

Études et Résultats

N° 577 • juin 2007

Classification des dépressifs selon leur type de recours aux soins

Selon l'enquête Santé mentale en population générale réalisée entre 1999 et 2003, 7,6% de la population souffrent d'un épisode dépressif gênant dans la vie de tous les jours. Les comportements de recours aux soins des personnes dépressives sont contrastés. Le premier type de distinction oppose les personnes dépressives qui se soignent et celles qui ne se soignent pas. Le second oppose celles qui recourent à des soins dans le domaine de la santé mentale et celles qui recourent à d'autres types de soins. Le troisième oppose celles qui recourent à des soins conventionnels et celles qui recourent aux médecines douces ou à des traitements «traditionnels».

Ces différents types de comportement dessinent huit groupes de malades. Un premier groupe rassemble les dépressifs ne se soignant pas (28%). Les groupes 2 et 3 (35%) se caractérisent par la consultation d'un professionnel de la santé (principalement le médecin généraliste) et la consommation de médicaments. Les groupes 4 et 5 (18%) recourent aux médecines douces. Le groupe 6 (5%) recourt à des traitements «traditionnels»: guérisseur, marabout ou autres. Enfin, les deux derniers groupes (15%) ont séjourné dans un hôpital psychiatrique, une clinique ou un hôpital général.

Thomas MORIN

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité
Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports
Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique

SELON l'enquête Santé mentale en population générale (SMPG), réalisée entre 1999 et 2003 (encadré 1), 7,6% de la population métropolitaine âgée de 18 à 75 ans souffraient d'un épisode dépressif provoquant une gêne dans la vie de tous les jours au cours des deux semaines précédant l'interrogation (encadré 2).

L'enquête permet de connaître le recours aux soins déclaré par les personnes souffrant d'un épisode dépressif. Ce recours correspond nécessairement à la période de l'épisode dépressif, mais il peut être aussi motivé par d'autres troubles psychiques, si ces troubles sont concomitants. En effet, dans bien des cas, il n'est pas possible de considérer les différents troubles diagnostiqués comme étant indépendants les uns des autres, et d'envisager séparément leurs causes, leur impact et les moyens d'y remédier.

L'enquête recense cinq grands types de recours aux soins : la consultation d'un professionnel, les séjours dans des structures de soins, la consommation de médicaments, le recours aux médecines douces et les traitements « traditionnels ». Elle prend aussi en compte les aides relationnelles dont la personne a bénéficié. Dans l'ensemble, six dépressifs sur dix consultent un professionnel de la santé et cinq sur dix consomment des médicaments. Par ailleurs, presque trois dépressifs sur dix utilisent des médecines douces et deux sur dix séjournent dans des structures de soins (tableau 1).

L'analyse des données permet de faire apparaître sur des axes synthétiques les oppositions et les associations repérées dans le rapport aux soins de la population étudiée (graphique 1), et de distinguer huit « groupes-types » de dépressifs (encadré 3).

Un dépressif sur quatre ne se soigne pas

La distinction la plus importante (premier axe) oppose l'ensemble des recours aux soins, qui sont corrélés entre eux de manière positive, et l'absence de recours aux soins. L'aide de la famille ou du conjoint,

ainsi que l'aide d'amis, de collègues ou d'autres proches, sont peu représentées sur cet axe. L'auto-corrélation des recours aux soins peut s'interpréter de la façon suivante : une fois qu'une personne a amorcé une démarche de soins pour son épisode dépressif, elle utilise le plus souvent conjointement des soins de nature différente. Par exemple, le fait de séjourner dans une structure spécialisée augmente la probabilité de rencontrer un professionnel de soins ou de consommer des médicaments. Inversement, une partie non négligeable de la population étudiée n'a recours à strictement aucune sorte de soins (hormis le soutien relationnel). Ces dépressifs sans recours aux soins forment le premier « groupe-type » de dépressifs (28%).

Les personnes de ce groupe n'ont ni consulté des professionnels, ni utilisé des médicaments ou des médecines douces, ni séjourné dans des structures de soins. Une partie d'entre elles déclarent cependant avoir reçu un soutien relationnel. L'aide de la famille ou du conjoint est inférieure à la moyenne de ce qui est constaté pour l'ensemble des dépressifs (38 % contre 48 %), tandis que l'aide d'amis, de collègues ou d'autres se situe dans la moyenne (47 % contre 49 %). Au total, 35 % des dépressifs de ce groupe n'ont déclaré aucun soutien relationnel, ceux-là n'ont donc reçu aucune aide au cours de leur épisode dépressif.

Le groupe des dépressifs sans recours aux soins est plutôt masculin (50 % contre 39 % dans l'ensemble de la population des dépressifs). Ils sont plus jeunes, plus diplômés et aussi plus fréquemment célibataires que la moyenne.

L'absence de recours s'explique en partie par un trouble moins lourd, avec une proportion moindre d'épisodes dépressifs sévères et une comorbidité¹ moins fréquente que dans les autres groupes. Ainsi, il s'agit du groupe pour lequel il y a le moins de troubles anxieux diagnostiqués (52 % contre 63 % en moyenne), et pour lequel la part des épisodes dépressifs isolés est la plus importante (19 % contre 14 % en moyenne). L'état de santé psychique relativement meilleur dans ce groupe s'accom-

1. Présence de plusieurs maladies ou affections chez une même personne à un même moment. Dans la présente étude, la comorbidité concerne des troubles psychiques ou des troubles dus à la consommation d'une substance psychoactive.

pagne d'un sentiment moindre d'être malade, déclaré par 29 % d'entre eux, contre 47 % par l'ensemble des dépressifs. Le fait de moins se sentir malade peut signifier que l'épisode dépressif est léger et s'apparente plus à un mal-être passager qu'à un trouble pathologique ; à l'inverse, les personnes de ce groupe peuvent aussi nier le trouble dont elles souffrent, et donc, ne se sentant pas malades, ne pas se soigner.

L'absence de recours aux soins est cohérente avec les représentations du groupe sur la « dépression », ses causes et les moyens d'y remédier. En effet, 35 % des dépressifs n'ayant pas recours aux soins

considèrent qu'il est possible de soigner un dépressif avec un traitement médicamenteux contre 45 % en moyenne. Dans le même sens, 48 % d'entre eux pensent qu'il est possible de soigner un dépressif sans médicaments (contre 41 %). En revanche, ils préconisent plus souvent que les autres le soutien relationnel pour soigner une dépression (46 % contre 40 %). Parmi les causes de la dépression, ils citent plus souvent le travail qu'une origine physique ou un événement de la vie et pensent plus fréquemment qu'un dépressif est responsable de sa dépression (37 % contre 28 %).

Un dépressif sur trois recourt principalement à un professionnel non spécialiste de la santé mentale et aux médicaments

L'analyse des données fait apparaître une seconde distinction (axe 2, graphique 1) opposant les dépressifs ayant recours aux soins spécialisés en santé mentale (consultation d'un professionnel de la santé mentale, séjour dans des structures spécialisées en santé mentale, psychothérapie) et ceux ayant recours à d'autres types de soins. Parmi ces derniers, le plus fréquent est la consultation d'un professionnel non spécialiste de la santé mentale : elle prédomine dans les deuxième et troi-

■ ENCADRÉ 1

L'enquête Santé mentale en population générale

L'enquête Santé mentale en population générale (SMPG) est réalisée par le centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la recherche et la formation en santé mentale et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Elle s'est déroulée sur 44 sites entre 1999 et 2003 en France métropolitaine et a permis la constitution d'un échantillon de 37 000 observations.

La présente étude s'appuie sur les quatre volets qui composent cette enquête :

1. Le questionnaire sur les représentations de la folie et de la maladie mentale est constitué de questions ouvertes et fermées sur les représentations associées aux termes de « folie », « maladies mentales » et « dépression ». Pour cette étude, nous avons plus particulièrement exploité les représentations des personnes ayant un épisode dépressif diagnostiqué sur les causes de la dépression et les possibilités de rémission, afin de déterminer comment ces représentations s'articulent avec le recours aux soins déclaré.

Il s'agit de la première partie du questionnaire, les réponses ne sont donc pas influencées par les questions ultérieures. Cependant, le fait de vivre un épisode dépressif et sa prise en charge éventuelle modifient les représentations sur ce trouble.

2. Un questionnaire diagnostique structuré, le Mini International Psychiatric Interview (Mini) permet de repérer les troubles psychiatriques selon les critères de la classification internationale des maladies de l'OMS, dixième version (CIM-10). Le Mini a servi à sélectionner les personnes souffrant d'un épisode dépressif. Pour la présente étude, une condition supplémentaire a été ajoutée (voir le quatrième volet sur les fiches complémentaires). Le Mini a en outre servi à repérer les autres troubles psychiques dont souffrent les dépressifs, susceptibles d'influencer leur recours aux soins.

3. Le questionnaire d'identification apporte des informations sur la situation économique, familiale et sociale des personnes interrogées. Une précédente étude avait montré que le risque de vivre un épisode dépressif était lié à cette situation (Leroux, Morin, 2006).

4. Enfin, lorsqu'une personne a un trouble diagnostiqué, une fiche complémentaire est remplie pour collecter des données sur le retentissement du trouble et le recours aux soins. Les fiches complémentaires peuvent se rapporter à plusieurs troubles si ceux-ci sont concomitants. Elles ont servi à identifier les dépressifs dont le trouble provoque une « gêne dans la vie de tous les jours ». C'est aussi dans ces fiches qu'apparaissent les questions sur le recours aux soins qui constituent le noyau de cette étude.

Limites méthodologiques

La méthode des quotas a été utilisée pour sélectionner un échantillon représentatif de la population générale sur chacun des sites où l'enquête s'est déroulée. En cas de refus d'une personne sollicitée, une autre personne était sélectionnée selon des critères d'inclusion prédéterminés (conformité de la structure sociodémographique de l'échantillon avec celle de la zone au recensement de 1999). Nous ne disposons donc pas d'informations exploitables sur les personnes ayant refusé de participer à l'enquête.

■ ENCADRÉ 2

Définitions

Épisode dépressif

Les épisodes dépressifs sont repérés à partir d'un entretien diagnostique structuré. Dans cette approche, les questions posées par les enquêteurs ont pour fonction de repérer des symptômes, à partir desquels un algorithme permet d'établir un diagnostic d'épisode dépressif.

Parmi les dix symptômes suivants, au moins quatre doivent exister depuis deux semaines, et deux des trois premiers doivent être présents :

- 1 : humeur dépressive, tristesse**
- 2 : perte d'intérêt pour les activités habituelles**
- 3 : fatigue ou perte d'énergie**
- 4 : trouble de l'appétit
- 5 : trouble du sommeil
- 6 : ralentissement ou agitation psychomotrice
- 7 : sentiment d'infériorité
- 8 : sentiment de culpabilité inappropriée
- 9 : difficultés de concentration
- 10 : idées noires. Pensée de mort

Gêne dans la vie de tous les jours

Le critère du retentissement social associé au trouble (« gêne dans la vie de tous les jours ») a été ajouté à partir de questions postérieures à l'entretien diagnostique, car il permet d'obtenir une définition de l'épisode dépressif proche de celle que l'on peut trouver dans d'autres enquêtes. Tous les dépressifs retenus dans notre étude déclarent cette gêne.

Épisode dépressif sévère

La sévérité de l'épisode dépressif dépend du nombre de symptômes repérés lors de l'entretien diagnostique structuré. Un épisode dépressif peut être léger, moyen ou sévère. La sévérité renseigne donc sur l'intensité du trouble, mais pas sur sa durée.

Trouble dépressif récurrent

Un trouble dépressif récurrent est caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs, avec des phases de rémission. Un trouble dépressif peut être récurrent sans être sévère.

sième «groupes-types» de dépressifs, rassemblant plus d'un tiers de la population étudiée. La part des personnes ayant consulté un professionnel non spécialisé dans la santé mentale est supérieure à 60% dans ces groupes, contre 38% pour l'ensemble des dépressifs, et 52% pour l'ensemble des recourants² (tableau 1).

Dans le groupe 2, le plus nombreux, aucun dépressif n'a séjourné pour les troubles envisagés dans un hôpital général, une clinique ou un hôpital psychiatrique : on peut donc supposer que le professionnel consulté est dans la plupart des cas un médecin généraliste. Parmi les personnes n'ayant pas recours à un professionnel «généraliste», la plupart déclarent consulter une personne spécialisée en santé mentale ou suivre une psychothérapie.

L'utilisation de médicaments psychotropes est fréquente. En tout, 77% des personnes de ce groupe consomment au moins un médicament parmi les antidépresseurs (46%), les anxiolytiques (40%) et les hypnotiques (17%). Pour 13% des personnes du groupe 2, la consommation de médicaments est le seul recours aux soins déclaré. Celle-ci correspond probablement à la prescription d'un médecin, dont la consultation serait antérieure à la période considérée.

Enfin, le recours à des médecines douces est rare (2%, uniquement de l'homéopathie). En outre, ces médecines sont toujours utilisées en complément d'autres soins : elles ne constituent jamais l'unique recours dans ce groupe.

La population du groupe 2 est plus âgée que la moyenne des dépressifs, avec moins de personnes de moins de 25 ans, et plus d'individus âgés de plus de 65 ans. En corollaire, le nombre de personnes mariées, veuves, divorcées ou séparées est plus élevé, et celui de célibataires moindre. Enfin, il y a un peu plus d'individus avec un niveau d'études primaire, ce qui va de pair avec une moyenne d'âge plus élevée.

La comorbidité est globalement moins répandue que pour l'ensemble des dépressifs, mais la part des personnes ayant un trouble anxieux, supérieure à 60%, est dans la moyenne. Celle des personnes avec

un trouble dépressif récurrent est légèrement inférieure à la moyenne.

Les représentations de la «dépression» sont conformes à la moyenne de celles des dépressifs. Pour les trois quarts d'entre eux, un dépressif n'est pas responsable de sa dépression. Quasiment tous estiment qu'un dépressif sait qu'il est dépressif, qu'il souffre, et que sa famille souffre. Seulement un quart d'entre eux pensent qu'un dépressif est exclu de sa famille ou de la société ; un peu plus nombreux (37%) sont ceux qui considèrent qu'il est exclu de son travail. Parmi les causes de la dépression, ils citent d'abord un événement de la vie (39%), puis une origine sentimentale (23%) et, dans une moindre mesure, le travail ou une origine socioéconomique (environ 17%). Un dépressif peut se soigner sans médicament selon 37% d'entre eux. Parmi les moyens de soigner une dépression, ils citent en premier lieu un traitement médicamenteux (51%), avant le soutien relationnel (40%) et la psychothérapie (31%). La guérison complète d'une dépression n'est pas possible selon 29% d'entre eux. La plupart pensent qu'un dépressif ne peut pas guérir tout seul (71%) et une majorité qu'il est nécessaire de soigner contre son gré un dépressif qui ne veut pas se soigner (58%).

Parmi les personnes recourant principalement à un professionnel non spécialiste de la santé mentale, un troisième groupe concerne à peine 5% des dépressifs. Il se distingue par la consommation de médicaments qui ne sont pas habituellement préconisés pour soigner la dépression, comme les neuroleptiques ou les antiépileptiques. Dans ce groupe, la comorbidité est fréquente et la proportion de troubles dépressifs récurrents est particulièrement faible. On peut donc supposer que les soins sont essentiellement motivés par d'autres troubles que la dépression. Le recours à un professionnel non spécialiste de la santé mentale est par ailleurs plus important encore que dans le groupe 2 (73% contre 60%). Mises à part ces différences, les comportements de soins, les caractéristiques sociodémographiques et les représentations de la dépression sont proches pour les groupes 2 et 3.

Plus d'un dépressif sur cinq a recours à des soins non conventionnels : médecines douces ou traitements « traditionnels »

L'analyse des données permet également d'identifier un troisième axe de polarisation (graphique 1), opposant les médecines douces et les traitements «traditionnels» aux soins médicaux et pharmacologiques : consultation du médecin généraliste, séjours dans des structures de soins et consommation de médicaments.

L'utilisation de médecines douces distingue les groupes 4 et 5 du reste des dépressifs. Dans le groupe 6, les dépressifs ont recours aux traitements «traditionnels».

6% des dépressifs privilégient l'utilisation de plantes

Dans le quatrième groupe, toutes les personnes déclarent avoir eu recours à des médecines douces pour leurs problèmes et, parmi ces médecines douces, à des plantes (tableau 1). Il peut s'agir d'un traitement prescrit par un spécialiste (par exemple, une phytothérapie) ou d'automédication.

Le recours à des soins plus conventionnels (professionnels, médicaments, structures de soins) est plus modéré et orienté vers des prises en charge non spécialisées dans la santé mentale. La consultation d'un professionnel spécialiste (22%) ou non spécialiste (44%) de la santé mentale est plus faible que pour la moyenne des recourants (36 et 52%), et les personnes de ce groupe ont rarement suivi de psychothérapie (21% contre 33%). La consommation d'anxiolytiques reste légèrement inférieure à la moyenne des recourants (37% contre 40%), tandis que celle d'antidépresseurs est bien en deçà (28% contre 42%). Ce groupe se caractérise en outre par un soutien relationnel plus important que dans tous les autres (83%).

Au total, 39% n'ont eu recours qu'aux plantes, ou éventuellement à d'autres médecines douces, mais à aucune autre sorte de soins. Le recours à un professionnel (ou à une structure de soins) est de 62%, contre 81% pour l'ensemble des recourants. La consommation de médicaments est aussi inférieure à celle de l'ensemble des recourants (52% contre 72%).

2. Sont appelés «recourants» l'ensemble des dépressifs ayant déclaré au moins un recours aux soins : consultation d'un professionnel, séjour dans une structure de soin, utilisation de médicaments ou de médecines douces. Il s'agit donc de tous les dépressifs sauf ceux du premier groupe, pour lesquels le recours aux soins est nul.

■ TABLEAU 1

Recours aux soins des dépressifs, caractéristiques sociodémographiques et représentations

			Médecine de ville, médicaments		Soins non conventionnels			Structure de soins		Recourants (tous sauf le groupe 1)
	Ensemble des dépressifs	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4	Groupe 5	Groupe 6	Groupe 7	Groupe 8	
		100 %	Pas de recours aux soins 28 %	Professionnels et médicaments 30 %	Professionnels et autres médicaments 5 %	Plantes 6 %	Homéopathie et autres médecines douces 12 %	Traitements traditionnels 5 %	Structures spécialisées dans la santé mentale 9 %	
Variables actives de l'analyse de données										
Professionnel de santé	58	0	87	85	62	64	68	94	88	81
Professionnel de la santé mentale	26	0	31	20	22	27	40	77	44	36
Professionnel de santé (hors santé mentale)	38	0	60	73	44	44	35	33	57	52
Psychothérapie	24	0	25	20	21	29	43	66	46	33
Structure médicalisée	17	0	0	1	8	0	18	100	100	23
Hôpital général	7	0	0	0	2	0	6	0	100	9
Hôpital psychiatrique ou clinique	11	0	0	1	7	0	13	100	17	15
Médecines douces	26	0	2	32	100	100	51	27	25	36
Homéopathie	14	0	2	12	22	70	28	16	11	20
Plantes	8	0	0	16	100	0	22	0	5	11
Autres médecines douces	10	0	0	15	11	43	20	19	13	14
Médicaments	52	0	77	100	52	45	69	90	74	72
Antidépresseurs (dont normothymiques)	30	0	46	18	28	33	40	59	42	42
Anxiolytiques	29	0	40	27	37	28	50	58	46	40
Hypnotiques	12	0	17	12	13	7	16	26	20	16
Autres médicaments	10	0	0	100	1	0	9	35	19	13
Aide relationnelle	70	65	74	70	83	72	74	67	65	72
Aide de la famille ou du conjoint	48	38	52	50	60	53	53	48	46	52
Aide d'amis, de collègues ou d'autres	49	47	50	51	58	48	51	42	47	49
Traitements « traditionnels » (guérisseur, marabout, sorcier, etc.)	5	0	0	0	0	0	100	0	0	7
Variables illustratives										
Caractéristiques sociodémographiques										
Homme	39	50	36	34	29	24	31	41	50	35
18-24 ans	14	21	10	15	20	14	9	6	12	11
65 et plus	10	8	14	12	7	8	10	7	11	11
Marié	46	45	49	52	47	50	40	36	38	46
Célibataire	30	39	23	32	32	26	30	27	28	26
Veuf, divorcé ou séparé	24	15	27	15	21	23	31	36	33	27
Occupe un emploi	46	49	47	48	52	52	35	34	37	45
Chômage	15	15	14	17	18	12	22	18	22	16
Inactif	39	36	39	36	30	36	43	48	41	39
Niveau d'étude primaire	25	19	30	29	15	21	33	28	31	27
Niveau universitaire	17	19	15	16	23	21	16	10	14	16
Trouble psychique										
Épisode dépressif sévère	39	30	39	34	34	36	50	54	55	42
Trouble dépressif récurrent	54	53	50	48	51	61	66	59	59	55
Anxiété généralisée	31	30	32	35	40	28	29	28	27	31
Trouble anxieux	63	52	62	63			75	79	74	67
Épisode dépressif isolé	14	19	17	12	16	13	7	4	7	13
Sentiment d'être malade	47	29	51	55	47	44	57	67	68	54
Représentations										
Un dépressif est-il responsable de sa dépression ?	28	37	23	29	24	26	27	22	27	25
Est-il possible de soigner un dépressif sans médicaments ?	41	48	37	39	46	42	46	28	37	38
Est-il possible de guérir totalement un dépressif ?	72	72	71	82	68	73	72	73	76	73
Un dépressif peut-il guérir tout seul ?	34	41	29	41	34	34	37	21	37	31
Doit-on soigner un dépressif qui ne le veut pas ?	59	59	58	51	55	57	59	70	58	59
Qu'est-ce qui peut rendre dépressif ?										
Origine physique	8	6	8	8	10	5	10	9	11	8
Origine événement de la vie	35	29	39	36	37	41	31	36	36	38
Origine sentimentale	23	24	23	24	25	21	27	22	19	23
Origine socioéconomique	15	16	16	23	11	14	16	10	15	15
Origine relationnelle	16	16	16	11	20	15	18	16	16	16
Origine société	8	9	6	4	7	9	10	9	11	8
Origine travail	18	21	18	15	21	18	13	16	16	17
Comment peut-on soigner un dépressif ?										
Psychothérapie	31	27	31	24	39	37	39	35	29	33
Traitement médicamenteux	45	35	51	43	46	47	44	57	49	49
Soutien relationnel	40	46	40	44	39	40	36	30	27	37

Champ • France métropolitaine - Personnes âgées de 18 à 75 ans.

Sources • Enquête SMPG, DREES - ASEP - CCOMS - EPSM Lille-Métropole - Exploitation DREES.

Dans les représentations de ces personnes, l'origine relationnelle et l'origine sentimentale sont les causes de la dépression les plus fréquemment invoquées (respectivement 20 % et 25 %). La proportion de personnes ayant suivi une psychothérapie

ou ayant recours à des professionnels de la santé mentale est parmi les plus faibles. Paradoxalement, c'est pourtant dans ce groupe que la psychothérapie est le plus souvent préconisée pour soigner un dépressif (39 % contre 31 % en moyenne).

12 % s'orientent vers l'homéopathie et d'autres médecines douces

Le groupe 5 correspond aussi à l'utilisation de médecines douces, mais pas aux plantes. Dans ce groupe, 57 % des dépressifs utilisent l'homéopathie, 30 % d'autres méde-

■ ENCADRÉ 3

Méthodologie de la typologie des dépressifs selon leur recours aux soins

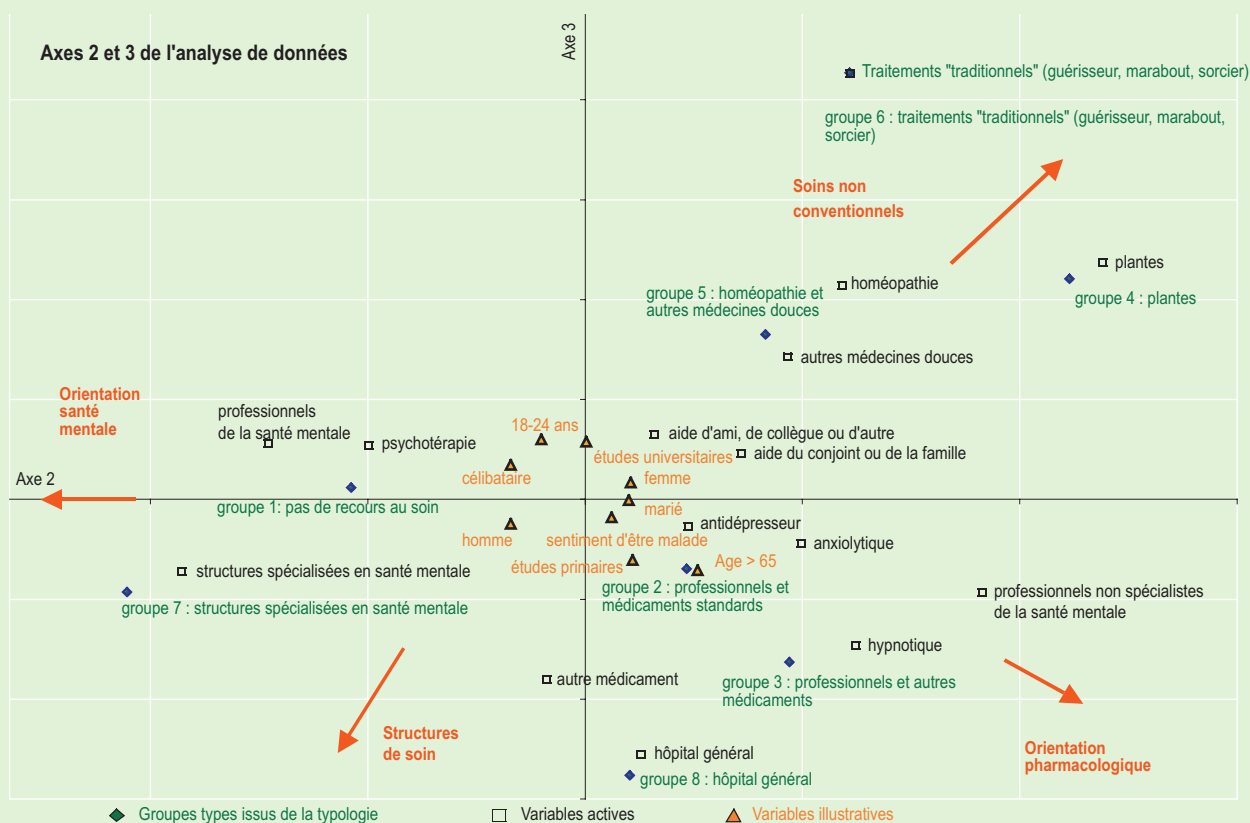
La typologie présentée dans cette étude porte sur les personnes âgées de 18 à 75 ans, résidant en France métropolitaine, ayant un épisode dépressif diagnostiqué et dont le trouble provoque « une gêne dans la vie de tous les jours ». L'étude s'appuie sur un échantillon de 2 500 observations.

Dans un premier temps, une analyse des correspondances multiples (ACM) a mis en évidence les associations majeures et les principales oppositions dans les recours aux soins déclarés par ces personnes, en les faisant apparaître sur des axes. En complément de l'ACM, une classification ascendante hiérarchique (CAH) a permis de dégager des « groupes-types » selon le recours aux soins. La répartition de la population en huit groupes n'est pas la seule possible ; elle résulte d'un compromis entre la volonté de restituer la diversité des recours aux soins et celle d'obtenir une typologie simple, sans fragmenter la population en un nombre trop important de sous-catégories. Elle dépend en outre du choix des variables retenues dans l'ACM. Les variables actives sont toutes issues des réponses aux fiches complémentaires (encadré 1) portant sur les soins utilisés. Le tableau 1 énonce la liste de ces variables et le pourcentage de recours correspondant. Certains recours aux soins déclarés n'ont pas été retenus dans le modèle, car ils sont trop rares dans la population concernée, comme les soins prodigués par des religieux (2,7 %). Enfin, pour que les variables actives représentent une proportion significative de la population, des soins ont été regroupés, notamment dans les catégories « autres médicaments » et « autres médecines douces ».

Des variables illustratives ont été ajoutées au modèle, portant sur la situation sociodémographique, la présence d'autres troubles psychiques et les représentations sur la « dépression », ses causes et les moyens d'y remédier. Les variables illustratives permettent de mieux connaître les groupes mais n'influencent aucunement la classification.

■ GRAPHIQUE 1

Orientations du recours au soin des dépressifs



Champ • France métropolitaine - Personnes âgées de 18 à 75 ans.
Sources • Enquête SMPG, DREES - ASEP - CCOMS - EPSM Lille-Métropole - Exploitation DREES.

cines douces (acupuncture : 12 %, sophrologie : 7 %, etc.) et 13 % ont eu recours à la fois à l'homéopathie et à d'autres médecines douces. Les autres recours aux soins sont sous-représentés. En particulier, il n'y a aucun recours aux structures psychiatriques, aux hôpitaux ou à la catégorie « autres médicaments ». Parmi ces dépressifs, 36 % n'ont eu aucun contact avec un professionnel pour leurs problèmes (en tenant compte aussi des psychothérapies).

Ce cinquième groupe est donc proche du quatrième groupe (celui de la consommation de plantes) en termes de comportement de soins et de représentation de la dépression, à ceci près que ce n'est pas le même type de médecine douce qui est utilisé. L'utilisation d'anxiolytiques distingue aussi les deux groupes, car elle est moins répandue parmi les personnes utilisant des médecines douces autres que les plantes (28 % de recours). L'aide relationnelle est aussi moins fréquente dans ce dernier groupe, même si elle reste dans la moyenne de celle observée pour l'ensemble des dépressifs.

Ces deux groupes sont aussi semblables d'un point de vue sociodémographique, avec une proportion importante de femmes, d'actifs et de diplômés. Le groupe 5 se distingue car il est encore plus féminin : 76 % de femmes contre 71 % dans le groupe 4, et 61 % parmi l'ensemble des dépressifs.

Une proportion plus importante de diplômés de l'enseignement supérieur, occupant un emploi, caractérise les deux groupes. Le quatrième comporte en outre plus de jeunes, tandis qu'il y a plus de personnes mariées dans le cinquième.

Dans les deux groupes sur-représentant l'utilisation de médecines douces, la part de personnes dont l'épisode dépressif est sévère est plutôt faible (35 % contre 39 % pour l'ensemble des dépressifs, 43 % pour les dépressifs recourant aux soins). La proportion de personnes souffrant d'anxiété généralisée est plus élevée dans le groupe 4 (utilisation de plantes), avec 40 % de comorbidité contre 28 % dans le groupe 5, ce qui peut expliquer l'écart dans la consommation d'anxiolytiques. En

revanche, les troubles dépressifs récurrents sont plus nombreux dans le cinquième groupe (61 % contre 54 % pour l'ensemble des dépressifs, 51 % dans le groupe 4).

5 % des dépressifs recourent à des traitements « traditionnels »

L'analyse de données conduit à rassembler en un sixième groupe toutes les personnes ayant utilisé des traitements « traditionnels ». La moitié des personnes de ce groupe (soit 2,5 % des dépressifs) déclare avoir consulté un guérisseur, et une sur cinq a consulté un marabout (tableau 1).

Dans certains cas, le traitement « traditionnel » se substitue aux soins plus conventionnels : 14 % d'entre eux n'ont eu recours à aucune autre sorte de soins, et 35 % n'ont ni consulté de professionnels ni séjourné dans des structures spécialisées.

Bien que l'utilisation de médecines douces soit fréquente (51 %), les comportements de soins diffèrent de ceux observés dans les deux groupes ayant un recours privilégié aux médecines douces. Par exemple, les professionnels de la santé mentale sont plus souvent consultés (40 %) que ceux qui ne sont pas spécialisés dans ce domaine (35 %). La consommation de médicament est légèrement inférieure à la moyenne des recourants, avec une sur-représentation des anxiolytiques (50 % contre 40 % pour l'ensemble des recourants).

Ce groupe, essentiellement féminin (69 %), comporte plus de chômeurs et d'inactifs que la moyenne. Les personnes séparées, divorcées ou veuves y sont sur-représentées et la proportion de personnes ayant un niveau d'études primaire est plus élevée que dans les autres groupes. Par ailleurs, les épisodes dépressifs sont plus souvent sévères ou récurrents, et la comorbidité est fréquente. Ainsi, 75 % des membres de ce groupe ont un trouble anxieux (actuel ou passé) diagnostiqué.

Les représentations de la dépression y sont assez proches de la moyenne. Le dépressif est perçu comme peu exclu de sa famille, de son travail ou de la société. Pour ce

groupe, la dépression ne s'explique pas par une origine physique, mais par des « événements de la vie ». Pour soigner une dépression, ce sont les traitements médicamenteux, la psychothérapie et le soutien relationnel qui sont préconisés.

Au total, parmi les personnes qui s'orientent vers des soins non conventionnels, deux tendances distinctes se dégagent. Les personnes recourant à des médecines douces ont un trouble qui apparaît plus bénin, sont plus souvent en emploi et ont un niveau d'études plus élevé. À l'inverse, les personnes ayant recours aux traitements « traditionnels » occupent une position socio-professionnelle moins favorisée.

Les séjours dans des structures de soins correspondent à des troubles plus graves

Dans les groupes 7 et 8, les dépressifs ont séjourné dans des structures de soin pour leurs problèmes psychiques.

9 % des dépressifs ont séjourné dans des structures spécialisées dans la santé mentale

Le septième groupe représente les personnes dont la prise en charge est la plus orientée vers la psychiatrie et les psychothérapies. Tous les dépressifs composant ce groupe sont allés dans un hôpital psychiatrique ou une clinique. Plus des trois quarts d'entre eux ont consulté un professionnel de la santé mentale, et les deux tiers suivent une psychothérapie (tableau 1). La consommation de médicaments est élevée (59 % prennent des antidépresseurs) et ne se limite pas aux médicaments habituellement prescrits pour un épisode dépressif (proportion élevée d'« autres médicaments »). Cette prise en charge importante est aussi orientée dans le secteur de la santé mentale : ainsi, le recours à un professionnel non spécialiste est inférieur à la moyenne des recourants (33 % contre 52 %).

Comme on peut s'y attendre, il s'agit d'un groupe pour lequel les épisodes dépressifs sont plus sévères et plus souvent récurrents. La comorbidité est fréquente, avec de nombreux problèmes d'alcoolisme (22 % contre 11 % en moyenne) ou de drogue (9,8 % contre 6,1 %). Au moment des problèmes considérés,

67 % avaient le «sentiment d'être malades» (47 % pour l'ensemble des dépressifs). Ce sont aussi des personnes plus vulnérables d'un point de vue socioéconomique: souvent séparées, divorcées ou veuves, plus âgées, inactives ou au chômage, avec un niveau d'études moins élevé.

Dans ce groupe, la dépression est envisagée comme un trouble extérieur à la personne dont les conséquences sont lourdes. Ainsi, c'est dans ce groupe qu'un dépressif est le moins souvent considéré comme responsable de sa dépression (22 %), que l'on pense le plus rarement qu'un dépressif peut guérir tout seul, et le plus souvent qu'il faut le soigner, même contre son gré.

Les dépressifs de ce groupe estiment plus fréquemment qu'un dépressif est exclu de sa famille (35 % contre 26 %), de son travail (42 % contre 39 %) et de la société (37 % contre 28 %). Dans leurs représentations, le médicament est essentiel au traitement de la dépression, puisqu'ils sont seulement 28 % (contre 41 % pour l'ensemble des dépressifs) à penser qu'un dépressif peut être soigné sans médicaments, et 57 % contre 45 % à préconiser un traitement médicamenteux.

6 % des dépressifs ont été accueillis à l'hôpital général

Les groupes 7 et 8 sont tous les deux associés à une prise en charge importante de l'épisode dépressif (axe 1), mais le huitième groupe se distingue par une moindre orientation vers les soins spécialisés dans la santé mentale (axe 2).

Comme le groupe 7, le groupe 8 représente un recours aux soins fortement médicalisé, mais, au lieu de passer par des hôpitaux psychiatriques ou des cliniques, les dépressifs s'orientent vers l'hôpital général. La consommation de médicaments, le suivi de psychothérapies et le recours à des professionnels de santé sont plus élevés que pour l'ensemble des dépressifs, mais moins que pour le septième groupe. Le soutien relationnel y est aussi inférieur à la moyenne.

Ce groupe est par ailleurs proche du groupe 7 d'un point de vue socio-démographique, à ceci près qu'il est plus masculin (50 % contre 41 % dans le groupe 7). Par rapport à l'ensemble des dépressifs, il y a aussi plus de personnes qui vivent une situation professionnelle précaire et ont vécu une séparation conjugale. L'épisode dépressif est souvent sévère ou récurrent et la comorbidité élevée. Les

problèmes de drogue sont aussi fréquents que dans le groupe 7 (9,8 %), mais ceux d'alcoolisme le sont moins (14 % contre 22 %).

Les représentations dans ce groupe rappellent celles du septième groupe mais sont moins accentuées. Le dépressif est perçu comme exclu et il doit être soigné, notamment avec des médicaments. Le sentiment d'être malade est aussi très répandu (68 %).

Pour en savoir plus

- Anguis M., Roelandt J.-L., Caria A., 2001, «La perception des problèmes de santé mentale: les résultats d'une enquête sur neuf sites», DREES, *Études et Résultats*, n° 116, mai.
- Bellamy V., 2004, «Troubles mentaux et représentations de la santé mentale», DREES, *Études et Résultats*, n° 347, octobre.
- Leroux I., Morin T., 2006, «Facteurs de risque des épisodes dépressifs en population générale», DREES, *Études et Résultats*, n° 545, décembre.
- Roelandt J.-L., Caria A., Mondière G., 2000, «La santé mentale en population générale: images et réalités. Présentation générale de l'enquête», *Information Psychiatrique*, 76,3, pp. 279-292.
- Sheehan D.-C., Lecrubier Y., 1998, «The Mini International Neuropsychiatric interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10», *J. Clin. Psychiatry*, 59 (suppl. 20), 22-3.

Remerciements

L'enquête Santé mentale en population générale est une recherche-action réalisée par l'Association septentrionale d'épidémiologie psychiatrique (ASEP), le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS, Lille, France), et le Département d'information et de recherche médicale (DIRM) de l'EPSM-Lille-Métropole. Elle a reçu le soutien financier, pour la première phase de recherche, du ministère français des Affaires étrangères, du ministère français de la Santé et de la Protection sociale (DGS), de l'OMS Genève (programme «Nations pour la santé mentale»), du bureau local de l'OMS à Moroni (Grande Comore), du bureau local de l'OMS à Antananarivo (Madagascar), du «Health Systems Research for Reproductive Health and Health Care Reforms in the Eastern and Southern African Region» (Harare, Zimbabwe) et des laboratoires Synthelabo et SmithKline & Beecham. Pour la seconde phase, elle a fait l'objet d'un contrat spécifique passé entre le CCOMS-EPSM-Lille-Métropole et la Direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques (DREES-ministère de la Santé). Pour les deux phases, cette enquête a été possible grâce au soutien logistique des établissements publics de santé impliqués dans l'enquête et des services déconcentrés de l'État français (DRASS et ARH), ainsi qu'aux enquêteurs et superviseurs de tous les sites d'enquête. Les municipalités enquêtées et les associations d'utilisateurs ont été systématiquement impliquées.

Responsable scientifique: J.-L. Roelandt. Responsable méthodologique: A. Caria. Coordination générale: A. Kergall (sites internationaux), N. Daumerie et G. Mondière (sites français). Avec l'aide de M.-P. Chalumeau, L. Dufeutrel, M.-T. Maslankiewicz, D. Poissonnier, C. Porteaux, P. Sadoul. L'équipe de formateurs: H. Brice, N. Bruynooghe, L. Defromont, V. Fournel, L. Kurkdjian, A. Racine, I. Soloch, G. Tréboutte et F. Wizla. Secrétariat: O. Plancke, L. Robin, et S. Sueur.

L'enquête a reçu l'aide scientifique et méthodologique de M. Anguis, G. Badeyan et V. Bellamy (DREES, Paris), J. Benoit (Laboratoire d'écologie humaine et d'anthropologie, Aix-en-Provence), G. Bibeau (université de Montréal), R. Dang (INSEE, Lille), Y. Lecrubier (INSERM, Paris), N. Quemada (INSERM, CCOMS, Paris) et J.-P. Vignat (Groupe français d'épidémiologie psychiatrique, GFEP).

Remerciements pour toutes les personnes ayant permis de réaliser cette enquête, cf. *Études et Résultats* n° 347.