
- Garnier, C., et J. J. Lévy. 2007. «La chaîne des médicaments et les représentations sociales : comment traiter de la complexité». In Représentations sociales sur la santé, la maladie et les médicaments : Perspectives interdisciplinaires et interculturelles, sous la dir. de P. Scheibler-Meissner, p. 23-58. Hamburg, Berlin, London, Wien : LIT Verlag, Verlag für wissenschaftliche Literatur.
- Garnier, C., F. Dufort, L. Beaulac-Baillargeon, L. Marinacci, M. Quesnel, M. St-Jean, P. Tremblay, J. Patenaude, C. Bonenfant et P. Pourrain, 2005. Systèmes de représentations sociales et de pratiques éducatives liées à la prescription et à l'observance des antibiotiques, des anti-inflammatoires et des antidépresseurs. Rapport de recherche produit dans le cadre des demandes de subvention CQRS SR-4321 et CRSH Progarmme grands Travaux de recherche concertée sur la chaîne des médicaments. ISBN: 412-2003-1005.
- Gauthier, J., C., C. Morin, F. Thériault et J. S. Lawson. 1982. «Adaptation française d'une mesure d'auto-évaluation de l'intensité de la dépression». Revue québécoise de psychologie, vol. 3, no 2, p. 13-27.
- Gérard, A. 2010. Dépression : la maladie du siècle. Paris: Albin Michel.
- Giddens, A. 1991. Modernity and self-identity. Cambridge: Polity Press.
- Gigling, M., C. Guimelli et J.-C. Penochet. 1996. «Les représentations sociales de la dépression chez des médecins: entre pratiques et normes». Textes sur les représentations sociales, vol. 5, no 1, p. 27-40.
- Gillham, J. E., A. J. Shatté et D. R. Freres. 2000. «Preventing depression: A review of cognitive-behavioral and family interventions». *Applied and Preventive Psychology*, vol. 9, no 2, p. 63-88.
- Goodwin, F.K., et K. R. Jamison. 1990. Suicide, in manic-depressive illness. New York: Oxford University Press.

- Grossen, M., et A.-N. Perret-Clermont. 1992. L'Espace thérapeutique : cadres et contextes. Neuchâtel: Delachaux & Niestlé.
- Guaiana, G., M. Andretta, L. Corbari, M. Mirandola, A. Sorio, B. D'Avanzo et C. Barbui. 2005. «Antidepressant drug consumption and public health indicators in Italy, 1955-2000». *Journal of Clinical Psychiatry*, no 66, p. 750-755.
- Hansson, M., J. Chotai et O. Bodlund. 2010. «Patients' beliefs about the cause of their depression». Journal of Affective Disorders, vol. 124, no 1, p. 54-59.
- Hemels, M., G. Koren et T. Einarson. 2002. «Increased use of antidepressants in Canada: 1981-2000». The Annals of Pharmacotherapy, no 36, p. 1375-1379.
- Hsu, M., W. Moyle, D. Creedy, L. Venturato, W. Ouyang et G. Sun. 2010. «Attitudes toward and education about complementary and alternative medicine among adult patients with depression in Taiwan». *Journal of Clinical Nursing*, vol. 19, no 7, p. 988-997.
- Hugo, M. 2001. «Mental health professionals' attitudes towards people who have experienced a mental health disorder». Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, no 8, p. 419-425.
- Hunot, V., R. Horne, M. Leese et R. Churchill. 2007. «A Cohort Study of Adherence to Antidepressants in Primary Care: The Influence of Antidepressant Concerns and Treatment Preferences». *Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 9, no 2, p. 91-99.
- IMS Health 2005. <a href="http://www.imshealth.com">http://www.imshealth.com</a> Communiqué de Presse intitulé La croissance des ordonnances exécutées par des pharmacies de détail ralentit en 2004. Dernière consultation: 14 août 2011.
- Ivancevich, J. M., M. T. Matteson, S. M. Freedman et J. S. Phillips. 1990. «Worksite stress management interventions». *American Psychologist*, vol. 45, no 2, p. 252-261.
- Jaspars, J. M. F., et C. Fraser. 1984. «Attitudes and social representations». In Social représentations, sous la dir. de R. M. Farr et S. Moscovici, p.101-123. Cambridge: CUP.
- Jodelet, D. 1992. «Connaître sans savoir et savoir prendre : un art populaire de l'emprise sur la folie». In *L'Espace thérapeutique : cadres et contextes*, sous la dir. de M. Grossen et A.-N. Perret-Clermont, p. 37-62. Neuchâtel: Delachaux & Niestlé.
- Jodelet, D. 1989. Les représentations sociales. Paris: Presses Universitaires de France.
- Jorm, A. F., H. Christensen, J. Medway, A. E. Korten, P. A., Jacomb et B. Rodgers. 2000. «Public beliefs about the helpfulness of interventions for depression: associations with history of depression and professional help-seeking». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, no 35, p. 211-219.
- Jorm, A. F., A. E. Korten, P. A. Jacomb, H. Christensen, B. Rodgers et P. Pollitt. 1997.
  «Public beliefs about causes and risk factors for depression and schizophrenia».
  Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, vol. 32, no 3, p. 143-148.
- Jorm, A. F., J. Medway, H. Christensen, A. E. Korten, P. A. Jacomb et B. Rodgers. 2000. «Public beliefs about the helpfulness of interventions for depression: effects on

- actions taken when experiencing anxiety and depression symptoms». Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, no 34, p. 619-626.
- Kennedy, G. J. 2005. «Psychotherapies and Other Psychosocial Interventions for Depression in Late Life: Innovation Through Hybridization». *Primary Psychiatry*, vol. 12, no 11, p. 19-23.
- Kessel, P., et J. McBrearty. 1967. «Values and psychotherapy: A review of the literature». Perceptual and Motor Skills, no 25, p. 669-690.
- Khan, T. M., S. A. S. Sulaiman, M. A. Hassali, M. Anwar, G. Wasif et A. H. Khan. 2010. «Community knowledge, attitudes, and beliefs towards depression in the state of Penang, Malaysia». *Community Mental Health Journal*, vol. 46, no 1, p. 87-92.
- Kirk, L., C. Brody, A. Solomon et D. A. F. Haaga. 1999. «Lay Theories concerning causes and treatment of depression». *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, vol. 17, no 4, p. 237-248.
- Klocek, J. W., J. M. Oliver et M. J. Ross. 1997. «The role of dysfunctional attitudes, negative life events, and social support in the prediction of depressive dysphoria: A prospective longitudinal study». Social Behavior and Personality, no 25, p. 123-136.
- Kopp, M. S., A. Stauder, G. Purebl, I. Janszky et A. Skrabski. 2008. «Work stress and mental health in a changing society». European Journal of Public Health, vol. 18, no 3, p. 238-244.
- Krause, M. 2002. «Social representations of psychological problems: contents and transformations». *Social Science Information*, vol. 41, no 4, p. 603-621.
- Kuyken, W., C. R. Brewin, M. J. Power et A. Furnham. 1992. «Causal beliefs about depression in depressed patients, clinical psychologists and lay persons». *British Journal of Medical Psychology*, no 65, p. 257-268.
- Langlois, S., et P. Morrison. 2002. «Suicides et tentatives de suicide». Rapports sur la santé, vol. 13, no 2, p. 9-25. Statistique Canada, Ottawa, no 82-003 au catalogue.
- Lauber, C., L. Falcato, C. Nordt et W. Rössler. 2003. «Lay beliefs about causes of depression». *Acta Neurologica Scandinavica*, vol. 108, suppl 418, p. 96-99.
- Leach, L., H. Christensen, A. J. Mackinnon, T. D. Windsor et P. Butterworth. 2008. «Gender differences in depression and anxiety across the adult lifespan: The role of psychosocial mediators». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 43, no 12, p. 983-998.
- Lecomte, C., M.-S. Drouin, R. Savard, R. et V. Guillon. 2004. «Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie». Revue québécoise de psychologie, vol. 25, no 3, p. 73-102.
- Leff, J., B. Alexander, E. Asen, C.R. Brewin, D. Dayson, S. Vearnals et G. Wolf. 2003. «Modes of action of family interventions in depression and schizophrenia: the same or different?». *Journal of family therapy*, no 25, p. 357-370.

- Lingam, R., et J. Scott. 2002. «Treatment non-adherence in affective disorders». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 105, no 3, p. 164–172.
- Lôo, H., et P. Lôo. 2000. La dépression. Collection Que sais-je ? Paris: PUF.
- Luborsky, L., M. Chandler, A.H. Auerbach, J. Cohen et H. M. Bachrach. 1971. «Factors influencing the outcome of psychotherapy: a review of quantitative research». *Psychological Bulletin*, vol. 75, no 3, p. 145-161.
- Manber, R., J. J. Allen et M. M. Morris. 2002. «Alternative treatments for depression: Empirical support and relevance to women». *Journal of Clinical Psychiatry*, vol 63, no 7, p. 628-640.
- Masand, P. 2003. «Tolerability and adherence issues in antidepressant therapy». Clinical Therapeutics, vol. 25, no 8, p. 2289-2304.
- Mathers, C. D., et D. Loncar. 2006. «Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030». *PLoS Medicine*, vol. 3, no 11, e442.
- Matschinger, H., et M. C. Angermeyer. 2003. «Public beliefs about schizophrenia and depression: similarities and differences». Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, no 38, p. 526-534.
- Mead, D. E. 2002. «Marital distress, co-occurring depression, and marital therapy: a review». Journal of Marital and Family Therapy, vol. 28, no 3, p. 299-314.
- Melling, B., et T. Houguet-Pincham. 2011. «Online peer support for individuals with depression: A summary of current research and future considerations». *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 34, no 3, p. 252-254.
- Mino, Y., A. Babazono, T. Tsuda et N. Yasuda. 2006. «Can Stress Management at the Workplace Prevent Depression? A Randomized Controlled Trial». *Psychotherapy and Psychosomatics*, vol. 75, no 3, p. 177-182.
- Mitchell, A., et T. Selmes. 2007. «Why don't patients take their medicine? Reasons and solutions in psychiatry». Advances in psychiatric treatment, no 13, p. 336-346.
- Moliner, P. 2001. La dynamique des représentations sociales. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.
- Moliner, P. 1993. «Cinq questions à propos des représentations sociales». Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, no 20, p. 5-14.
- Monroe, S. M., et R. A. Depue. 1991. «Life stress and depression». In *Psychosocial aspects of depression*, sous la dir. de J. Becker et A. Kleinman, p. 101-130. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Moscovici, S. 1992. «Présentation. Nouvelles voies en psychologie sociales». Bulletin de Psychologie, vol. 405, no 4, p. 137-143.
- Moscovici, S. 1988. «Notes towards a description of social representations». European Journal of Social Psychology, no 18, p. 211-250.
- Moscovici, S. 1976, 2<sup>e</sup> édition. La psychanalyse, son image et son public. Étude sur la représentation sociale de la psychanalyse. Paris: Presses Universitaires de France.

- Moscovici, S. 1973. «Foreword». In *Health and illness: a social psychological analysis*, sous la dir. de C. Herzlich. London: Academic Press.
- Moscovici, S. 1961. La psychanalyse, son image et son public. Paris: Presses Universitaires de France.
- Mugny, G., et F. Carugati. 1985. L'intelligence au pluriel: les représentations sociales de l'intelligence et de son développement. Cousset: Delval.
- Mulatu, M. S. 1999. «Perceptions of Mental and Physical Illnesses in North-western Ethiopia». *Journal of Health Psychology*, vol. 4, no 4, p. 531-549.
- Olfson, M., S. C. Marcus, B. Druss, L. Elinson, T. Tanielian et H. A. Pincus. 2002. «National trends in the outpatient treatment of depression». *Journal of the American Medical Association*, vol. 287, no 2, p. 203-209.
- Organisation mondiale de la santé. 2001. Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs. http://www.who.int/whr2001/2001/main/fr/index.htm
- Özmen, E., K. Ögel, C. Boratav, A. Sagduyu, T. Aker et D. Tamar. 2003. «The knowledge and attitudes of the public towards depression: an Istanbul population sample». *Turk Psikiyatri Dergisi*, vol. 14, no 2, p. 89-100.
- Parker, G., et H. Brotchie. 2010. «Gender differences in depression». *International Review of Psychiatry*, vol. 22, no 5, p. 429-436.
- Patten, S., et C. A. Beck. 2004. «Major depression and mental health care utilization in Canada: 1994-2000». Canadian Journal of Psychiatry, vol. 49, no 5, p. 303-309.
- Patten, S., et H. Juby. 2008. «Profil de la dépression clinique au Canada». Réseau des centres de données de recherche [enligne]. http://hdl.handle.net/1880/46454
- Peebles, J.E., et R. Moore. 1996. «Illness Schemata in Patients with Chronic Pain: Prediction of Rehabilitation». Abstracts of the XXVI International Congress of Psychology, 389.
- Peterson, A. M., L. Takiya et R. Finley. 2003. «Meta-analysis of trials of interventions to improve medication adherence». American Journal of Health System and Pharmacology, no 60, p. 657–665.
- Pfeiffer, P. N., M. Heisler, J. D. Piette, M. A. Rogers et M. Valenstein. 2011. «Efficacy of peer support interventions for depression: a meta-analysis». *General Hospital Psychiatry*, no 33, p. 29-36.
- Piaser, A. 1999. «Les représentations professionnelles à l'école. Particularités selon le statut : inspecteurs enseignants». Thèse de doctorat en sciences de l'éducation dirigée par M. Bataille, Université de Toulouse le Mirail.
- Pignarre, P. 2001. Comment la dépression est devenue une épidémie. Paris : La Découverte.
- Rajaratnam, J., P. O'Campo, M. Caughy et C. Muntaner. 2008. «The Effect of Social Isolation on Depressive Symptoms Varies by Neighborhood Characteristics: A Study of an Urban Sample of Women with Pre-School Aged Children». *International Journal of Mental Health and Addiction*, no 6, p. 464–475.

- Rouquette, M.-L. 1998. La communication sociale. Collection «Les Topos». Paris: Dunod.
- Rouquette M.-L. 1997. La chasse à l'immigré : violence, mémoire et représentations. Bruxelles: Mardaga.
- Saint-André, S., Y. Richard, A. Le Guen et A. Lazartigue. 2008. «Nouvelles familles, nouvelles personnalités de base: Nouvelles offres de soins?». Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, vol. 56, no 8, p. 494-505.
- Santé Canada. 2009. Votre santé et vous. Santé mentale la dépression. <a href="http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/diseases-maladies/depression-fra.php">http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/diseases-maladies/depression-fra.php</a>
- Scharloo, M., et A. Kaptein. 1997. «Measurement of illness perceptions in patients with chronic somatic illness: A review». In *Perceptions of health and illness: Current research and applications*, sous la dir. de K. J. Petrie et J. A. Weinman, p. 103-154. Amsterdam, Netherlands: Harwood Academic Publishers.
- Srinivasan, J., N. L. Cohen et S. V. Parikh. 2003. «Patient attitudes regarding causes of depression: Implications for psychoeducation». Canadian Journal of Psychiatry, vol. 48, no 7, p. 493-495.
- Teasdale, J. D. 1983. «Negative thinking in depression: Cause, effect or reciprocal relationship?». Advances in Behavior Research and Therapy, no 5, p. 3-25.
- Tennant, C. 2001. «Work-related stress and depressive disorders». *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 51, no 5, p. 697-704.
- Thoër-Fabre, C., C. Garnier et P. Tremblay. 2007. «Le médicament dans les sciences sociales». In La chaîne des médicaments : problèmes et enjeux, sous la dir. de J. Levy et C. Garnier, p. 19-84. Collection Santé et société, Presses de l'Université du Québec à Montréal.
- Thoër, C., J. Pierret et J. J. Levy. 2008. «Détournement, abus, dopage et automédication : quelques réflexions sur des pratiques d'utilisation du médicament hors avis médical». *Drogues santé et société*, vol. 7, no 1, p. 19-56.
- Thomas, W.I., et F. Znaniecki. 1918. The polish peasant in Europe and America, vol. I. Boston: Richard G. Badger.
- Tsouyopoulos, N. 1994. «Postmodernist Theory and the Physician-Patient Relationship». *Theoretical Medicine*, vol. 15, no 3, p. 267-275.
- Van der Klink, J.J., R. W. Blonk, A.H. Schene et F. J. van Dijk. 2001. «The benefits of interventions for work-related stress». American Journal of Public Health, vol. 91, no 2, p. 270-276.
- Wagner, W. 1995. «Description, explanation and method in social representation research». Papers on social représentations, vol. 4, no 2, p. 1-21.
- Weiner, B. 1986. An attributional theory of motivation and emotion. New York: Springer-Verlag.

- Yzerbyt, V., et G. Schadron. 1999. «Stéréotypes et jugement social». In *Stéréotypes, discrimination et relations intergroupes*, sous la dir. de R. Y. Bourhis et J.-P. Leyens, p. 127-160. Bruxelles : Éditions Mardaga.
- Zaghdoudi, L., A. El Moubarkim, S. Halayem, M. Ben Bechir et R. Labbane. 2009. «Relation entre styles d'attachement, perception du soutien social et dépression». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, vol. 167, no 9, p. 657-661.