



# NON-RECOURS AUX SOINS ET TROUBLES DEPRESSIFS



Dupuis Emeline

- Master 2 PPLS - Lille 1

Tuteur de stage : Monsieur Laurent Plancke

Tutrice Universitaire : Madame Séverine Soetaert

## **REMERCIEMENTS :**

Je souhaite vivement remercier Monsieur Laurent Plancke pour m'avoir donné l'opportunité de réaliser un mon stage au sein de son équipe ainsi que pour tous ses conseils et son aide.

J'associe à ces remerciements l'ensemble des membres de la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale de la région, pour leur accueil chaleureux et leur disponibilité.

Le soutien de Madame Séverine Soetaert et de Madame Bernadette Tillard a été décisif dans la réalisation de ce mémoire. Je les remercie plus largement pour leur disponibilité et leurs conseils tout au long de ma formation dans le Master Pratiques et Politiques Locales de Santé (PPLS).

## Table des matières

REMERCIEMENTS :.....	1
INTRODUCTION.....	4
I. Partie Théorique.....	6
A. Psychiatrie et santé mentale.....	7
a. Histoire de la psychiatrie .....	7
b. L'arrivée de la notion de santé mentale :.....	8
B. La dépression, un trouble mental difficilement saisissable .....	11
a. Dépression et histoire .....	11
b. Définition de la dépression .....	12
c. Ce que disent les chiffres.....	15
C. La problématique du non-recours dans la dépression .....	16
a. Le non-recours de façon générale.....	16
b. Le non-recours aux soins de santé mentale .....	18
D. Les représentations sociales.....	21
a. De quoi parle-t-on lorsque nous parlons de « représentations sociales ».....	21
b. Les représentations sociales et les comportements associés.....	22
II. Partie Pratique .....	24
A. La Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale .....	25
a. La présentation .....	25
b. Les objectifs.....	25

c.	Les activités et actions mises en place.....	26
B.	Méthodologie 1 <sup>ère</sup> Partie : le non-recours aux soins des personnes ayants des troubles dépressifs .....	27
a.	Problématique posée.....	27
b.	Les objectifs de l'étude.....	27
c.	Mission et activités confiées.....	28
d.	Echantillon.....	29
e.	La population cible .....	29
f.	La méthode générale utilisée .....	29
C.	Méthodologie 2 <sup>ème</sup> partie : Etapes par étapes .....	30
a.	Recherche bibliographique et lectures.....	30
b.	Création du questionnaire.....	31
c.	Démarchage et diffusion :.....	34
d.	Récolte des données et analyse des résultats .....	35
e.	Conclusion/Discussion .....	58
	CONCLUSION.....	65
	BIBLIOGRAPHIE .....	67
	ANNEXES .....	72

# INTRODUCTION

Près de 450 millions de personnes souffrent de troubles mentaux. Ils sont les principales causes de morbidité mais aussi d'incapacité au niveau mondial (OMS, 2001). Les problèmes de santé mentale engendrent de nombreuses souffrances pour les personnes concernées puisqu'ils touchent l'ensemble des sphères de leur vie (professionnelle, personnelle). Ainsi, pour les troubles mentaux, une prise en charge juste sanitaire ne serait être suffisante, parce qu'ils entraînent des altérations dans le rapport à l'autre et une stigmatisation importante.

La dépression est un trouble mental très fréquent, entraînant de nombreux symptômes (perte d'appétit, perte d'intérêt, troubles du sommeil...) ainsi que des coûts économiques et sociales considérables. Celle-ci n'est pas à négliger puisqu'elle comporte des risques suicidaires et serait d'ailleurs, la première cause de suicide (Hawton, Casañas i Comabella, Haw, & Saunders, 2013). La dépression est donc reconnue par les professionnels de santé comme une priorité de santé publique.

Selon l'étude Santé Mentale en Population Générale (SMPG) menée en 2004 à l'échelon national, seulement 47.1% des personnes ayant des troubles dépressifs signifiant avoir été soigné pour « dépression » (Lamboy & Léon, 2006). Selon eux, l'intensité du trouble est liée directement au recours aux soins : « La gravité du trouble est le facteur qui influence le plus le recours aux soins. Les personnes vont « quasiment » deux fois plus avoir recours aux soins en cas d'EDM sévère, de trouble chronique et trouble comorbide » (Lamboy & Léon, 2006, p.709). Le recours aux soins varierait selon les différents critères sociodémographiques et la connaissance des lieux de soins aurait une influence significative sur les comportements de santé (Lamboy & Léon, 2006).

Selon les données du Baromètre santé INPES 2010 (F. Beck & Guignard, 2012), il y aurait 7,8% des Français de 15 à 85 ans qui auraient souffert d'un épisode dépressif caractérisé (EDC) au cours des 12 derniers mois. Cependant, 39 % des personnes qui ont signifié avoir souffert d'un EDC dans l'année, n'auraient consulté aucun professionnel de santé, ni de structure de soin et de psychothérapie (2010). 32% des personnes qui ont signifié avoir souffert d'un EDC dans l'année, n'auraient consulté aucun professionnel de santé, ni de structure de soin, de psychothérapie et de psychotropes (2010). Ce non-recours serait alors passé de 63 % en 2005 à 39% en 2010, ce qui met en avant une nette amélioration.

Cependant, 27 % des Français ont renoncé à des soins médicaux en 2012, contre 33% en 2013. A l'inverse de la situation pour les troubles dépressifs, on peut observer que le non-recours pour l'ensemble des soins médicaux ne cesse d'augmenter (Bertrand, Chuffart, & Diederichs-Dlop, 2014). En revanche, le non-recours aux professionnels de santé mentale pour des troubles dépressifs est légèrement plus important (39%) que le non-recours aux soins en général (33%).

Les causes de ce non-recours peuvent être diverses et variées. Si on s'intéresse aux raisons les plus mises en avant, on remarque que la méconnaissance des professionnels de santé, le déni, la méconnaissance des lieux de soins disponibles et leur gratuité ont un impact réel sur la question du recours aux soins. La question du non-recours, prend de nos jours, de plus en plus d'importance. Il suffit d'observer les données disponibles pour réaliser que le manque d'information est l'un des premiers obstacles des personnes, ou des familles, d'accéder aux prestations auxquelles elles ont droit, notamment les dispositifs et institutions de santé mentale.

Cette recherche a pour but d'identifier les personnes dépressives en non-recours, les raisons de cette non-utilisation des dispositifs de santé mentale, pour rendre ceux-ci, par la suite, plus performants. Nous nous sommes intéressés à la question des représentations sociales. Madame Béatrice Lamboy et Monsieur Christophe Léon ont mis également en avant l'importance des représentations sociales : « *Certaines représentations vont aussi favoriser le recours aux soins de façon significative : le fait de croire qu'un sujet dépressif n'est pas responsable de sa dépression, qu'un dépressif sait qu'il est dépressif, qu'on ne soigne pas un dépressif sans médicament, qu'il est possible de guérir un dépressif.* » (Lamboy & Léon, 2006, p.709). Les représentations sociales participent à l'orientation de l'action, à la prise de conscience et aux renoncements aux soins. Ainsi, si elles peuvent favoriser le recours aux soins, elles peuvent aussi influencer le non-recours aux soins.

Si certaines personnes arrivaient à se défaire de certaines représentations sociales, cela pourrait impacter la prise de conscience de la maladie ainsi que la décision d'être pris en charge par le système de soins.

# I. Partie Théorique

## **A. Psychiatrie et santé mentale**

### *a. Histoire de la psychiatrie*

On peut définir la psychiatrie comme une spécialité médicale, s'intéressant à la santé mentale et aux psychopathologies existantes. Si on s'intéresse à la mythologie, on remarque que la notion de « psychiatrie » provient du grec « psyche » qui signifie « l'âme » ou « l'esprit », et « iatros » qui signifie « le médecin » : « le médecin de l'âme/ de l'esprit ».

La psychiatrie, comme discipline médicale, a permis en France de changer le statut social des « aliénés ». Lors du XVI<sup>e</sup> siècle, la misère, le chômage vont créer une population errante qui va n'avoir de cesse de s'agrandir. Les idées à l'époque n'étaient pas de charité mais d'enfermement. Ainsi, toutes les personnes qui dérangent : les mendiants, les insensés, les déviants étaient enfermés au sein d'un « établissement ». C'est lors du XVII<sup>e</sup> siècle que les prémises de la psychothérapie vont naître grâce à Mesmer (1734-1815) et son magnétisme animal. Il va propager à Paris ses théories concernant le fluide universel et les crises convulsives.

C'est au XIX<sup>e</sup> siècle que la nouvelle conception de la folie va prendre place grâce aux aliénistes. Elle provenait principalement de Philippe Pinel et de son élève Jean-Étienne Esquirol, qui ont amélioré les conditions de vie des malades mentaux. Philippe Pinel va développer ce qu'on appelle le « traitement moral ». Il a permis de faire de la folie (l'aliénation) une maladie, un ensemble de maladies tout en considérant l'aliéné comme un malade. L'abolition des chaînes des aliénés fait donc partie intégrante de l'histoire de la psychiatrie française.

Plusieurs événements ont joué un rôle dans la genèse de la psychiatrie. On peut en citer 4 principalement :

- Il y a eu l'abandon de la démonologie à la Renaissance. La maladie mentale, qui était considérée comme manifestation divine ou comme possession par un démon, va devenir une maladie « naturelle ».
- Les réformes mises en œuvre de 1780-1802. Il va y avoir à ce moment-là une réforme des établissements recevant les aliénés, avec le développement d'une nosologie simple

et d'une nouvelle forme de soin grâce au « traitement moral », qui fait partie de l'origine des méthodes psychothérapeutiques.

- L'invention de la psychanalyse (1895) par le père fondateur : Sigmund Freud. Il était très intéressé par l'hypnose et l'a étudié dans le service de Jean-Martin Charcot à la Salpêtrière et dans celui du docteur Hippolyte Bernheim. C'est principalement la parution des *Études sur l'hystérie* en 1895 qui va constituer la naissance de la psychanalyse.
- La découverte des traitements biologiques efficaces (1917-1952), avec les découvertes de la psychochirurgie avec Egas Moniz en 1936 et l'arrivée des psychotropes en 1952.

#### *b. L'arrivée de la notion de santé mentale :*

Après toutes ces évolutions dans le domaine de la psychiatrie, des prises en charge et des thérapeutiques, de nouveaux concepts sont apparus récemment, comme celui de « santé mentale ». La notion de santé mentale est liée à la question du bien-être psychique, émotionnel et cognitif ainsi qu'à l'absence d'un trouble, d'une maladie mentale. Il n'y a pas de véritable définition de la santé mentale mais, selon l'OMS : « *on définit la santé mentale comme un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté.* » (OMS, 2014). C'est depuis 2001 que l'OMS investit la santé mentale afin d'aboutir à une prise de conscience de l'importance de cette thématique par les gouvernements mais aussi par la population.

La santé mentale n'est pas à réduire à l'absence de troubles mentaux ou de maladies mentales, elle est à prendre en compte comme une condition de la qualité de vie. Nous pouvons rapprocher le concept de « santé mentale » à celui de « bien-être mental ». D'ailleurs les diverses formes du « bien-être mental » (épanouissement, désir de réalisation, résilience...) sont généralement considérées comme essentielles dans le parcours de vie des personnes. La santé mentale serait perçue comme un « capital » qui forme de nouvelles inégalités. D'ailleurs, l'Union Européenne aurait calculée les coûts de la mauvaise santé mentale sur l'économie, qui s'évaluerait entre 3 et 4 % du PIB. (Centre d'analyse stratégique, 2010) Car, lorsqu'on parle de santé mentale, le modèle qui est généralement le plus admis est

celui « bio-psycho-social ». La santé mentale serait le résultat de l'interaction constante des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.

Elle fait partie de la santé au sens large. Il n'est pas possible d'être en bonne santé si celle-ci fait défaut. Alain Ehrenberg dit « *Il n'y a pas aujourd'hui de santé, de bien-être ni de socialité équilibrée sans santé mentale.* » (Ehrenberg, 2004). En 2008, le pacte européen pour la santé mentale et le bien-être explique que « *la santé mentale est un droit de l'homme. Elle est indispensable à la santé, au bien-être et à la qualité de vie. Elle favorise l'apprentissage, le travail et la participation à la société* » (eu high-level conference, 2009).

L'étude IPSOS/SIG, réalisée en octobre 2009 a permis de s'intéresser aux représentations des français de la santé mentale, à leur perception de leur propre santé mentale et à leur opinion sur les acteurs et les situations les plus susceptibles de contribuer au bien-être. Cette étude met en avant que 79% des français estimeraient que la santé mentale doit être pris comme objet de l'action publique (Centre d'analyse stratégique, 2010, p.10).

Les politiques de santé mentale permettent de sauvegarder et de promouvoir le bien-être mental de la population, tout en répondant aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux. De nombreuses actions visent aujourd'hui à la promotion et à la prévention de la santé mentale. Elle permettrait de prévenir des problèmes sociaux et la détresse psychique tout en améliorant la vie de tous les citoyens. Comme le dit l'OMS : « *La promotion de la santé mentale passe par des actions tendant à créer des conditions de vie et un environnement qui favorisent la santé mentale et permettent d'adopter et de conserver un mode de vie sain* » (OMS, 2016a), « *La santé mentale englobe la promotion du bien-être, la prévention des troubles mentaux, le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles.* » (OMS, 2016b)

On peut mettre en avant trois dimensions principales en santé mentale (Centre d'analyse stratégique, 2010, p.13) :

- On retrouve **la santé mentale positive**, qui renvoie à un état de bien-être, d'épanouissement, de bonheur ainsi qu'à des caractéristiques positives concernant la personnalité (optimisme, estime de soi, résilience, accomplissement de soi...). Cela fait référence à un état harmonieux et équilibré entre l'individu et le milieu auquel il va devoir s'adapter.

- Il y a aussi **la détresse psychologique**, qui représente un état de mal-être qui ne révèle pas forcément une pathologie ou un trouble mental. On retrouve des symptômes anxieux et dépressifs, pas forcément liés aux critères diagnostics mais, en lien à des situations vécues de façon éprouvantes. Ceux-ci sont généralement peu intenses voir passagers.
- Pour finir, **les troubles mentaux**, qui font références aux classifications diagnostiques basées sur des critères et des actions thérapeutiques spécifiques. Il y a, par exemple, les troubles psychotiques, les troubles dépressifs caractérisés, les troubles de la personnalité...

Ces trois dimensions qui sont mises en avant, permettent de dépasser le modèle dualiste entre « la maladie » ou « la bonne santé mentale ». Les préoccupations ont donc évoluées puisque l'intérêt ne s'attache plus seulement aux maladies mentales mais aussi à la prévention de la détresse psychologique dont la promotion de la santé mentale positive.

Pour réduire les inégalités dans l'accès aux soins, il ne suffit pas de les décrire simplement mais bien de les expliquer et d'améliorer la compréhension des mécanismes qui sont sous-jacents. Cela permet de mieux comprendre les interactions existantes entre les situations sociales et le domaine de la santé. Mener une étude en santé mentale permet d'avoir une meilleure compréhension des problèmes existants (dépression, suicide...) permettant à des acteurs de mettre en place des actions de prévention et de promotion de la santé afin de diminuer la prévalence et d'améliorer le recours aux soins. Les études réalisées en santé mentale, concernant la dépression peuvent permettre, selon leur réussite, d'apporter un éclairage nouveau sur cette problématique.

L'OMS, en santé mentale, s'intéresse de près au phénomène de dépression qui se trouve aux frontières de la maladie mentale et de la détresse psychologique. La dépression a même été nommée de « bombe à retardement social et économique ». Il y aurait d'ailleurs près de 75% de personnes dépressives qui resteraient sans soins, au niveau mondial (Dawson & Tylee, 2001).

## **B. La dépression, un trouble mental difficilement saisissable**

« *La dépression amorce sa réussite au moment où le modèle disciplinaire de gestion des conduites, les règles d'autorité et de conformité aux interdits qui assignaient aux classes sociales comme aux deux sexes un destin ont cédé devant des normes qui incitent chacun à l'initiative individuelle en l'enjoignant à devenir lui-même.* » (Ehrenberg, 1998, p.10-11)

### *a. Dépression et histoire*

Les pensées dépressives ont pris naissance dès le début de l'Humanité. D'ailleurs, il est possible de les retrouver dans les écrits philosophiques mais aussi, dans la littérature depuis l'Antiquité. Ces pensées mêlent des explications physiologiques et mystiques. Par exemple, Lucrèce disait que « *L'homme est un malade qui ignore la cause de son mal.* », au livre III de son *De rerum Natura*.

Par la suite, on retrouve l'affect dépressif au sein de l'approche théologique. Par exemple, au Moyen Âge, certains moines pouvaient souffrir « d'acédie », cela signifiait qu'ils éprouvaient l'ennui monastique, c'est-à-dire, une « tristesse accablante », qui était très mal perçue par l'église. Ils ressentaient une certaine irritation vis-à-vis de la vie monastique, un manque de concentration dans la lecture et la prière... Le sommeil, la fuite, la perte d'appétence à la prière, la perte de motivation étaient les premiers symptômes qui caractérisés l'acédie (Giangiobbe, 2013). Aujourd'hui on serait tenté de dire qu'ils souffraient d'un trouble dépressif.

La représentation que notre société évolue de plus en plus vers des configurations pathogènes et anxiogènes n'est pas non plus récente. Tocqueville, en 1840, dans son livre, *De la démocratie en Amérique*, disait que « *les âmes [étaient] plus émues et plus inquiètes* » dans les nouvelles démocraties comparé aux temps aristocratiques (Tocqueville, 1951, p.194)<sup>1</sup>. Par la suite, Janet, qui était philosophe, psychologue et médecin, pensait que : « *La*

---

<sup>1</sup> Tocqueville A. (DE), [1840] 1951, *De la démocratie en Amérique*, tome 2, Paris, Éditions M.-Th. Génin, Librairie de Médecis.

*société contemporaine exige de nous des dépenses de plus en plus grandes d'énergie psychique ; [...] Notre civilisation est épuisante.* » (Bastide, 1965)<sup>2</sup>.

Pour les psychiatres des années 1930 et 1940, les patients qui faisaient part de nombreuses plaintes, étaient souvent perçus comme des malades imaginaires et des simulateurs (Ehrenberg, 2001). Si la dépression est un terme assez « nouveau », ce n'est pas le cas du mal. De l'Antiquité à 1970, la dépression était considérée comme un « signe » qui pouvait être repéré chez tout individu sans être la spécificité d'une pathologie particulière, et sans être une pathologie.

D'ailleurs, la notion de dépression n'a pas débuté avec la découverte des antidépresseurs (1957), mais bien avec celle de l'électrochoc (1938). C'est à la fin des années 1930, que les électrochocs étaient utilisés pour le traitement de la schizophrénie. Mais, sans réellement y parvenir, cette technique a mis en avant des effets considérés comme « anti-dépresseurs ».

### *b. Définition de la dépression*

Définir la dépression n'est pas une chose aisée. Selon la définition du Larousse, la dépression est un: « *État pathologique marqué par une tristesse avec douleur morale, une perte de l'estime de soi, un ralentissement psychomoteur* (Larousse, s. d.) ».

Mais, sur le plan étymologique, « *depressere* » en latin va désigner « rabaisser », « tirer vers le bas ». Cela va renvoyer au fait de tomber, de chuter... Cela peut faire penser à un retour en arrière. C'est aussi pour cela que la mort et les idées suicidaires peuvent être importants dans la dépression (Damme, 2002). Cette maladie peut être mortelle, à cause de l'important risque suicidaire qui y est associé. Mais, il ne faut en aucun cas confondre déprime et dépression. La déprime correspond à un état psychique passager qui entraîne une baisse du moral et du tonus.

La tristesse et les difficultés pour dormir ne sont pas les seuls symptômes de la dépression. Pour savoir si l'on fait face à une dépression, il faut s'intéresser aux différents symptômes présents. Dans les neuf symptômes caractéristiques de la dépression, pour que le

---

<sup>2</sup> Cité par Bastide (1965, p. 27) : BASTIDE R., 1965, *Sociologie des maladies mentales*, Paris, Flammarion.

diagnostic de dépression soit posé, le sujet doit en présenter au moins cinq. Il doit y être confronté presque tous les jours depuis, minimum, deux semaines. Celui-ci doit faire face obligatoirement à l'un des deux premiers symptômes. On y retrouve (Inserm, s. d.) :

- Une tristesse quasi-permanente (parfois des pleurs)
  - Une perte d'intérêt et du plaisir lors des activités quotidiennes
  - Un sentiment de dévalorisation et de culpabilité excessif ou inapproprié
  - Idées de mort ou de suicide récurrentes ( « la vie ne vaut pas la peine d'être vécue »)
  - Un ralentissement psychomoteur
  - Une fatigue
  - Une perte d'appétit (souvent associée à une perte de poids)
  - Des troubles du sommeil
  - Des difficultés attentionnelles, de concentration et de mémorisation
- D'un point de vue neurologique, on pourrait observer, par exemple :
- La diminution de sérotonine entraînant des problèmes de sommeil ainsi qu'une perte d'appétit
  - La baisse de noradrénaline, qui provoquerait une diminution de l'énergie, un manque d'intérêt, de plaisir et pourrait engendrer des pensées négatives.
- La psychanalyse, elle, tend à l'expliquer d'une manière différente. Freud, père fondateur de la psychanalyse, rapproche le processus du deuil, à la mélancolie et à la dépression. Elle serait liée à un désinvestissement d'un objet pulsionnel qui permettait de soutenir le Moi, auquel ce dernier s'était identifié.
- Pour la psychiatrie la dépression fait référence aux critères diagnostics développés ci-dessus, dans le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)...

Cette notion de dépression est assez ambivalente car celle-ci est de nos jours assez banalisée et controversée. En effet, nombreux sont ceux qui ne différencient pas la dépression d'une déprime passagère ou à la mélancolie et nombreuses et différentes sont les théories abordant la cause de la dépression.

Cette recherche va s'intéresser à la dépression d'un point de vue psychiatrique en s'appuyant sur le DSM (qui correspond à la classification la plus utilisée). Dans les années 1950 la dépression n'était qu'un symptôme dans les manuels psychiatrique (DSM I, 1952) et

il est devenu en quelques décennies le trouble mental le plus connu, le plus répandu, que l'on craint pour les impacts au niveau individuels mais aussi économiques (la dépression est une raison importante de l'absentéisme).

Le *DSM-5* va introduire plusieurs changements concernant les troubles dépressifs. Ceux-ci vont maintenant inclure :

- le trouble dépressif majeur (au moins 5 critères sur une liste de symptômes)
- le trouble dépressif persistant (dysthymie et dépression majeure chronique)
- le trouble dysphorique prémenstruel, (Symptômes de labilité émotionnelle, d'irritabilité et de colère qui surviennent au cours de l'ovulation au début des règles.)
- le trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle. (enfants et adolescents qui présentent une irritabilité persistante et des épisodes fréquents de manque de contrôle du comportement.)

Parler de troubles dépressifs, c'est aussi se référer à :

- Un trouble dépressif induit par une substance ou un médicament
- Un trouble dépressif dû à une affection médicale
- Un trouble dépressif non spécifié.

Dans la version actuelle du DSM, une clause a été supprimée, celle de l'exclusion du deuil. En effet, dans le *DSM-IV*, on ne pouvait pas poser un diagnostic de dépression majeure lorsque les symptômes dépressifs duraient depuis moins de 2 mois suivant la perte d'un être cher.

La dépression concerne environ 7.5% de la population française (15-85 ans). Cette maladie est de nos jours assez courante en santé mentale. Certains parlent même d'une épidémie.

Il faut savoir, que la dépression recouvre des états dépressifs qui peuvent être repérés en population générale grâce à des outils diagnostics utilisés en épidémiologie (questionnaires : MINI, De Beck...).

Les symptômes dépressifs vont impacter les différentes sphères de l'individu, sa sphère sociale, professionnelle et personnelle... Dépression et tentatives de suicide sont souvent corrélées. D'ailleurs un rapport de l'Académie de médecine met en avant le fait que le risque

de tentative de suicide serait multiplié par 21 lors d'épisode dépressif (Olié & Mouren, s. d.). Les études entreprises en population générale mettent en avant le fait qu'un nombre encore important de malade ne serait pas pris en charge alors qu'ils devraient l'être. (Olié & Mouren, s. d.)

### *c. Ce que disent les chiffres*

De nos jours, il y aurait environ 7, 8 % des personnes qui souffriraient d'un épisode dépressif caractérisé (EDC). La prévalence chez la femme, d'avoir souffert d'un EDC, serait deux fois plus élevée. Les risques de dépression seraient plus élevés avec l'avancée en âge à cause de différents facteurs tels que l'isolement, la solitude, les démences associés.... Il y aurait de nombreux facteurs qui impacteraient le risque de souffrir de dépression, comme par exemple : le fait d'avoir connu des souffrances physiques, d'avoir réalisé une IVG, d'être célibataire...(Morvan et al., 2007) Parmi les personnes ayant vécu un épisode dépressif caractérisé (EDC) durant les douze derniers mois, il y aurait que 60,5% des personnes qui auraient déclaré avoir eu recours aux soins (Lépine et al., 2005). Toujours selon le baromètre santé 2005-2010, les femmes ont plus recours aux soins que les hommes. De plus, les adolescents masculins ont généralement très peu recours aux soins.

La progression de la prévalence dépressive pourrait révéler des évolutions de la société. Ces évolutions pourraient être une des raisons de l'altération de la santé mentale. Les différentes expressions de mal-être seraient alors révélatrices des tensions sociales existantes, de nos jours. Jean-Louis Pan Ké Shon et Géraldine Duthé , s'inspirent de l'idée générale de Durkheim, concernant le suicide, qui dit qu'il y aurait une nocivité dans la vie sans conjoint. Ils mettent alors en avant le fait qu'il y aurait un risque pour chaque personne solitaire d'être dépressif dû au manque d'intégration conjugale ou à l'absence de conjoint (Shon & Duthé, 2013).

Ainsi, même si des traitements s'avèrent efficaces pour la dépression, le recours aux professionnels de santé doit être amélioré à cause du non-recours aux soins.

## **C. La problématique du non-recours dans la dépression**

### *a. Le non-recours de façon générale*

De nombreux obstacles (financiers, organisationnels, culturels ou géographiques...) peuvent réduire l'accessibilité de l'offre de soins. Il y a des inégalités dans l'accès aux soins et un non-recours aux soins fort fréquent. Selon Philippe Warin : « *Le non-recours renvoie à toute personne qui – en tout état de cause – ne bénéficie pas d'une offre publique, de droits et de services, à laquelle elle pourrait prétendre* » (Warin, 2010, p.2). Au Royaume-Uni, le non-recours, appelé plutôt « *non take-up of social benefits* » est apparu dans les années 1930. Cela permettrait de mesurer la bonne affectation des prestations. Prendre en compte le non-recours permet de savoir si l'offre atteint bien les populations à qui elle est destinée.

Cette problématique du non-recours commence à être prise en compte dans les recherches scientifiques, l'ODENORE (l'Observatoire des non recours aux droits et services), dans des dispositifs, dans des aspects institutionnels (La Loi relative aux lois de finance, intègre un indicateur pour mesurer le taux de non recours aux prestations sociales dans l'objectif 1 du programme « Politiques pour l'inclusion sociale »).

Le non-recours aux soins est perçu de différentes façons. En effet, il n'y a pas une seule et même définition du non-recours aux soins. Pour certains, c'est le fait de ne pas avoir recours à un professionnel de santé. D'autres approchent le non-recours aux soins par le renoncement, le retard, l'inobservance ou par les absences aux rendez-vous médicaux. Pour le Docteur Benjamin Weil le recours aux soins c'est : « *si on va voir un magnétiseur par exemple, il y a une demande, on se dit « je ne vais pas bien il faut quelqu'un qui me fasse aller mieux ». Je ne pense pas que le magnétisme puisse beaucoup aider dans la dépression mais oui je pense que c'est une demande de soins.* »<sup>3</sup>. Mais le point commun de toutes ces approches est le fait de faire référence à des conduites, généralement, qualifiées « d'inadéquates » à certaines normes.

Cette étude s'inscrit dans une période qui témoigne d'un phénomène de non-recours. Celui-ci devient une thématique de plus en plus abordée pour de nombreuses raisons. Le non-recours aux soins est souvent perçu comme un facteur aggravant la santé, comme un risque.

---

<sup>3</sup> Entretien avec le Docteur Benjamin Weil (Annexes) p.

Ce phénomène est souvent considéré comme un problème concernant le droit à la santé et aux soins pour tous. De nos jours, les individus se doivent de bien gérer leur capital santé, ainsi il est souvent mis en avant le fait que non-recours entraîne un surcoût pour la société, lorsque la maladie s'aggrave à cause d'une non prise en charge à temps (Rode, 2012). Il est donc important de garder à l'esprit que certaines personnes ne recourent pas par choix et si celles-ci sont bien informés, cela est leur liberté.

Souvent, le non-recours est envisagé et expliqué avec essentiellement des explications individuelles. Cependant, même si le non-recours volontaire existe, il y a d'autres raisons, qui sont parfois extérieures. Par exemple, d'après la DRESS, dans son écrit sur les recours aux soins spécialisés en santé mentale, dans le numéro 533 de novembre 2006, « *Le recours aux professionnels spécialisés va de pair avec la conscience d'un trouble psychique, mais aussi avec un niveau scolaire élevé.* » (Drees, 2006). Ainsi, il existe des raisons différentes qui peuvent pousser des individus à ne pas consulter des professionnels de santé pour améliorer leur état de santé.

Pour tenter de comprendre ce phénomène, il est important de s'intéresser à une multitude de facteurs et aux discours des personnes concernées. Lorsqu'on s'intéresse aux causes du non-recours il faut prendre en considération trois niveaux :

- La personne
- L'organisme prestataire
- Le dispositif lui - même.

Celui-ci vient alors à questionner l'accès aux droits, la conscience du trouble, les comportements des individus, leurs représentations, leur rapport à l'offre publique mais aussi l'inefficacité des politiques et dispositifs mis en place. Le non-recours est complexe à étudier car, ses causes et ses raisons peuvent être nombreuses et varier selon les individus. Il est difficilement saisissable.

Ainsi, ce travail de recherche se focalise sur le non-recours des personnes souffrant de troubles dépressifs. La problématique du non-recours aux soins, se centre essentiellement sur la santé mentale, plus précisément, sur les troubles dépressifs. Après avoir abordé la question du non-recours en général, de façon succincte, il convient maintenant de se centrer sur les troubles dépressifs pour bien définir les différents termes essentiels à mon étude.

## b. Le non-recours aux soins de santé mentale

Beaucoup de personnes dépressives ne sont pas prises en charge pour leurs troubles. Parfois, elles ne consultent pas ou la dépression n'est pas forcément diagnostiquée. Ce sont généralement les médecins traitants qui sont confrontés, lors de leurs rendez-vous, à des personnes dépressives et qui les prennent en charge ou les orientent. D'ailleurs comme le dit le Docteur Michel Maron « *Il est préférable que ça passe par le médecin traitant, car il connaît le patient, le climat familial... Le médecin traitant va donc pouvoir accorder une valeur à certaines choses. Il peut donner du sens à l'histoire.* »<sup>4</sup>. Il semblerait que la sévérité des dépressions contribue à leur reconnaissance et du coup, à leur prise en charge (Lamboy & Léon, 2006).

Le vécu et les représentations sociales de la dépression peuvent freiner toute demande de soins. La personne concernée peut se sentir honteuse et coupable. Selon Lewis (Lewis, 1971) (Lewis, 1988), dans ses écrits *Shame and Guilt in Neurosis* et *The role of shame in symptom formation*, une distinction est faite entre le sentiment de honte et de culpabilité. La honte prend origine dans une autoévaluation négative de soi. Ainsi, une personne dépressive aura tendance à se considérer sans valeur, incompétente ou comme quelqu'un de mauvais. En revanche la culpabilité découle d'une auto-évaluation négative de son comportement. Une personne ayant des troubles dépressifs aura tendance à se sous-estimer, à penser qu'il serait la cause de ce malheur, en s'accusant lui-même d'être « faible », de ne pas réussir à y faire face de lui-même. De plus, la culpabilité ressentie par les personnes dépressives pourrait être liée à un problème de communication entre deux parties du cerveau (lobe temporal antérieur et la région du cerveau subgénéral) (Green, Ralph, Moll, Deakin, & Zahn, 2012). La stigmatisation des troubles dépressifs n'y est pas pour rien. Les traitements ont souvent aussi une image très péjorative (les antidépresseurs sont mauvais pour la santé, les psychothérapies se sont pour les fous), ce qui pose problème dans l'accès aux soins.

De nombreuses personnes se sentent mal informées en ce qui concerne la santé mentale et les troubles dépressifs. Selon la Fondation FALRET, il y aurait 75% des français qui s'estimeraient être mal informés sur les questions de santé mentale (Fondation Falret, s. d.). D'après l'étude réalisée par la MGEN et OpinionWay « *Les français et la santé mentale* », les

---

<sup>4</sup> Annexe 4, p.84 : Entretien avec le Docteur Michel Maron

personnes interrogées déclareraient que l'information et la prévention ne seraient pas assez développées, au sein des différents milieux (scolaires, professionnels.) (Opinionway, 2014). Par exemple, on observe avec cette enquête que la plupart des français interrogés ne se sentent pas assez informés sur la question de l'organisation de l'offre de soins en santé mentale, ce qui pourrait être une des raisons du non-recours aux soins.

En ce qui concerne la dépression, d'après les données du baromètre santé, le sentiment d'information reste bas malgré une hausse significative (F. Beck & Guignard, 2012). Il semblerait que plus les personnes avancent en âge, plus elles se sentiraient mieux informées sur la dépression. Ce sont généralement les jeunes qui se sentent les moins bien informés.

Selon la DRESS, lorsque la conscience du trouble est présente, la propension à consulter un professionnel de santé mentale est plus importante (Drees, 2006, p.2-3).

Lorsque le trouble psychique engendre des gênes dans la vie quotidienne, lorsqu'il y a une comorbidité de troubles, la probabilité de consulter un professionnel spécialisé augmente aussi. De même, les individus cadres ou exerçant une activité intermédiaire sont plus susceptibles à accéder aux professionnels spécialisés en santé mentale. A contrario, le niveau de diplôme aurait un impact et serait un obstacle pour consulter un professionnel de santé spécialisé. Les personnes ayant un faible niveau scolaire aurait un accès aux professionnels de santé mentale plus difficile.

Selon l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (irdes), l'âge serait lié au recours aux soins, car celui-ci croît avec l'âge pour atteindre son maximum chez **les 51-55 ans** (Coldefy & Nestrigue, 2013). Ce qui est intéressant puisque ce non-recours aux soins de santé mentale pour dépression concerne généralement les jeunes. D'ailleurs l'INPES dit au sein du baromètre santé que : « *Cette absence de prise en charge concerne davantage les plus jeunes (15 à 24 ans) et les ouvriers.* » (Beck & Guignard, 2012, p.43). Michel Maron l'explique principalement par les traitements médicamenteux et par l'absence de préoccupation des jeunes de leur santé : « *Les jeunes ont moins d'appétence que les personnes plus âgées pour les traitements médicamenteux en particulier. Du coup les médecins en prescrivent également moins car cela diminue la confiance et défavorise la relation*

*thérapeutique. L'acceptation du traitement est plus compliquée et l'observance des jeunes est plus mauvaise. [...] la santé n'est pas un sujet de préoccupation pour eux »<sup>5</sup>*

Le non-recours aux soins de santé mentale, plus précisément lors de troubles dépressifs, a donc été assez peu étudié. Plusieurs raisons possibles peuvent en être la cause, comme la mobilité géographique, le déni, la méconnaissance des professionnels de santé et des établissements, mais aussi les représentations sociales. On sait que les représentations sociales peuvent influencer le comportement, l'attitude et les choix des personnes.

---

<sup>5</sup> Annexe 4, p.84

## **D. Les représentations sociales**

### *a. De quoi parle-t-on lorsque nous parlons de « représentations sociales »*

Les représentations sociales proviennent du concept sociologique de représentations collectives décrit par Durkheim. Pour lui, les phénomènes « individuels » auraient une cause sociale. D'ailleurs il distingue les représentations « individuelles » des représentations « collectives ». Une représentation individuelle serait propre à un individu alors qu'une représentation « collective » serait propre à un agrégat d'individus, comme à un groupe ou une société. Selon lui, ces représentations « individuelles » seraient à considérer comme transitoires et éphémères à l'inverse des représentations « collectives » qui seraient stables et partagées (Durkheim, 1920).

Dans l'introduction de son ouvrage fondateur, *Psychologie Sociale*, Serge Moscovici donne un aperçu de ce que c'est pour lui une représentation sociale. Pour lui, la représentation sociale serait à considérer comme un système de valeurs, de notions et de pratiques relatives à des objets, aspects ou dimensions du milieu social (Moscovici, 1984). Cela permettrait la stabilisation du cadre de vie des individus et des groupes, tout en constituant un instrument d'orientation de la perception des situations et d'élaboration des réponses. (Fischer, 1996, p.125)

Denise Jodelet, dans son ouvrage : *Les représentations sociales*, définit la représentation sociale comme une sorte de connaissance spécifique de savoir de sens commun. Elle précise que cette connaissance, cette représentation sociale n'est ni une réalité pure ni une fiction pure. (Jodelet, 1991)

Dans *Pratiques sociales et représentations*, Jean Claude Abric explique qu'il n'existe pas de réalité « objective », mais bien que toute réalité est représentée, appropriée par l'individu ou le groupe. Celle-ci est reconstruite dans le système cognitif de l'individu, intégrée dans son système de valeurs qui dépend de son histoire mais aussi, du contexte social et idéologique qui l'environne. C'est d'ailleurs cette réalité qui est appropriée, restructurée et qui serait, pour l'individu, la réalité même (Abric, 1994, p. 12-13).

C'est donc *au XXe siècle, que ce concept* a connu un regain d'intérêt dans les disciplines des sciences humaines (anthropologie, psychologie sociale, psychanalyse, sociologie...)

Les représentations sociales permettent de mieux comprendre comment les individus se représentent eux-mêmes, les autres et le monde.

### *b. Les représentations sociales et les comportements associés*

Les représentations sociales ont une fonction de guide et d'orientation des comportements.

Pour Moscovici, les représentations influencent les comportements, il dit : « *chaque fois que nous acquérons ou modifions une représentation sociale, nous changeons par la même occasion un certain nombre de comportements dirigés vers les autres et vers nous-mêmes* » (Doraï, 1989, p.97)<sup>6</sup>. Mais, les pratiques auraient aussi un fort impact sur la structure des représentations.

Selon Jean-Claude Abric, dans *Pratiques sociales et représentations*, les représentations sociales répondent à quatre fonction particulières (Abric, 1994, p.15) :

- La fonction de savoir : elles permettent de comprendre la réalité et de l'explicitier.
- La fonction identitaire : elles permettent à des groupes ou aux sujets de savoir se positionner dans le champ social.
- La fonction d'orientation : elles guident bien les comportements et déterminent dans des situations données, la démarche cognitive qui va être utilisée. Elles permettent aux sujets de définir ce qui est toléré ou non, acceptable ou inacceptable.
- La fonction justificative : elles justifient les comportements, les décisions prises, d'un sujet dans une situation donnée

Les représentations sociales permettent d'agir sur le monde et sur autrui. L'individu oriente ses comportements grâce à ces représentations sociales car elles donnent un sens à l'objet. Elles peuvent mener à des conflits, lorsque celles-ci ne sont pas partagées par les différentes personnes concernées.

---

<sup>6</sup> Moscovici Cité par Doraï.

C'est pour cela qu'il était essentiel de s'intéresser aux représentations sociales des répondants de l'étude pour comprendre l'impact que celles-ci pouvaient avoir sur le recours aux soins ou non, des personnes ayant des troubles dépressifs. En effet, une personne qui a une représentation sociale péjorative des professionnels de santé mentale n'ira pas les consulter pour prendre en charge ses troubles dépressifs.

## II. Partie Pratique

## **A. La Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale**

### *a. La présentation*

La fédération a été créée en 2007 et permet de regrouper les établissements de santé gérant des services de psychiatrie. Ceux-ci peuvent être publics, privés ou privés d'intérêt collectif. Comme le dit le directeur de la fédération, Thierry Danel, « *Conscients de la nécessité de participer à l'amélioration des soins, au progrès des connaissances et de permettre à la santé mentale d'être une activité attrayante, la totalité des établissements publics (EPSM, CHG, CHRU), ESPIC et privés du Nord-Pas-de-Calais se sont fédérés dans un groupement d'intérêt public dont l'activité sont la recherche épidémiologique et la recherche clinique.* » (Danel, 2012, p.297).

La fédération régionale de recherche en santé mentale est un groupement d'intérêt public (Gip) qui comporte deux conseils : un conseil d'administration qui est décisionnaire et un conseil scientifique qui est consultatif. Le conseil d'administration est présidé par le Docteur Martine Lefebvre. On y retrouve 9 directeurs d'établissement et 9 présidents de Commission médicale d'établissement (CME). Le conseil scientifique, lui, est présidé par le Professeur Pierre Thomas. Concernant les membres permanents de la fédération, on y retrouve le Docteur Thierry Danel qui est directeur, Delphine Pastureau qui est assistante de direction, Laurent Plancke qui est sociologue et chargé d'études, Alina Amariei qui est aussi chargée d'études et Nathalie Pauwels qui est chargée de communication.

### *b. Les objectifs*

Le but du groupement des établissements en santé mentale, est de promouvoir la recherche en psychiatrie et en santé mentale dans la région des Hauts de France (Nord-pas-de-calais-picardie). Il fédère ses partenaires sur une action collective pour apporter par la suite, une meilleure prise en charge des personnes en souffrance psychique.

Ainsi, avoir une meilleure connaissance épidémiologique dans le domaine de la santé mentale permet de mieux appréhender les besoins de la population. Ils utilisent alors les données des bases nationales et régionales. Les publications effectuées par la fédération permettent d'avoir un impact et d'apporter des informations aux politiques régionales

sanitaires. Ces études menées sont donc des outils permettant d'éclairer les décideurs sur les politiques de santé à mettre en œuvre.

### *c. Les activités et actions mises en place*

La F2RSM apporte son aide méthodologique à des projets de recherche mis en place par des étudiants ou des acteurs de terrain. Car, la recherche est souvent confronté à divers obstacles. C'est pour cela que la F2RSM propose d'accompagner sur les différentes étapes, les personnes qui voudraient entreprendre une recherche en santé mentale sur la région.

La Fédération a mis en place un audit intrarégional permettant d'interroger les pratiques professionnelles problématiques pour les personnels soignants : (Isolement et contention en milieu psychiatrique, ...). Il sera attribué aux établissements participants, par tirage au sort, un autre établissement. Chacun des établissements va mettre à disposition deux auditeurs, qui se déplaceront dans l'établissement attribué ainsi qu'un référent d'accueil. Cela va permettre de créer des rencontres entre les équipes, tout en permettant un dialogue à l'échelle régionale et en mettant en avant les pratiques en cours. Un des objectifs est de proposer des recommandations. D'ailleurs, les établissements peuvent se saisir de ces recommandations pour modifier éventuellement leurs pratiques.

Chaque trimestre une demi-journée de rencontres et d'échanges se met en place et est proposé par un établissement adhérent qui choisit la thématique. Ces moments de rencontre sont essentiels puisqu'ils permettent à toutes les équipes de santé mentale de faire connaissance, en échangeant sur leurs pratiques qui peuvent se relever différentes.

En ce qui concerne la valorisation des initiatives et des travaux de recherche en santé mentale, elle passe par la publication d'articles, par de la communication dans les congrès régionaux et nationaux. On les valorise aussi grâce à la diffusion des travaux, aux réunions, aux rencontres, aux projets, aux aides proposées et par le site internet de la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale.

D'ailleurs, elle propose sur son site internet un accès libre aux indicateurs de santé mentale et à l'annuaire des centres-médico-psychologiques (CMP) de la région. Elle met en place des soirées de réflexion éthique en santé mentale permettant de mettre à disposition un espace et un temps pour une réflexion collective et pour questionner le soin. On retrouve alors dans ces soirées, des soignants, des personnels administratifs, des usagers...

La fédération réalise donc de nombreuses études sur des thématiques différentes. Pour citer quelques thèmes d'étude récents :

- Suicides et tentatives de suicide
- Défavorisation sociale
- Approches géographiques et démographiques
- Recours aux médicaments psychotropes
- Troubles dépressifs

...

La F2rsm travaille, actuellement, sur le projet « troubles dépressifs ». Celui-ci comporte deux volets :

- Une étude sur l'apport des enquêtes en population générale et des bases médico-administratives pour documenter les troubles dépressifs
- Une enquête sur le non-recours aux soins des personnes ayant des troubles dépressifs

## **B. Méthodologie 1<sup>ère</sup> Partie : le non-recours aux soins des personnes ayants des troubles dépressifs**

### *a. Problématique posée*

Le non-recours aux soins<sup>7</sup> lors de troubles dépressifs est fréquent mais, les causes responsables de cette non-prise en charge par les professionnels de santé mentale (y compris les médecins généralistes) restent encore inconnues.

Cette étude s'intéresse à l'influence des représentations sociales sur le phénomène de non-recours aux soins des personnes ayant des troubles dépressifs.

### *b. Les objectifs de l'étude*

- L'identification des caractéristiques de la population concernée

---

<sup>7</sup> Le non-recours est, ici, à entendre comme non pris en charge par un professionnel de santé mentale ou par un médecin généraliste

- La connaissance et la compréhension des raisons du non-recours aux soins
- La connaissance et la compréhension des représentations de la population concernée (dépression, professionnels de santé, structures, traitements thérapeutiques)

### *c. Mission et activités confiées*

La mission principale est la réalisation d'une étude quantitative d'identification des facteurs associés au non-recours aux soins chez les personnes dépressives. Les activités clairement définies par Laurent Plancke, étaient de réaliser :

- Une recherche bibliographique sur le thème de l'étude
- Une étude de faisabilité au sein de services d'urgences<sup>8</sup>
- Des entretiens semi-directifs avec des personnes présentant des troubles dépressifs n'ayant pas eu de recours et traitement
- Une analyse des entretiens
- Une rédaction d'un rapport d'étude (avec pistes pour l'amélioration des rencontres personnes dépressives – soignants)

Malheureusement, à cause de difficultés administratives, la méthodologie de l'enquête a été modifiée<sup>9</sup>. Un questionnaire a été diffusé par internet afin de toucher un large public et de trouver la population cible.

Ainsi, les missions finales étaient :

- Une recherche bibliographique sur le thème de l'étude
- Un questionnaire adapté aux objectifs de l'étude
- Du démarchage, afin d'obtenir des accords de certains Forums Santé et de sites pour diffuser le questionnaire
- La diffusion du questionnaire afin de recueillir un maximum de données
- L'analyse des données
- La rédaction d'un rapport d'étude (avec recommandations)

---

<sup>8</sup> Activité annulée due à des difficultés administratives. (Accord du CPP)

<sup>9</sup> En effet, au début nous voulions réaliser en complémentarité, des entretiens semi-directifs avec des patients en urgences psychiatriques. Car, certaines personnes dépressives non-recourantes, peuvent, à tout moment, décompenser et passer à l'acte (tentative de suicide, scarifications...). Malheureusement, nous avons dû abandonner ce projet car, il fallait avoir l'accord du comité de protection des personnes (CPP), ce qui posait un problème de temps pour la réalisation de l'étude.

#### *d. Echantillon*

L'échantillon de l'enquête se constitue de 153 répondants. Au sein de ceux-ci, 110 sont positifs au Mini<sup>10</sup> dont 68 recourent à un professionnel de santé et 42 ne recourent pas.

#### *e. La population cible*

Cette étude vise à avoir des répondants positifs au Mini et ne recourant pas aux soins, plus précisément, à un professionnel de santé.

#### *f. La méthode générale utilisée*

Après un travail de réflexion avec Laurent Plancke, accompagné de Ruben Elisee, médecin interne de santé publique, et d'Alina Amariei, chargée d'étude, l'enquête a été réalisée par un questionnaire internet anonyme auto administré avec essentiellement, des questions fermées.

Le public, susceptible d'être concerné, a été approché, essentiellement, par le biais de Forums Santé, de sites internet et de réseaux sociaux.

Un entretien semi-directif a été réalisé avec le Docteur Benjamin Weil, psychiatre au Centre psychiatrique d'accueil et d'admission (CPAA). Quelques questions ont pu être posées, également, au Docteur Michel Maron à l'hôpital Michel Fontan<sup>1</sup>, lors d'une réunion. Ces entretiens avaient pour but d'acquiescer des informations supplémentaires sur la dépression et leurs avis sur le non-recours aux soins des personnes ayant des troubles dépressifs.

Vous pouvez trouver en annexes, un tableau récapitulatif présentant succinctement l'étude réalisée, grâce à la méthode des 3QPOC (annexe 1) ainsi que la retranscription d'entretien avec le Docteur Benjamin Weil (annexe 3 ; enregistrement vocal). Vous pourrez retrouver aussi quelques indications données par le Docteur Michel Maron (annexe 4 ; prise de note).

---

<sup>10</sup> Le Mini (Mini International Neuropsychiatric Interview) est un outil diagnostique permettant d'identifier différents troubles selon les critères du DSM et de la CIM-10 : comme l'épisode de dépression majeure, les épisodes maniaques, le trouble panique, l'agoraphobie, l'anxiété généralisée, les désordres obsessionnels compulsifs, les troubles psychotiques...

## C. Méthodologie 2<sup>ème</sup> partie : Etapes par étapes

### *a. Recherche bibliographique et lectures*

Dans un premier temps, une recherche bibliographique a été réalisée, puisque les lectures préalables à l'enquête sont essentielles afin de maîtriser le sujet de l'étude à entreprendre. Les bases de données existantes ont été utilisées, afin de trouver des articles pertinents (Cairn, google scholar...). Ces recherches et ces lectures ont permis de clarifier le sujet tout en ayant une vue d'ensemble sur la problématique posée. Les articles et écrits étudiés concernaient la dépression, le non-recours, le non-recours aux soins, le non-recours en santé mentale, l'histoire de la psychiatrie, l'apparition de la notion de santé mentale...

Malheureusement, ayant peu d'écrits sur le non-recours aux soins pour les troubles dépressifs, les articles sur le non-recours aux soins en général, notamment ceux écrits par Antoine Rode, ont été enrichissants. Cette phase était très importante, puisqu'elle permettait d'appréhender les raisons possibles du non-recours et les représentations, tout en posant des hypothèses. Il était nécessaire d'approcher le sujet et de le maîtriser en profondeur en amont, avant la concrétisation de l'étude.

Les raisons possibles du non-recours aux soins des personnes dépressives, d'après les lectures effectuées sont :

- Les représentations négatives des professionnels de santé ou des traitements disponibles
- La non connaissance de leur trouble (le déni)
- Les représentations négatives des troubles mentaux
- L'impossibilité de se déplacer aux lieux de soins (l'éloignement géographique)
- La méfiance envers la médecine ou les professionnels de santé
- La crainte d'être jugé, catégorisé
- La méconnaissance des professionnels de santé et des structures disponibles
- La peur de savoir qu'ils sont malades
- Les délais d'attente trop importants

- L'impossibilité de s'arrêter de travailler
- L'illégitimité de la plainte, juger des situations comme plus douloureuses, plus difficiles

Vous trouverez page 66, la bibliographie réalisée afin de réaliser cette étude.

### *b. Création du questionnaire*

Le questionnaire est une des méthodes utilisées pour étudier les faits psychosociologiques. Il permet de recueillir des informations afin de comprendre et d'expliquer certains faits, comme le non-recours aux soins des personnes ayant des troubles dépressifs. Cette méthode est quantitative et s'applique à un ensemble permettant de réaliser des inférences statistiques. Elle permet de réaliser des estimations, des descriptions tout en vérifiant des hypothèses émises préalablement. La recherche réalisée est plutôt dans une démarche déductive, où le questionnaire est utilisé comme un outil afin de confirmer ou d'infirmer une ou des hypothèse(s) émise(s) en amont.

L'étape précédente a permis de réaliser le questionnaire. La connaissance des raisons du non-recours aux soins ainsi que les représentations sociales possibles, étaient une aide quant aux questions posées au sein du questionnaire. En effet, le fait d'avoir pris connaissance à travers de nombreux écrits que la méconnaissance des lieux disponibles, des professionnels de santé avaient un impact sur le recours au système de soins a permis de créer des questions en cohérence avec les lectures effectuées. Les réponses données aux questions ont permis de connaître et de comprendre les raisons les plus fréquentes de ce non-recours ainsi que les représentations sociales associées aux troubles dépressifs.

La réalisation du questionnaire a été effectuée avec Google Forms afin de simplifier l'utilisation et la récolte de données sur internet. La création du questionnaire n'a pas été aisée puisqu'il fallait produire des questions accessibles à tous (au niveau de la compréhension) et demandant un temps restreint. Ce qui fut difficile était de transformer le MINI en auto-questionnaire, sans réellement changer la forme des questions pour des raisons psychométriques. Or, les questions du MINI sont assez longues et ne sont pas abordables par tous. Il était essentiel aussi que le questionnaire ne demande pas trop de temps, afin de ne pas décourager les répondants lors de leur participation.

Ainsi, le questionnaire a été expérimenté grâce à une phase de test. L'objectif était de présenter le questionnaire à différentes personnes afin d'avoir leurs avis concernant la compréhension et le temps requis. Cette méthode a permis d'améliorer les questions afin de les rendre plus accessibles.

Concernant l'organisation du questionnaire, il se compose de plusieurs parties :

- Il y a les deux premières questions du MINI<sup>11</sup> qui redirigent les répondants en fonction des réponses.
- S'ils répondent au moins une fois « oui » au deux premières questions, les personnes seront redirigées vers la suite des questions du Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), sur le recours aux soins, sur leurs représentations existantes et termineront l'étude par leurs données sociodémographiques.
- Mais, si les personnes répondent « non » aux deux premières questions du MINI, elles seront directement redirigées vers la partie sur les représentations, comme elles ne seront pas positives au Mini et pourront répondre aux questions sociodémographiques.

Mais, le questionnaire ne permet pas d'apporter un diagnostic au répondant. Seul un médecin peut diagnostiquer un trouble dépressif chez un patient. Le répondant ne sera donc pas au courant, qu'il est positif au questionnaire du Mini. Le contact de la plateforme téléphonique de France Dépression a été intégré au sein du questionnaire, suite à leur accord, afin de permettre aux répondant de les contacter pour de l'aide (Exemple : orientation).

En revanche, dans la partie du « non-recours » au sein du questionnaire les répondants étaient interrogés sur leur recours à un professionnel de santé, à un autre type de professionnel et sur leur consommation de produits (illicites, alcool, plante ...) pour les soulager.

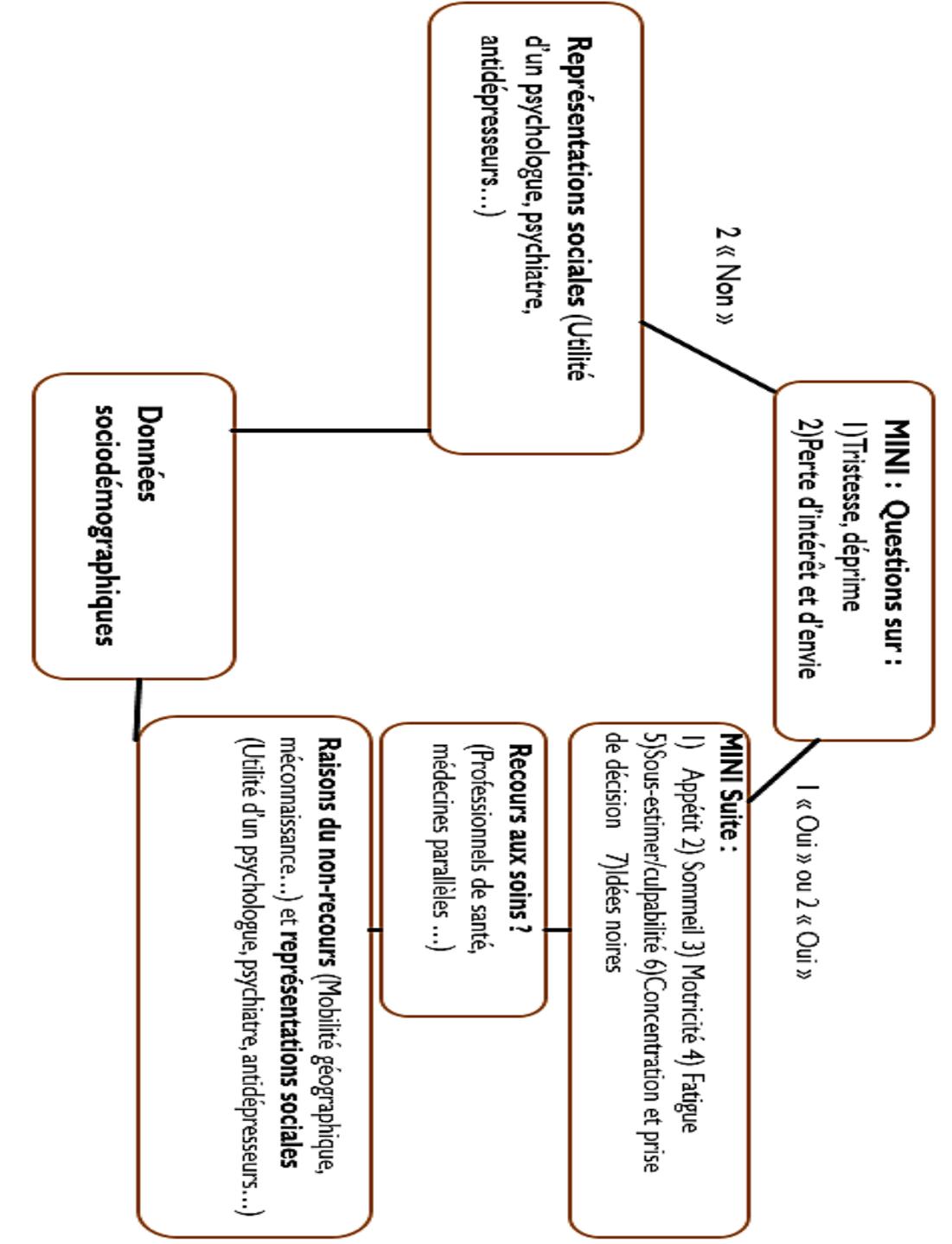
Mais, dans le questionnaire toute personne n'ayant recours à aucun professionnel de santé était considérée comme non-recourante. Or, on peut se demander si une personne qui fait appel à un naturopathe, à un marabout... peut vraiment être considérée comme non-recourante. Cette étude est basée sur une version très sanitaire du non-recours et sur une représentation très occidentale et scientifique du soin. L'approche utilisée ressemble donc à celle du rapport écrit par le Cetaf et Odenore (CNRS-PACTE/ODENORE, 2008) considérant qu'il y a non-recours lorsqu'une personne n'a pas consulté de médecin (généraliste ou spécialiste). Mais, cela pourrait être tout à fait critiquable car, l'utilisation de plantes peut être

---

<sup>11</sup> Les questions du MINI concernent les deux dernières semaines.

considérée comme un recours aux soins. D’ailleurs, dans de nombreux autres pays, les plantes sont les meilleurs soins proposés.

Schéma explicatif pour simplifier la compréhension du fonctionnement du questionnaire :



### *c. Démarchage et diffusion :*

Lorsque le questionnaire a été finalisé, il a fallu démarcher les Forums Santé et certains sites afin d'avoir leur accord concernant la diffusion du questionnaire. Il y a donc eu des prises de contact avec eux par email ou par téléphone pour simplifier la compréhension de la demande. Cette étape a été la plus difficile, car, les relances ont parfois été nombreuses et sans réponse.

Les forums et les sites concernés étaient :

<b>Forums</b>	<b>Accord/Refus</b>	<b>Date</b>	<b>Insertion</b>
Atoute	Refus	21/04/2016	
Onmeda			
Filsantéjeunes			
Futura Sciences			
Vulgaris Medical			
Doctissimo	Accord +/-	03/05/2016	03/05/2016
e-santé			
France Depression	Accord	28/04/2016	12/05/2016
Psychologies	Accord	26/04/2016	04/05/2016
Psycom	Accord	11/05/2016	18/05/2016
F2RSM	Accord	24/06/2016	26/05/2016

Le questionnaire a pu être intégré au sein de Psychologies.com grâce à Monsieur Lucien Fauvernier, rédacteur de psychologies.com. Un accord a été donné par la présidente de France Dépression, Madame Maunoury, concernant l'intégration des coordonnées de leur plateforme d'écoute téléphonique à la fin du questionnaire et l'intégration du questionnaire lui-même au sein de leur site internet. Suite à l'accord donné par Jacqueline Ilic, le questionnaire a pu être incorporé au sein de Psycom.

Par la suite, le questionnaire a été intégré au sein des Forums Onmeda et Vulgaris Médical, malgré, le manque de réponse de leur part. Une page Facebook a été créé afin de

diffuser au maximum le questionnaire et de toucher un plus grand public avec des caractéristiques diverses. Car certains Forums Santé peuvent être, parfois, plus consultés par des individus d'une classe d'âge particulière. Ainsi, vous pouvez consulter la page Facebook créé, en écrivant dans le moteur de recherche de Facebook : « Etude : troubles dépressifs et non-recours ».

#### d. Récolte des données et analyse des résultats

### Description de l'échantillon

153 personnes ont répondu au questionnaire en ligne, dont 110 étaient positives à l'échelle du Mini pour les troubles dépressifs.

Tableau 1 Distribution de l'ensemble des répondants selon leurs caractéristiques socio-biographiques et leur recours aux soins. N=153.

Variable	Modalité	Ensemble		Dont Mini+	
		N	%	N	%
<b>Ensemble</b>		153	100%	110	100%
<b>Sexe</b>	Hommes	34	22%	20	18%
	Femmes	118	77%	89	81%
	NR**	1	1%	1	1%
<b>Statuts principaux</b>					
	Au chômage	20	13%	18	16%
	En emploi	76	50%	53	48%
	Etudiant	37	24%	23	21%
	Foyer	6	4%	5	5%
	Retraite	13	8%	10	9%
	Autres	1	1%	1	1%
	NR**	0	0%	1	1%
<b>Catégorie socio-professionnelle</b>					
	Artisans, commerçants ou chefs d'entreprise	6	4%	5	5%
	Cadres et professions	42	28%	28	25%

	intellectuelles supérieures				
	Employés	41	27%	33	30%
	Ouvriers	2	1%	2	2%
	Professions intermédiaires	14	9%	7	6%
	Retraités	5	3%	4	4%
	Autres, sans activité professionnelle	41	27%	30	27%
<b>Mini troubles dépressifs</b>	Non	43	28%		
	Oui avec recours	68	45%	68	62%
	Oui sans recours*	42	27%	42	38%

\*\* NR : non répondu

\*est considéré comme non-recourant, toute personne qui n'a pas consulté de professionnel de santé mentale ou son médecin généraliste pour des troubles dépressifs, durant les 12 derniers mois

La distribution des caractéristiques sociodémographiques des répondants de l'étude, permet d'analyser l'échantillonnage réalisé par les choix méthodologiques de l'étude et est détaillée dans ce tableau. Les répondants de l'étude, sont des femmes à 77 %, ont un emploi à 50 % et un peu plus de la moitié de ces 50% est répartie régulièrement dans 2 catégories socio-professionnelle : cadres (28%) et employés (27%).

Une réponse plus fréquente des femmes au questionnaire est attendue car :

- L'INSEE a démontré que les femmes étaient plus nombreuses à s'informer sur la santé (52,3%) par le biais d'internet comparées aux hommes (39 ,2%)(INSEE, 2010)

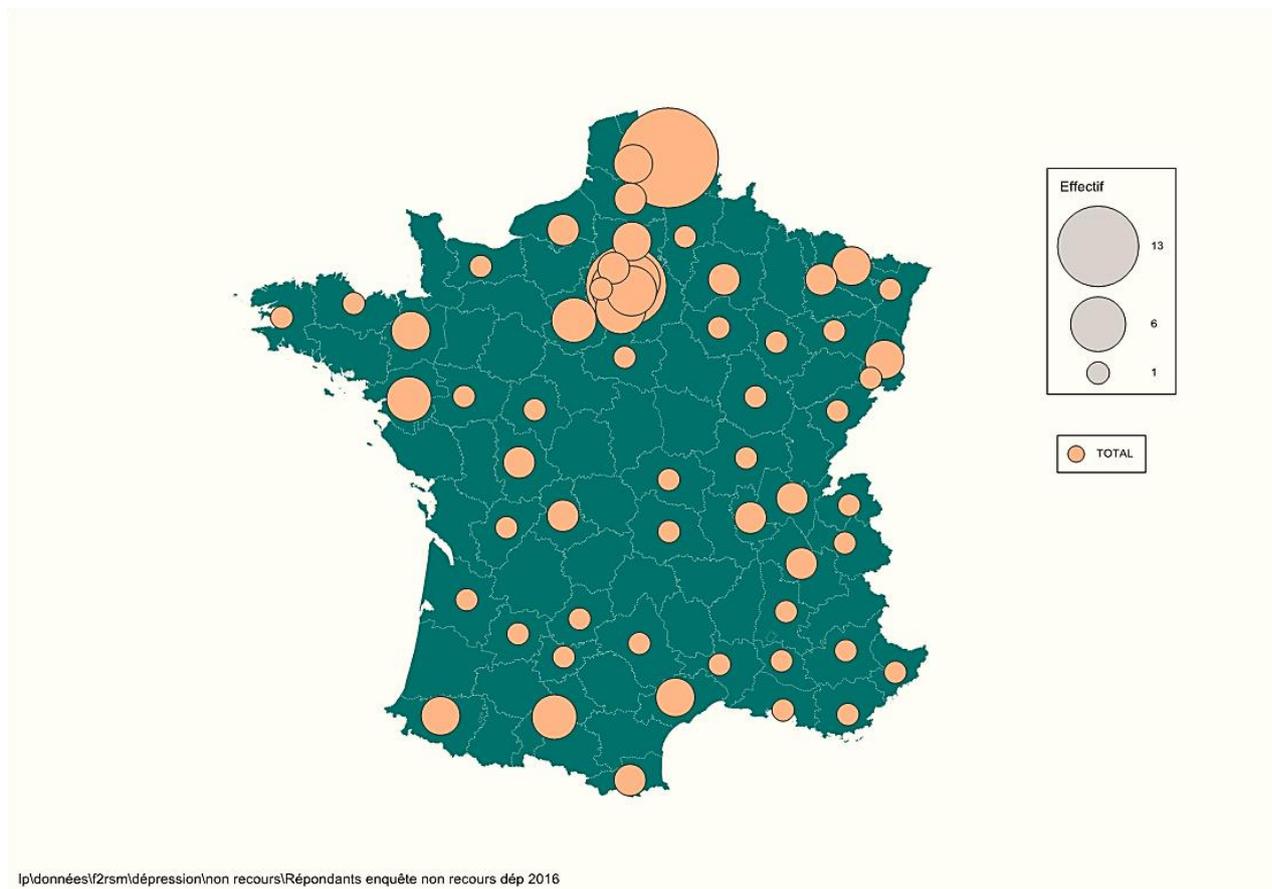
- Le Baromètre Santé a mis en avant que les femmes étaient plus touchées par les troubles dépressifs (10%) que les hommes (5.6%) (F. Beck & Guignard, 2012).

- La présentation sur les sites internet mentionnait la notion de troubles dépressifs, et les femmes sont plus touchées par cette pathologie (F. Beck & Guignard, 2012; Lamboy & Léon, 2006).

Les personnes qui ne sont pas positives pour troubles dépressifs par le Mini sont exclues de l'étude. Sur les 153 répondants, 110 sont positives pour le Mini et sont donc incluses dans l'étude. La proportion des personnes positives pour le Mini est importante (72%) du fait de la stratégie de diffusion de l'enquête : phrase d'accroche et sites démarchés. Parmi les 110 personnes repérées, 38% ne recourent pas à un professionnel de santé. Bien que la méthode utilisée pour cette enquête est très différente et conduit ainsi à un échantillon non représentatif de l'ensemble de la population des personnes souffrant de troubles dépressif, la proportion de non-recourants obtenue est similaire à la proportion obtenue par le baromètre santé (F. Beck & Guignard, 2012).

Au final, la distribution des caractéristiques sociodémographiques des répondants décrit surtout une population active et féminine. Cet échantillonnage s'explique logiquement par des modes d'usage de l'outil informatique et par la prévalence des troubles dépressifs.

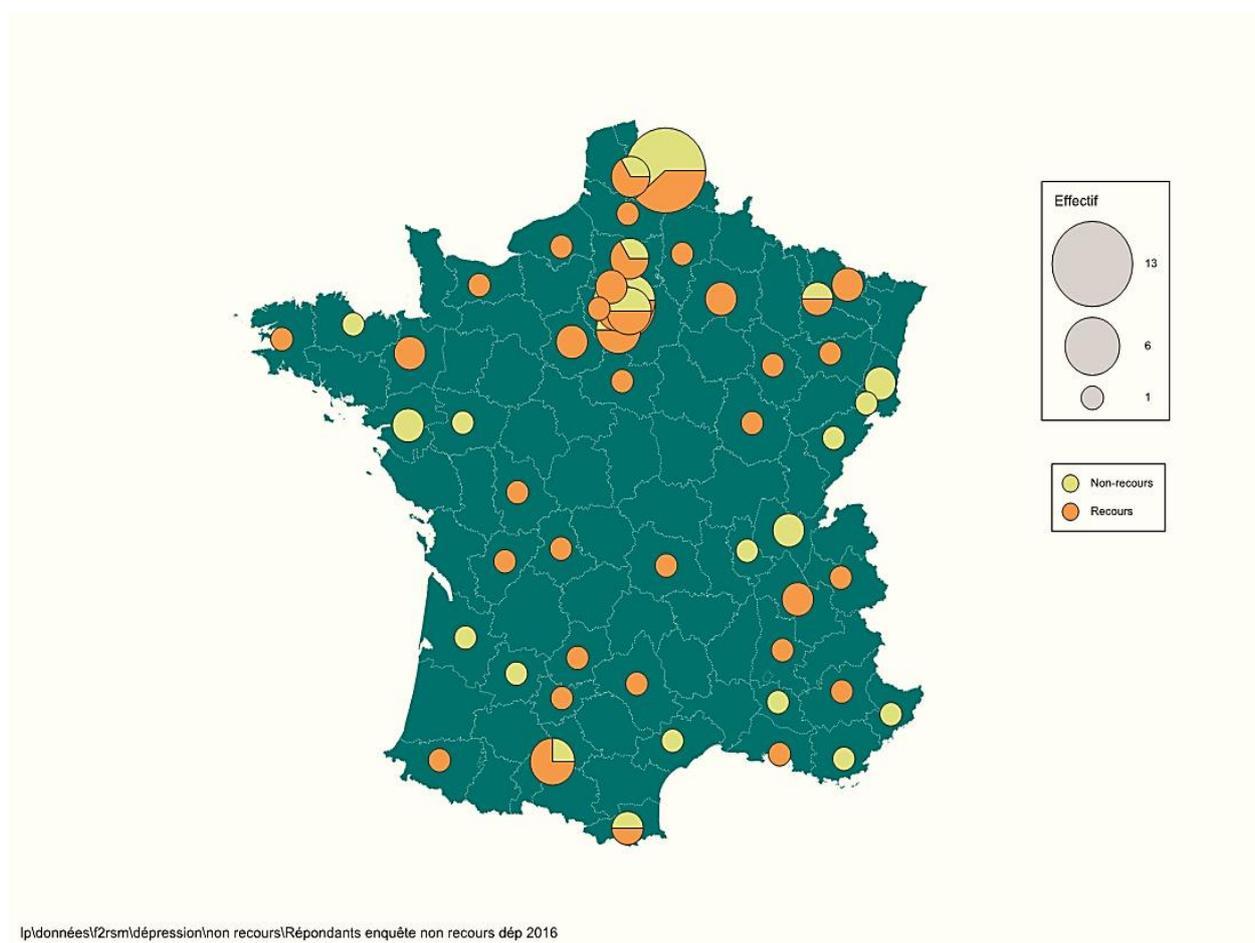
Figure 1. Répartition géographique des répondants N=153



La figure 1 concernant la répartition géographique des répondants permet de mettre en avant les départements et les régions surreprésentés dans l'enquête. Le taux de répondants est plus important au sein de deux régions, qui sont, les Hauts-de-France et l'Ile-de-France. Un quart (25%) des répondants se situent au sein de la région Ile-de-France. Cette participation active au questionnaire se retrouve aussi, en Hauts-de-France, avec environ 19% des répondants.

Ces taux importants s'expliquent par le biais de lancement de l'étude qui s'est réalisé à Lille et par le fait que le nombre d'habitants est bien supérieur en Ile-de-France (12 073 914 habitants) (INSEE, 2016).

Figure 2. Répartition géographique des répondants positifs au Mini, selon leur recours ou non à un professionnel de santé.  
N= 110

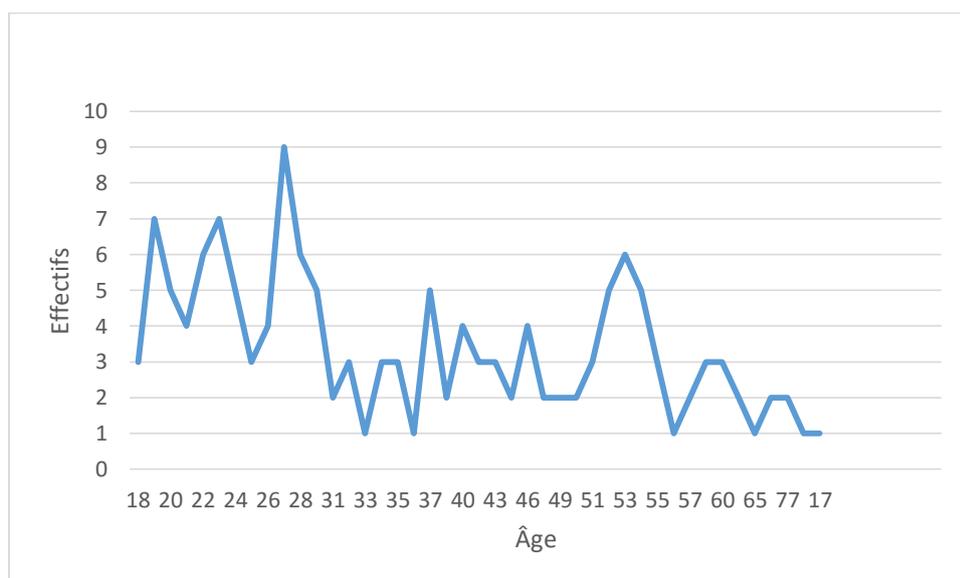


La figure 2, s'intéressant à la répartition géographique des répondants positifs au Mini, selon leur recours aux soins, permet de mettre en avant les régions qui sont surreprésentées au sein de l'étude.

On observe que plus d'un quart des répondants positifs au Mini se trouvent au sein de l'Ile-de-France avec 27% et un peu moins d'un quart, 24%, au sein des Hauts-de-France. 29 % des personnes non-recourantes positives au Mini, habitent en Ile-de-France, contre 31 % dans les Hauts-de-France.

Les non-recourants sont donc plus présents au sein des Haut-de-France. Comme dit précédemment, il faut tenir compte du biais de lancement de l'étude. De plus, le taux supérieur de répondants positifs au Mini en Ile-de-France est essentiellement dû au nombre important d'habitants au sein de cette région. (INSEE, 2016)

Figure 3. Répartition des répondants selon leur âge. N=153



La répartition des répondants selon leur âge, au sein de la figure 3, permet d’observer la distribution de l’échantillon et de comparer cette répartition à la population générale.

Au sein de cet échantillon, la part de personne ayant 27 ans est la plus importante (9 répondants), suivie, de celle de 19 ans et de 23 ans (7 répondants chacun). La moyenne d’âge des répondants (N=153) est d’environ 38 ans. On voit que les personnes âgées de 60 ans et plus sont moins représentées que les « jeunes » car elles utilisent moins internet (INSEE, 2010).

Au vu de la courbe des âges, les répondants ont été regroupés en 3 classes afin de pouvoir comparer l’échantillon à la distribution de la population française : 20-39 ans, 40 à 59 ans et les 60 ans ou plus.

Tableau 2. Comparaison de la structure par âge de l’échantillon des répondants et de la population française, pour les personnes de 20 ans et plus.

	20-39 ans	40-59 ans	60 ans et +
Population France 2015	32%	36%	33%
Échantillon	48%	42%	10%

Le tableau 2, permet de comparer la distribution de l'échantillon par âge, en fonction de la distribution de la population française selon l'INSEE (INSEE, 2016). On se rend compte que les 20-39 ans et que les 40-59 sont surreprésentés au sein de l'enquête. Alors qu'à l'inverse les 60 ans et plus sont sous-représentés. Cette sous-représentation s'explique, comme dit précédemment, par la fréquence d'utilisation d'internet par les personnes âgées (INSEE, 2010).

### Les réponses aux items du Mini sur les troubles dépressifs

Afin de simplifier la compréhension du tableau il est important de comprendre le fonctionnement du Mini au sein de cette enquête. Ainsi, les personnes qui répondaient au moins une fois oui, à la première partie pouvaient répondre à la deuxième partie. La 1<sup>re</sup> partie du questionnaire interrogeait les répondants sur une partie de la symptomatologie dépressive (tristesse, perte d'intérêt), la deuxième partie, elle, s'intéressait aux autres symptômes possibles (perte ou prise de poids, lenteur ou agitation...). Un répondant est considéré positif au Mini soit lorsque celui-ci a répondu « oui » une fois à la première partie et 4 fois à la deuxième partie soit lorsqu'il a répondu « oui » deux fois à la première partie et 3 fois à la deuxième partie. Ces deux premières parties du questionnaire du Mini s'intéressaient à la période des 2 dernières semaines. La troisième partie du Mini permettait de mettre en évidence si le répondant avait déjà eu un épisode dépressif majeur passé.

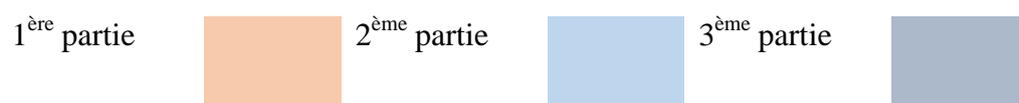


Tableau 3. Répartition de l'ensemble des répondants, selon les questions du Mini (N1=153 - N2=124)

Ensemble des répondants		N=153	
Variable	Oui	%	
		Oui	
Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) particulièrement triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours ?	123	80%	
Au cours des deux dernières semaines, aviez-vous presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisent habituellement ?	98	64%	
Répondants ayant répondu positivement à au moins une des questions ci-dessus		N=124	
Au cours de ces deux dernières semaines, votre appétit a-t-il notablement changé, ou avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ?	78	63%	
Au cours de ces deux dernières semaines, aviez-vous des problèmes de sommeil presque toutes les nuits ?	83	67%	
Au cours de ces deux dernières semaines, parliez-vous ou vous déplaciez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire vous sentiez-vous agité(e), et aviez-vous du mal à rester en place, presque tous les jours ?	87	70%	
Au cours de ces deux dernières semaines, vous sentiez-vous presque tout le temps fatigué(e), sans énergie, et ce presque tous les jours ?	108	87%	
Au cours de ces deux dernières semaines, vous sentiez-vous sans valeur ou coupable, et ce presque tous les jours ?	98	79%	
Au cours de ces deux dernières semaines, aviez-vous du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions, et ce presque tous les jours ?	100	81%	
Au cours de ces deux dernières semaines, avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou avez-vous pensé à vous faire du mal ?	79	64%	
Au cours de votre vie, avez-vous eu d'autres périodes de deux semaines ou plus durant lesquelles vous vous sentiez déprimé(e) ou sans intérêt pour la plupart des choses et où vous aviez les problèmes dont nous venons de parler ?	116	94%	
Cette fois ci, avant de vous sentir déprimé(e) et/ou sans intérêt pour la plupart des choses, vous sentiez-vous bien depuis au moins deux mois ?	53	43%	

Le tableau 3, ci-dessus, permet d'observer la répartition des répondants en fonction de leurs réponses données au Mini et d'observer la symptomatologie dépressive. 110 répondants sur 153 sont positifs au Mini. Comme présenté lors de la description de l'échantillon, ce sont très majoritairement les personnes touchées par la symptomatologie dépressive qui participaient à l'enquête. Environ 9 personnes sur 10 répondaient être presque tout le temps fatigués, 8 sur 10 tristes, sans valeur ou en difficulté à se concentrer, 7 sur 10 environ disaient connaître des insomnies, une motricité perturbée et 6 sur 10 une perte d'appétit ou des idées noires.

### Recours 12 derniers mois des répondants positifs au Mini (N=110)

Tableau 4 Répartition des recours des répondants positifs au Mini pour les troubles dépressifs. N=110.

N=110		
Variable	Oui	% oui
Avez-vous pris un ou des médicament(s) en relation avec une tristesse, une perte d'intérêt ... ?	57	52%
Avez-vous pris de l'alcool ou un produit illicite (cannabis, cocaïne...) pour soulager une tristesse, une perte d'intérêt ... ?	41	37%
Avez-vous pris des antidépresseurs ou anxiolytiques pour soulager une tristesse, une perte d'intérêt ... ?	56	51%
Avez-vous vu un autre type de professionnel (guérisseur, marabout ...) ou employé d'autres produits (plantes, ... ) pour soulager une tristesse, une perte d'intérêt ... ?		
Autres types prof NP*	6	5%
Autres types prof NP* + plantes	6	5%
Litho thérapie	1	1%
Naturopathie	1	1%
Plantes	17	15%
Complexes PV	1	1%
Homéopathie	2	2%
Méditation	1	1%
Reiki	1	1%
Non	72	65%
NR**	1	1%

Avez-vous eu recours à un ou des professionnel(s) de santé ? Si oui, lequel ou lesquels ?	N=68	
Médecin généraliste	39	57%
Psychiatre	34	50%
Psychologues	27	40%
Psychothérapeutes	9	13%
Psychanalyste	2	3%
Neurologue	1	1%

\*Non précisé

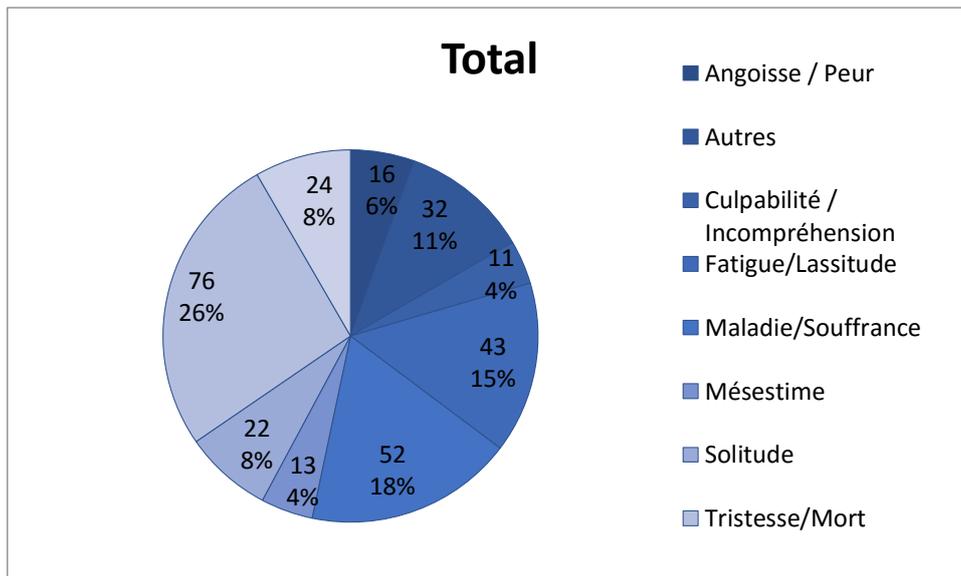
\*\* Non répondu

L'objectif du tableau 4 est de mettre en avant la variété des thérapeutiques des répondants. On peut observer les différents professionnels de santé que rencontrent les recourants ainsi que les autres thérapeutiques utilisées par les répondants positifs au Mini mais classés non-recourants. Concernant les répondants positifs au Mini, recourants, 57% consultent leur médecin généraliste contre 50% un psychiatre. On peut donc imaginer l'importance du médecin généraliste dans le diagnostic, mais surtout dans la prise en charge et l'orientation des patients avec des troubles dépressifs.

La majorité des répondants positifs au Mini, consomment des psychotropes (51%). Mais en réalité, ce sont essentiellement les recourants qui les consomment, puisque la délivrance n'est légale que sur prescription médicale.

### Description des opinions et représentations

*Figure 4. Nombre de mots utilisés par les répondants pour définir la dépression, classés dans différentes catégories N=289*



Lors de la passation du questionnaire, les répondants étaient invités à citer quelques mots qu'ils associaient au mot « dépression ». Les mots recueillis ont été classés par catégories afin de mettre en exergue les représentations les plus fréquentes. 289 mots ont été proposés, soit 1.9 mots par répondant en moyenne.

Les catégories les plus récurrentes étaient « Tristesse/Mort » avec 26% des répondants et « Maladie/Souffrance » avec 18%. Exemple de mots fréquemment utilisés : « tristesse » (14%), « suicide » (4%), « souffrance » (4%), « mort » (3%), « pleurs » (3%) et « désespoir » (2%). Les mots utilisés font ainsi référence à des représentations et au vécu du trouble lui-même...

Figure 5. Représentations I des répondants positifs au Mini

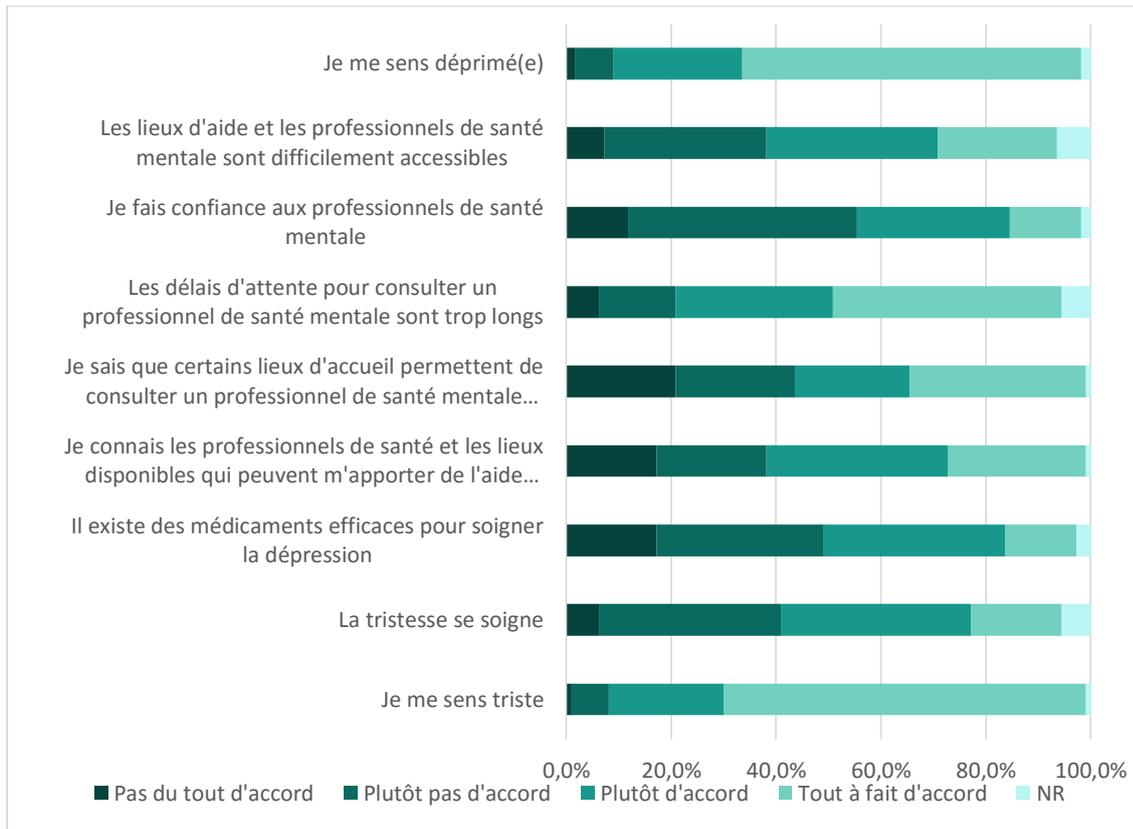
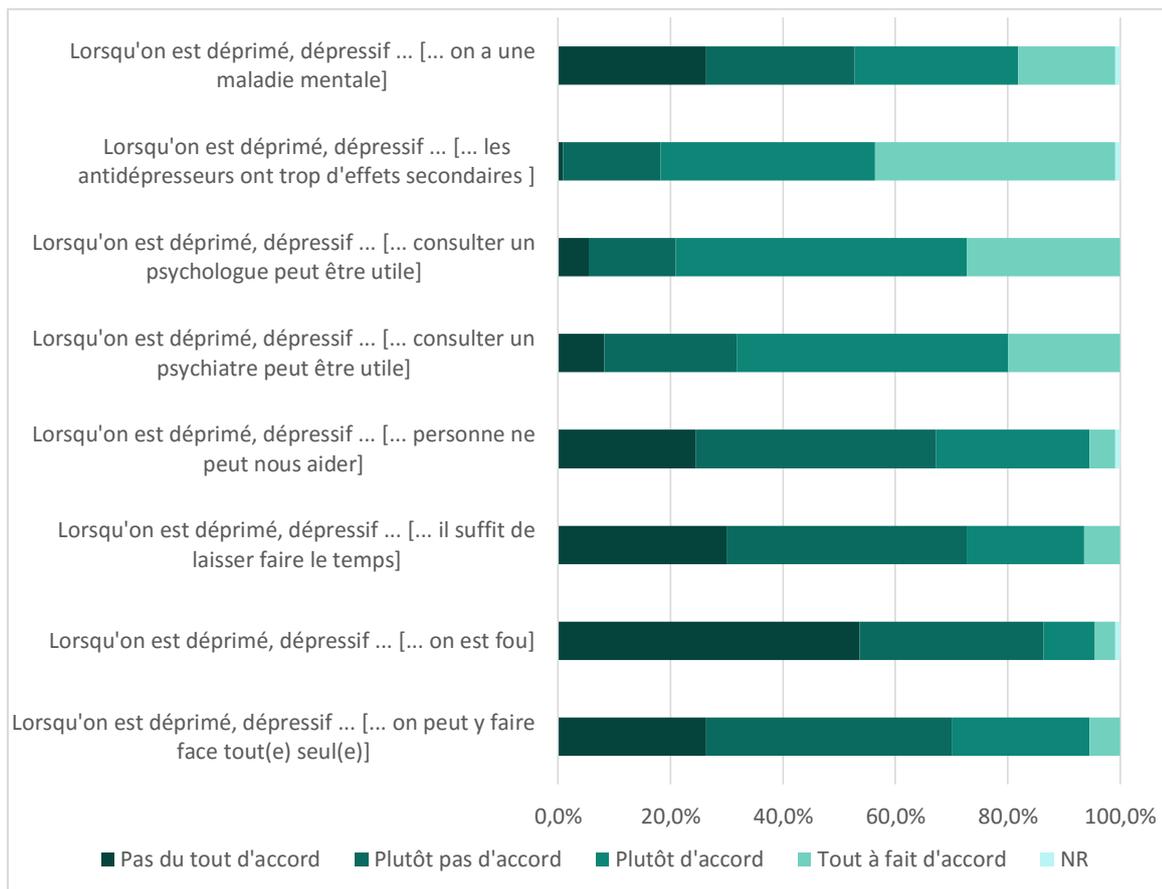


Figure 6 Représentations II des répondants positifs au MINI



Les Figures 5 et 6 rendent compte des représentations des répondants positifs au Mini, selon des propositions établies au sein du questionnaire.

Parmi les positifs au Mini, de manière attendue, presque la totalité se sentent déprimé(e) (89%<sup>12</sup>) et/ou triste (91%) (Figure 5). On note un très faible taux de non-répondants (1 à 6 % selon les questions).

L'information sur les lieux de soins est disparate (Figure 5). Un peu moins de la moitié des répondants (près de 44%) ne connaissent pas les lieux d'accueil permettant de rencontrer un professionnel de santé mentale « gratuitement ». Plus de la moitié des participants (près de 60%) ont connaissance des professionnels de santé et des lieux pouvant les aider lors d'une dépression.

Les représentations sur les soins disponibles est défavorable pour la majorité des répondants positifs au Mini. La majorité d'entre eux soulignent des difficultés d'accès aux soins (difficulté d'accès aux professionnels de santé mentale : 55%, délais d'attente trop importants : 74%). Plus de la moitié d'entre eux avouent ne pas avoir confiance aux professionnels de santé mentale (près de 55%). La majorité ont les représentations négatives des médicaments (81 % pensent que les antidépresseurs ont trop d'effets secondaires, 48 % pensent que les médicaments ne sont pas efficaces contre les troubles dépressifs). Les représentations négatives des antidépresseurs est une donnée bien décrite dans la littérature (12).

En ce qui concerne la représentation sociale qu'ils se font du trouble dépressif lui-même (Figure 6), les répondants positifs au Mini hésitent à le classer comme une maladie

---

<sup>12</sup> Somme des réponses « Plutôt d'accord » et « tout à fait d'accord » ; de même dans l'ensemble du paragraphe.

mentale (52,8 % de désaccord) et rejettent l'idée que ce soit une forme de folie (86,3 % de désaccord).

Cependant la demande de soin est bien présente (Figure 6). La majorité des répondants positifs au Mini s'accordent pour dire que lors de troubles dépressifs, quelqu'un peut les aider (67%), qu'il ne suffit pas de laisser faire le temps (73%), qu'on ne peut pas y faire face tout(e) seul(e) (70%), que la consultation d'un psychologue ou d'un psychiatre peut être utile (81 % et 68 % respectivement) et que globalement, la tristesse se soigne (54 %).

### Analyse bivariée (N=110)

Dans cette partie, nous avons recherché les différences significatives entre les personnes positives pour les troubles dépressifs au Mini ayant recouru aux soins durant les 12 derniers mois (recourants) à celles déclarant ne pas y avoir recouru (non-recourants). Cette analyse a porté sur les caractéristiques des personnes (âge, sexe et statut) puis sur les réponses apportées aux items du Mini, et aux questions d'opinions et de représentations.

Tableau 5. Comparaison des caractéristiques sociodémographiques des répondants positifs au Mini, selon leur recours déclaré

Âge	Non-recours	Recours	p <sup>13</sup>
<20	5	3	
20-39 ans	22	27	
40-59ans	13	30	
60 ans ou +	2	8	
<b>Sexe</b>			
Homme	11	9	0,094
Femme	31	58	
<b>Statut</b>			
Sans	3	13	0,115
Chômage	9	9	
Emploi	18	35	
Etudiant	12	11	

\*Les non-répondants ne sont pas présents dans ce tableau

<sup>13</sup> p : est la probabilité que la (les) différence(s) observée(s) entre les groupes étudiés soit (soient) due(s) au hasard de l'échantillonnage. Ainsi, plus le p est faible, moins il y a de chance que la différence observée soit due au hasard. Dans ce rapport nous avons choisis le seuil classique de p<0.05 pour considérer la différence comme statistiquement significative.

Le tableau 5 permet de comparer les différences significatives des caractéristiques sociodémographiques entre les recourants et les non-recourants. Toutes les conditions du test ne sont pas respectées, puisque nous avons des effectifs théoriques inférieurs à 5, ainsi nous ne pouvons comparer l'âge et le statut des recourants avec les non-recourants. Néanmoins, les non-recourants sont plus nombreux à être âgés de 20-39 ans et à être employés (18/42) et étudiants (12/42). Comme le montre aussi le Baromètre Santé, les personnes non-recourantes sont généralement jeunes (F. Beck & Guignard, 2012). Bien que la valeur du « p » soit supérieure, on peut remarquer que la proportion des femmes est très supérieure chez les recourants (58/68) que chez les non-recourants (31/42), cela peut s'expliquer par le fait que les femmes ont tendance à plus consulter que les hommes. Le baromètre santé a mis en avant qu'en 2010, les hommes (50%) étaient plus nombreux à ne pas être pris en charge (pas de recours à un professionnel de santé, à une structure de soin, à une psychothérapie et aux psychotropes.) que les femmes (36%) (F. Beck & Guignard, 2012)<sup>14</sup>.

Tableau 6. Répartition des répondants positifs au Mini, recourants ou non-recourants, selon les questions du Mini



<sup>14</sup> Données du Baromètre Santé – Traitement : F2RSM

	Non-recourants	Recourants	p
1. Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) particulièrement triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours ?			-
2. ... aviez-vous presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisent habituellement ?			0,0028
3. Au cours de ces deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) / sans intérêt pour la plupart des choses : Votre appétit a-t-il notablement changé, ou avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ?			0,485
4. Au cours de ces deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) / sans intérêt pour la plupart des choses : Aviez-vous des problèmes de sommeil presque toutes les nuits ?			0,2294
5. Au cours de ces deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) / sans intérêt pour la plupart des choses : Parliez-vous ou vous déplaciez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire vous sentiez-vous agité(e), et aviez-vous du mal à rester en place, presque tous les jours ?			0,2563
6. Au cours de ces deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) / sans intérêt pour la plupart des choses : Vous sentiez-vous presque tout le temps fatigué(e), sans énergie, et ce presque tous les jours ?			0,5886
7. Au cours de ces deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) / sans intérêt pour la plupart des choses : Vous sentiez-vous sans valeur ou coupable, et ce presque tous les jours ?			0,7898
8. Au cours de ces deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) / sans intérêt pour la plupart des choses : Aviez-vous du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions, et ce presque tous les jours ?			0,5029
9. Au cours de ces deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) / sans intérêt pour la plupart des choses : Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou avez-vous pensé à vous faire du mal ?			0,0425
10. Épisode dépressif majeur passé (EDMP)			0,9421

\*Les non-répondants ne sont pas présents dans ce tableau

Le tableau 6, ci-dessus, permet d'entrevoir les réponses des répondants positifs au Mini, aux différentes questions du Mini, selon leur recours ou non aux soins. Nous pouvons apercevoir que la totalité des personnes positives au Mini ont répondu positivement à la première question. En revanche, il y a une différence significative pour les réponses données à la deuxième question du Mini entre les recourants et les non-recourants. Cette question recherche une perte d'intérêt ou de plaisir pour la plupart des choses qui plaisent habituellement au répondant. On observe que la majorité des personnes qui disent encore ressentir de l'intérêt ou du plaisir ne recourent pas au soin (12/17) contrairement aux personnes qui expérimentent une perte d'intérêt ou de plaisir (30/93). Cependant la perte d'intérêt ou de plaisir est retrouvée chez une majorité des répondants qu'ils soient recourants ou non (63/68 et 30/40 respectivement,  $p = 0,0028$ ).

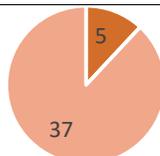
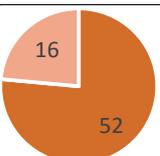
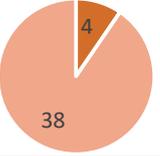
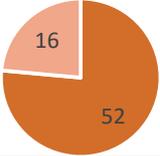
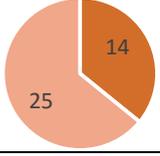
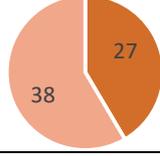
Pour les questions 3 à 8, on n'observe aucune différence significative. Par exemple, la plupart des répondants ayant des troubles dépressifs sont d'accord pour dire qu'ils se sentent tout le temps fatigué, sans énergie presque tous les jours. 40/42 non-recourants et 63/68 recourants se sentent concernés par ce manque d'énergie. En revanche, il y a une différence significative dans les réponses données à la question abordant les idées noires entre les recourants et les non-recourants. Plus de la majorité des réponses « Oui » données à la question concernant les idées noires proviennent des recourants (54/68).

Il n'existe pas de différence significative concernant la présence d'un épisode dépressif par le passé entre les recourants et les non-recourants. La majorité des recourants (25/42) et des non-recourants (40/68) ne déclarent pas avoir eu d'épisode dépressif similaire dans le passé. Mais cette donnée est à questionner car il existe un important biais de mémorisation pour les troubles dépressifs. Les théories de Beck concernant les troubles dépressifs met en avant que les performances cognitives des sujets atteints de ces troubles

peuvent être altérées par différents biais, comme celui de l'attention, de la perception et de la mémoire entraînant des conséquences dans le traitement de l'information (A. T. Beck, 2016) .



Tableau 7. Répartition des répondants positifs au Mini, recourants ou non-recourants à un professionnel de santé, selon les différents types de recours possibles

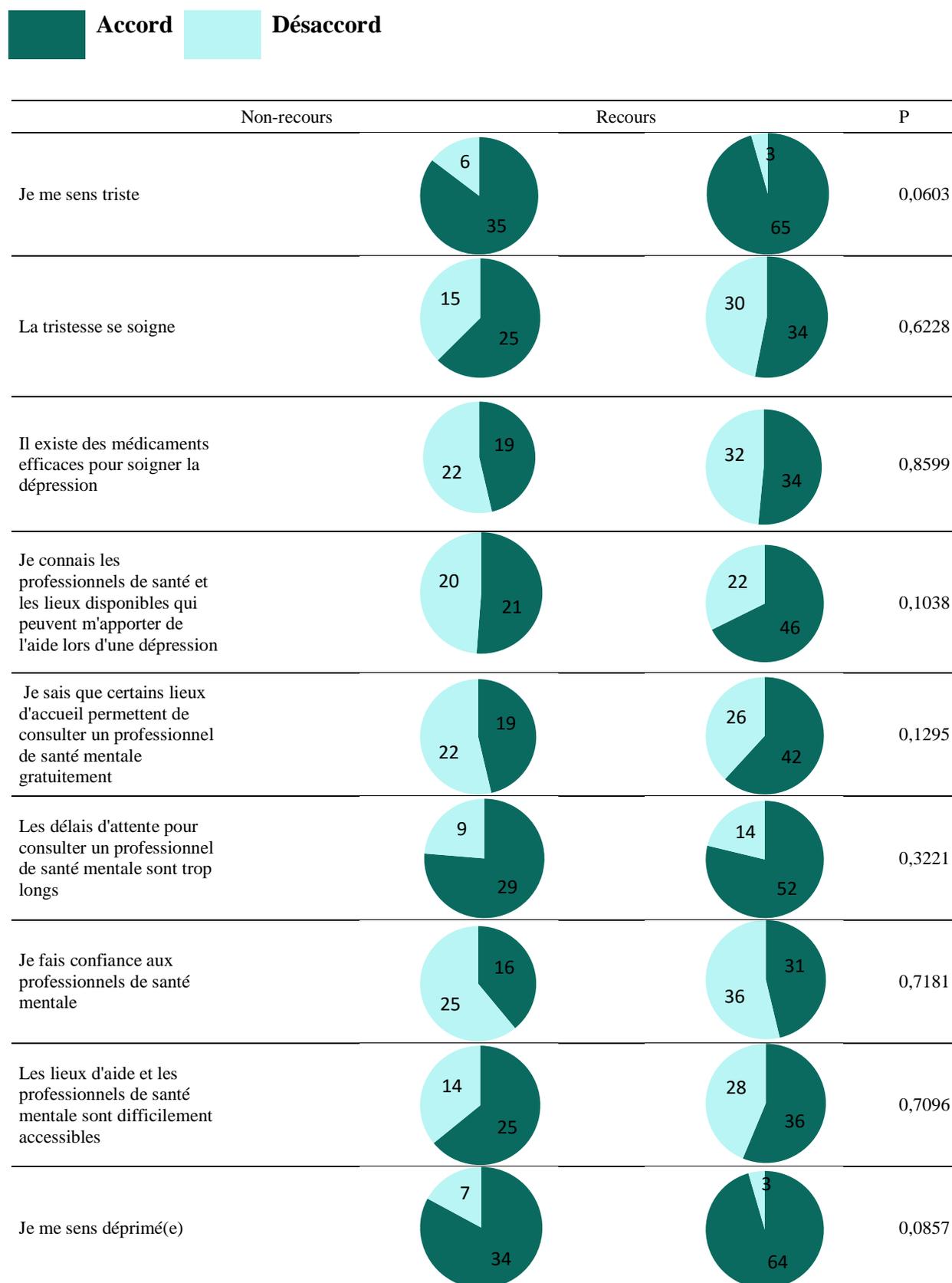
	Non-recourants	Recourants	p
Consommation de médicaments			<.0001
Consommation de médicaments psychotropes*			<.0001
Consommation de divers produits (alcool, drogues....)*			0,8408

\*afin de soulager une tristesse, une perte d'intérêt ... (cf. questionnaire, p Erreur ! Signet non défini.) – NB : les non-répondants ne sont pas présents dans ce tableau

Le tableau 7 met en avant l'utilisation des différents types de recours possibles selon le recours ou non à un professionnel de santé, chez les répondants positifs au Mini. Il y a une différence significative de consommation de médicaments entre les recourants (52/68) et les non-recourants (5/42). La plupart des recourants en utilisent (52/68) au contraire des non-recourants (5/42). Le tableau met en avant une différence significative de prise de médicaments psychotropes entre les recourants (52/68) et les non-recourants (4/42). Cette différence s'explique par le fait qu'il est nécessaire d'avoir une ordonnance afin d'obtenir une délivrance légale. Entre les recourants et les non-recourants, il n'y a pas de différence

significative en ce qui concerne la consommation d'autres produits dans le but de soulager une tristesse. La consommation de produits n'est pas systématique lors de troubles dépressifs, plus de la moitié des non-recourants et recourants déclarent ne pas consommer de produits tels que l'alcool et les drogues dans un but de soulagement.

Tableau 8. Répartition des répondants positifs au Mini, recourants ou non-recourants à un professionnel de santé, selon leur(s) représentation(s) et opinion(s)



	Non-recours	Recours	P
Lorsqu'on est déprimé, dépressif, on peut y faire face tout(e) seul(e)]			0,0207
Lorsqu'on est déprimé, dépressif, on est fou			0,2253
Lorsqu'on est déprimé, dépressif, il suffit de laisser faire le temps			0,0452
Lorsqu'on est déprimé, dépressif, personne ne peut nous aider			0,4407
Lorsqu'on est déprimé, dépressif, consulter un psychiatre peut être utile			0,0052
Lorsqu'on est déprimé, dépressif, consulter un psychologue peut être utile			0,0118
Lorsqu'on est déprimé, dépressif, les antidépresseurs ont trop d'effets secondaires			0,327
Lorsqu'on est déprimé, dépressif, on a une maladie mentale			0,0006

\*Les non-répondants ne sont pas présents dans ce tableau

Ce tableau 8 met en évidence les différences de représentations entre les répondants positifs au Mini recourant à un professionnel de santé et ceux n'y recourant pas. Comparer ces deux groupes permet de mettre en avant les raisons possibles de la non prise en charge lors de troubles dépressifs, par un professionnel de santé ainsi que les raisons qui poussent les recourants à consulter un professionnel de santé.

La différence de réponses concernant le sentiment de tristesse entre les recourants et les non-recourants n'est pas significative. La plupart des répondants ayant des troubles dépressifs, selon les critères du Mini, admettent se sentir triste (100/110). Les différences d'opinion des recourants et des non-recourants concernant « la tristesse se soigne », et l'efficacité des médicaments ne sont pas significatives.

Les recourants (53/68) sont plus nombreux à penser qu'on ne peut pas faire face seul(e) à la dépression contrairement aux non-recourants (24/42). Cette différence s'avère significative. Cette représentation serait donc l'une des raisons possibles du non-recours.

Il y a une différence statistiquement significative, en ce qui concerne le fait de laisser faire le temps. Les non-recourants sont plus nombreux à considérer qu'il suffit de laisser faire le temps lorsqu'on est dépressif ou déprimé(e) (16/42) contrairement aux recourants (14/68).

De manière surprenante, il n'y a pas de différence statistiquement significative, concernant l'aide apportée par autrui. La majorité des recourants et des non-recourants sont d'accord pour dire qu'il existe des personnes pour les aider. Il est cohérent de voir que 46/68 personnes ayant des troubles dépressifs et qui recourent à un professionnel de santé sont en désaccord avec l'affirmation que « personne ne peut aider lors de troubles dépressifs ». En revanche 28/42 non-recourants sont aussi en désaccord avec cette affirmation alors même qu'ils ne consultent pas personnellement de professionnel de santé. Il est possible que ces personnes fassent appel à des personnes extérieures du domaine médical (entourage, naturopathe...)... Effectivement, il y a une différence statistiquement significative en ce qui concerne l'utilité perçue des psychiatres et des psychologues en cas de troubles dépressifs. Les recourants sont beaucoup plus nombreux à considérer qu'un psychiatre (53/68) ou un psychologue (59/68) peut être utile contrairement aux non-recourants (22/42 et 28/42 respectivement). Mais encore une fois, de manière surprenante, un peu plus de la moitié des

non-recourants admettent ainsi qu'un psychiatre ou psychologue serait utile alors qu'ils ne consultent pas de professionnel de santé.

Il n'y a pas de différence significative pour les effets secondaires des antidépresseurs. Mais, les recourants et les non-recourants (89/110) s'accordent à dire qu'ils entraîneraient trop d'effets secondaires. La comparaison entre les recourants et les non-recourants concernant la représentation de la maladie mentale lors de troubles dépressifs met en avant une différence significative. En effet, les non-recourants (31/42) pensent que les troubles dépressifs ne sont pas à rattacher à une maladie mentale au contraire des recourants.

En résumé de l'ensemble des items étudiés, il est possible d'affirmer que par rapport aux personnes déclarant avoir eu recours aux soins pour leurs troubles dépressifs, les non-recourants :

- ont moins souvent perdu intérêt et goût pour les choses (7 sur 10 vs 9 sur 10)
- ont moins souvent eu des idées noires (6 sur 10 vs 8 sur 10)
- consomment moins de médicaments et de psychotropes (1 sur 10 vs 8 sur 10)
- se sentent un peu moins triste et déprimé (8 sur 10 vs 9 sur 10)
- sont plus nombreux à penser que lorsqu'on est dépressif, déprimé(e), on peut y faire face seul(e) (4 sur 10 vs 2 sur 10)
- sont plus nombreux à penser que lorsqu'on est dépressif, déprimé(e), il faut laisser faire le temps (4 sur 10 vs 2 sur 10)
- sont moins nombreux à penser que lorsqu'on est dépressif, déprimé(e), un psychiatre peut être utile (5 sur 10 vs 8 sur 10)
- sont moins nombreux à penser que lorsqu'on est dépressif, déprimé(e), un psychologue peut être utile (7 sur 10 vs 9 sur 10)

- sont moins nombreux à penser que lorsqu'on est dépressifs, déprimé(e), on a une maladie mentale (2 sur 10 vs 6 sur 10)

### *e. Conclusion/Discussion*

L'étude sur le non-recours aux soins des personnes ayant des troubles dépressifs, réalisée par la F2RSM, a permis de comprendre les raisons du non-recours aux professionnels de santé et les représentations associées aux troubles dépressifs. Elle permet de proposer que la sévérité de l'épisode dépressif en cours ainsi que la confiance en les professionnels de santé et la perception de la gravité de la pathologie conduisent à recourir à un professionnel de santé. Michel Maron affirme, d'ailleurs, dans ce sens : « *Il semble que les recourants présentent des troubles plus sévères, à plus haut risque de complication, que les non-recourants. En effet la HAS recommande le critère « d'idées noires » et les critères psychosomatiques, comme critères de recours à un spécialiste (psychiatre). Les personnes qui ne recourent pas sont ceux qui ne perçoivent pas leur trouble ou moins* »<sup>15</sup>. Ces résultats interrogent ainsi le recours libre et éclairé aux soins chez les personnes souffrant de troubles dépressifs, et place celui-ci dans une problématique d'information de la population générale.

### **1. Limites et biais**

Les principales difficultés rencontrées :

- Transformation du Mini en auto-questionnaire
- Aucun contrôle de l'échantillon
- Taille de l'échantillon

---

<sup>15</sup> Annexe 4, p.85

Utiliser un questionnaire, pour produire des chiffres, ne doit pas enlever l'esprit critique sur la nature et les moyens de production. Toute enquête a des « biais » et des « limites » qui sont inévitables. Ainsi, un questionnaire ne peut jamais décrire exhaustivement une pratique, un comportement. Comme toute enquête, celle-ci comporte donc certains biais et certaines limites. Un biais est une cause d'erreurs lors d'une analyse statistique qui est liée à la méthodologie utilisée dans l'étude.

En effet, par exemple, considérer le non-recours comme l'absence de prise en charge par un professionnel de santé est critiquable et pose la question culturelle. Certaines cultures, par leurs traditions, ne vont pas forcément recourir à un professionnel de santé (médecin, psychiatre...) mais à d'autres alternatives et à d'autres pratiques (acupuncture, massage, plantes, guérisseurs...). Le non-recours, de manière générale, n'est pas forcément à entendre juste comme l'absence de prise en charge par un professionnel de santé, même s'il est considéré comme tel au sein de l'étude.

De plus, le questionnaire ne prend pas en considération le contexte actuel du répondant. En effet, la personne peut se trouver en situation de deuil, de perte d'emploi lors du remplissage du questionnaire. Elle peut se révéler positive au Mini, alors qu'elle n'est pas forcément atteinte de troubles dépressifs, mais est juste déprimée.

Considérer les personnes comme ayant des troubles dépressifs selon la passation simple d'un questionnaire (Mini) peut aussi être critiquable. Le Mini est un outil d'aide au diagnostic.

Il y a aussi un biais dû au lancement et à la diffusion de l'enquête. En effet, avec la diffusion de la page Facebook, cela a entraîné un plus grand nombre de répondants dans la région des Hauts-de-France que dans les autres.

De plus, certaines questions « personnelles » qui commencent par « Que pensez-vous de ..... à votre avis ..... Pouvez-vous dire..... » peuvent provoquer des réponses de fuites, défensives et donc entraîner des biais.

Une autre limite est le nombre de répondants, positifs au Mini, ne recourant pas aux soins. En effet, étant de 42 répondants, il ne permet pas de réaliser des pourcentages ou d'être réellement représentatif. En revanche, cela permet d'avoir une première approche du non-recours à un professionnel de santé lors de troubles dépressifs.

Malgré ces limites et ces biais, l'enquête permet d'avoir un premier aperçu des raisons possibles du non-recours aux soins lors de troubles dépressifs ainsi que les représentations associées, qui sont encore peu travaillées, actuellement.

## **2. Apports et recommandations**

À travers l'enquête et les résultats, on se rend compte que même s'il n'y a pas de différence significative, la moitié des non-recourants ont une méconnaissance des lieux et des professionnels de santé qui pourraient les aider. On peut imaginer qu'une action d'information pourrait améliorer le recours à un professionnel de santé lors de troubles dépressifs. C'est d'ailleurs, ce qu'a essayé de faire l'INPES et le ministère de la santé. En effet, en automne 2007, ils ont lancé une campagne d'information au grand public sur la dépression. L'évaluation de l'impact du livret dépression a mis en exergue qu'il avait contribué à augmenter les connaissances sur les moyens thérapeutiques (Significatif) et sur les structures de soin et d'accueil, même si la différence n'était pas significative.(INPES, s. d.)

Certains non-recourants ne sont pas pris en charge car ils ne sont pas informés sur ces professionnels et lieux disponibles ainsi que sur la gratuité de ceux-ci. Nous pouvons le voir, au sein de cette enquête, plus de la moitié des non-recourants ne connaissent pas non plus les

établissements pouvant les recevoir « gratuitement », sans avancer des frais (Tableau 8). Le niveau du sentiment d'information concernant la dépression, est beaucoup plus bas que pour d'autres problématiques de santé publique : « *La moitié de la population se sent bien informée sur la dépression, ce qui situe cette thématique fort loin de celles pour lesquelles le sentiment d'information est globalement très élevé [...] comme le tabac, la contraception, l'alcool et le sida* » (F. Beck & Guignard, 2012). Des actions visant à lutter contre cette méconnaissance, comme a pu le faire l'INPES, pourraient certainement avoir un impact supplémentaire sur ce non-recours ; l'information pourrait être transmise par des campagnes publicitaires et/ou des interventions de professionnels au sein d'écoles, d'entreprises (INPES, s. d.).

On remarque que les délais d'attente jouent un rôle important. Beaucoup pensent qu'ils sont beaucoup trop longs, ce qui aurait une influence directe sur la non prise en charge (Tableau 8). Cette représentation va alors freiner la prise en charge par un professionnel de santé. Il pourrait être intéressant d'informer les personnes concernées des lieux « d'urgence » en santé mentale où elles peuvent être reçues rapidement. De plus, certains établissements pourraient tenter d'agir à leur niveau afin de diminuer ces délais parfois trop importants, dû à de nombreuses demandes. Le manque de confiance aux professionnels de santé mentale est aussi un obstacle dans le recours aux soins, 25 non-recourants sur 42 signifient ne pas avoir confiance envers les professionnels de santé mentale (Tableau 8). Un travail pourrait être à réaliser sur les relations soignants-soignés afin d'améliorer la relation et d'instaurer une confiance. Comme le disent Annie Vasseur et Marie-Christine Cabie « *La construction de la relation est primordiale dans le processus thérapeutique, et dépend essentiellement de l'instauration d'un climat de confiance mutuelle. Il est indispensable que le patient nous fasse confiance.* » (Vasseur & Cabie, 2005, p.43). La confiance dans la relation soignant-soigné est essentielle dans la guérison, mais surtout en amont, dans la prise de décision de consulter.

Grâce à l'enquête on se rend compte que la majorité des non-recourants ne sont pas d'accord sur le fait qu'il faille laisser faire le temps et que personne ne peut les aider. D'ailleurs, plus de la moitié pensent que les psychologues et les psychiatres peuvent être utiles lors de troubles dépressifs (Tableau 8). On peut supposer que certains non-recourants ne consultent pas de professionnels de santé pour des raisons plus « pratiques » (mobilité géographique, arrêt du travail...) et que ce non-recours ne vient pas forcément des représentations négatives des professionnels de santé. Beaucoup ont une image péjorative des antidépresseurs et pensent qu'ils entraînent trop d'effets secondaires (tableau 8) (Blanc, 2015). Certaines personnes pourraient ne pas consulter afin de ne pas avoir de traitement médicamenteux.

De plus, le déni de la maladie a un impact considérable. Il est remarqué que plus de la moitié des non-recourants ne se sentaient pas « malades » en répondant que lorsqu'on avait des troubles dépressifs on n'avait pas une « maladie mentale ». (Tableau 8) Ce qui peut expliquer le fait qu'ils ne recourent pas à un professionnel de santé puisqu'ils ne se sentent pas « malades », concernés.

En ce qui concerne les recommandations à faire afin d'améliorer le recours aux soins de santé mentale lors de troubles dépressif, elles pourraient être des actions à mettre en place pour informer les personnes concernées par ces troubles (interventions au sein des lieux fréquentés quotidiennement : collèges, lycées, fac, entreprises...) des possibilités de prise en charge. Faire de la prévention et de l'information en population générale permettrait aux proches d'être capables d'aider les personnes concernées et de les orienter vers des établissements spécifiques (cmp...) et/ou des numéros téléphoniques (France dépression. SOS amitié...). Comme a pu le signifier le Docteur Michel Maron « *Il faudrait rendre commun la dépression, la vulgariser, la banaliser. Sans banaliser les conséquences. « C'est quelque chose qui arrive, qui se soigne mais qui est potentiellement grave ». Faire accepter que l'on puisse en souffrir et que l'on peut la traiter, la soigner et en guérir.* »<sup>16</sup>.

Des formations supplémentaires sur les troubles dépressifs pourraient être utiles, pour les médecins généralistes, afin qu'ils puissent réaliser des diagnostics de dépression précoces et mieux orienter leurs patients concernés. Comme le dit le Docteur Benjamin Weil, la simplification et la clarification du recours aux soins pourraient aider ces personnes

---

<sup>16</sup> Annexe 4, p.84

concernées afin d'éviter des confusions des ambiguïtés et un non-recours important : « *Ils sont déprimés, ils ont des difficultés à se décider : « est ce que je vais oui ou non me laver aujourd'hui » et s'ils doivent en plus choisir un thérapeute cognitivo-comportemental, un psychanalyste, un psychologue, un psychothérapeute, un psychiatre .... Ils ne vont pas y aller effectivement... Je pense que la clarification du recours aux soins peut aider particulièrement les patients. »*<sup>17</sup>

En revanche, les entretiens semi-directifs réalisés auprès de professionnels permettent de prendre connaissance de leur avis sur cette problématique ainsi que de leurs expériences vécues. On se rend parfois compte, qu'ils ne sont pas forcément en accord avec les actions de santé publique. Par exemple, Le Docteur Benjamin Weil n'est pas forcément en accord avec les campagnes de prévention en ce qui concerne les troubles dépressifs : « *Je ne crois pas qu'il faille faire des campagnes de santé, « vous n'arrivez pas à vous lever le matin, vous êtes triste tous le temps, vous avez envie de vous b\*\*\*\*, vous êtes atteint de dépression appelez le numéro machin... » Je n'y crois pas trop... »*<sup>18</sup>. Les avis sont partagés et divergent.

### **3. Conclusion générale de l'étude**

Pour conclure, nous pensons que cette étude exploratoire permet de connaître les raisons principales du non-recours aux professionnels de santé mentale lors de troubles dépressifs ainsi que les représentations associées aux troubles dépressifs. Des études complémentaires par entretiens semi-directifs permettraient de préciser les raisons et les représentations sociales impliquées dans le non-recours. Les progrès dans cette thématique conduisent à souligner l'importance des actions de santé publique pour assurer une prise de décision

---

<sup>17</sup> Annexe 3, p.82

<sup>18</sup> Annexe 3, p.81

éclairée de recours aux professionnels de santé mentale pour les personnes souffrant de troubles dépressifs.

## CONCLUSION

En conclusion, ce travail de recherche au sein de la Fédération régionale de recherche en santé mentale, sur le non-recours aux soins des personnes ayant des troubles dépressifs, a été très bénéfique. En effet, à travers mon stage et les missions qui m'ont été confiées j'ai pu entreprendre une véritable enquête dans le champ de la santé mentale, que je convoite particulièrement.

Venant d'un cursus universitaire de psychologie, cette expérience m'a permis d'avoir, en plus, un regard pluriel sur une problématique sociologique qu'est le non-recours aux soins. Mais, c'est surtout grâce aux enseignements reçus au sein de la formation de PPLS que j'ai pu appréhender sereinement cette problématique sans oublier que derrière cette enquête, des difficultés majeures d'accès aux soins en sont ressorties.

La difficulté principale à laquelle j'ai été confronté été de réaliser une étude quantitative, étant plus habituée, par mes expériences passées, à une approche qualitative d'une problématique spécifique. En effet, l'analyse des résultats n'a pas été simple, dans un premier temps. Mais, cela m'a permis de développer mon champ de compétence grâce à l'aide apportée par l'équipe de la F2RSM. Mon regret est de n'avoir pu réaliser des entretiens semi-directifs avec la population concernée directement par la problématique, qui auraient pu s'avérer complémentaires aux résultats trouvés par l'enquête.

Ma position de stagiaire au sein de la F2RSM m'a permis de comprendre l'importance de savoir travailler de façon seule et autonome de façon générale, mais aussi en équipe, car chaque individu peut alors apporter des compétences à d'autres. Cependant, cela permet aussi

de se rendre compte de la réalité dans la prise de décision, qui met en avant que nous devons parfois faire des concessions.

Cette recherche réalisée, mais plus précisément, cette expérience professionnelle a été très enrichissante et sera un véritable atout dans ma pratique future.

## BIBLIOGRAPHIE

- Abric, J.-C. (1994). *Pratiques sociales et représentations*. Paris: PUF.
- Bastide, R. (1965). *Sociologie des maladies mentales*. Paris: Flammarion.
- Beck, A. T. (2016, août 10). La thérapie cognitive et les troubles émotionnels. Consulté 11 août 2016, à l'adresse <http://www.deboecksuperieur.com/ouvrage/9782804104115-la-therapie-cognitive-et-les-troubles-emotionnels>
- Beck, F., & Guignard, R. (2012). La dépression en France (2005-2010) : Prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population. *La santé de l'homme*, (421), 43-45.
- Bertrand, J., Chuffart, M.-P., & Diederichs-Dlop, L. (2014). Le non-recours : une approche qualitative en Provence-Alpes-Côte d'Azur. *Les cahiers du DROS*, (16). Consulté à l'adresse [http://www.ccas-marseille.fr/img/upl/File/DROS\\_CCAS.pdf](http://www.ccas-marseille.fr/img/upl/File/DROS_CCAS.pdf)
- Blanc, J.-V. (2015). *La représentation des antidépresseurs : individu, patient et société : quelles influences sur l'adhésion thérapeutique ?* Université Paris 7, Paris.
- Centre d'analyse stratégique. (2010). La santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de la vie. Consulté 15 avril 2016, à l'adresse <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/094000556.pdf>
- CNRS-PACTE/ODENORE. (2008). *Le non-recours aux soins des actifs précaires (Nosap)*.
- Coldefy, M., & Nestrigue, C. (2013). La prise en charge de la dépression dans les établissements de santé -. *Questions d'économie de la santé*, (191). Consulté à l'adresse <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/191-la-prise-en-charge-de-la-depression-dans-les-etablissements-de-sante.pdf>
- Damme, P. V. (2002). Dépression et régression. *Gestalt*, no 23(2), 109-126.

- Danel, T. (2012). Promotion des recherches clinique et épidémiologique en santé mentale par les établissements de soins du Nord-Pas-de-Calais. *L'information psychiatrique*, Volume 88(4), 295-298.
- Dawson, A., & Tylee, A. (2001). *Depression: social and economic timebomb. Strategies for quality of care*. BMJ Books.
- Doraï, M. (1989). Représentations sociales et stéréotypie. In *Perspectives cognitives et conduites sociales* (Delval, Vol. 2). Cousset.
- Drees. (2006). Les recours aux soins spécialisés en santé mentale. *Etudes et résultats*, (533). Consulté à l'adresse <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er533.pdf>
- Durkheim, E. (1920). *Sociologie et philosophie : Représentations individuelles et représentations collectives, détermination du fait moral, jugements de valeur et jugements de réalité*. Paris: Félix Alcan. Consulté à l'adresse [https://books.google.fr/books/about/Sociologie\\_et\\_philosophie.html?hl=fr&id=ySnnnQEACAAJ](https://books.google.fr/books/about/Sociologie_et_philosophie.html?hl=fr&id=ySnnnQEACAAJ)
- Ehrenberg, A. (1998). *La fatigue d'être soi*. Paris: Odile Jacob.
- Ehrenberg, A. (2001). De la névrose à la dépression. *Figures de la psychanalyse*, no4(1), 25-41.
- Ehrenberg, A. (2004). Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale. *Revue française des affaires sociales*, (1), 77-88.
- eu high-level conference. (2009). Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être. Consulté à l'adresse [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/docs/pact\\_fr.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_fr.pdf)
- Fischer, G.-N. (1996). *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris: Dunod.
- Fondation Falret. (s. d.). Les français et la santé mentale, entre vérités et préjugés. Consulté 19 avril 2016, à l'adresse <http://www.fondation-falret.org/actualites/secteur?p=925>

- Giangiobbe, J. (2013). *Essai d'un devenir existentiel au contrepoint de l'ennui*. Clermont-Ferrand II, Clermont-Ferrand.
- Green, S., Ralph, M. A. L., Moll, J., Deakin, J. F. W., & Zahn, R. (2012). Guilt-Selective Functional Disconnection of Anterior Temporal and Subgenual Cortices in Major Depressive Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 69(10), 1014-1021.  
<http://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2012.135>
- Hawton, K., Casañas i Comabella, C., Haw, C., & Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 147(1-3), 17-28. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.004>
- INPES. (s. d.). La dépression - En savoir plus pour en sortir. Consulté 12 juillet 2016, à l'adresse <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide-8.pdf>
- INSEE. (2010). Deux ménages sur trois disposent d'internet chez eux. Consulté 19 juillet 2016, à l'adresse [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref\\_id=ip1340](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1340)
- INSEE. (2016). Estimation de la population au 1er janvier par région, département, sexe et âge de 1975 à 2015. Consulté 18 mai 2016, à l'adresse [http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref\\_id=estim-pop&reg\\_id=99](http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=estim-pop&reg_id=99)
- Inserm. (s. d.). Dépression. Consulté 10 février 2016, à l'adresse <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/depression>
- Jodelet, D. (1991). *Les représentations sociales*. Paris: PUF.
- La dépression en France (2005-2010) : prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population. (s. d.). *La santé de l'homme*. Consulté à l'adresse <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/pdf/SH-depression.pdf>
- Lamboy, B., & Léon, C. (2006). Prise en charge des personnes souffrant de troubles dépressifs—Données d'enquête en population générale: Use of health services and

- treatments for major depressive episode in France. *L'Encéphale*, 32(5, Part 1), 705-712. [http://doi.org/10.1016/S0013-7006\(06\)76222-4](http://doi.org/10.1016/S0013-7006(06)76222-4)
- Larousse. (s. d.). Définitions : dépression -. Consulté 19 avril 2016, à l'adresse <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9pression/23913>
- Lépine, J.-P., Gasquet, I., Kovess, V., Arbabzadeh-Bouchez, S., Nègre-Pagès, L., Nachbaur, G., & Gaudin, A.-F. (2005). Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders in the French general population. *L'Encéphale*, 31(2), 182-194.
- Lewis, H. B. (1971). Shame and Guilt in Neurosis. *Psychoanalytic review*. Consulté à l'adresse [https://books.google.fr/books/about/Shame\\_and\\_Guilt\\_in\\_Neurosis.html?hl=fr&id=z5aIIT3DeQcC](https://books.google.fr/books/about/Shame_and_Guilt_in_Neurosis.html?hl=fr&id=z5aIIT3DeQcC)
- Lewis, H. B. (1988). The Role of Shame in Symptom Formation. In *Emotions and psychopathology* (p. 95-106). New York. Consulté à l'adresse [http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4757-1987-1\\_5](http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4757-1987-1_5)
- Morvan, Y., Prieto, A., Briffault, X., Blanchet, A., Dardennes, R., Rouillon, F., & Lamboy, B. (2007). La dépression en France : Prévalence, facteurs associés et consommation de soins, 459-485.
- Moscovici, S. (1984). *Psychologie sociale*. Paris. Consulté à l'adresse <https://www.amazon.fr/Psychologie-sociale-Serge-Moscovici/dp/2130633447>
- Olié, J.-P., & Mouren, M.-C. (s. d.). Rapport: les antidépresseurs. Consulté 14 avril 2016, à l'adresse <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2014/05/olieVERSIONn%C2%B011Le-diagnostic-de-d%C3%A9pression-RECOMMANDATIONS-AUTEURS-1.pdf>
- OMS. (2001). Une personne sur quatre souffre de troubles mentaux. Consulté à l'adresse [http://www.who.int/whr/2001/media\\_centre/press\\_release/fr/](http://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/fr/)

- OMS. (2014). 10 faits sur la santé mentale. Consulté 19 avril 2016, à l'adresse  
[http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/fr/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/fr/)
- OMS. (2016a). La santé mentale: renforcer notre action. Consulté 6 avril 2016, à l'adresse  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>
- OMS. (2016b). Santé mentale. Consulté 7 avril 2016, à l'adresse  
[http://www.who.int/topics/mental\\_health/fr/](http://www.who.int/topics/mental_health/fr/)
- Opinionway. (2014). Enquête santé mentale. Consulté 19 avril 2016, à l'adresse  
[https://www.mgen.fr/fileadmin/documents/5\\_Le\\_groupe\\_MGEN/Communiqués\\_de\\_presse/2014/20141204\\_Enquete\\_MGEN\\_OpinionWay\\_sante\\_mentale.pdf](https://www.mgen.fr/fileadmin/documents/5_Le_groupe_MGEN/Communiqués_de_presse/2014/20141204_Enquete_MGEN_OpinionWay_sante_mentale.pdf)
- Rode, A. (2012). *Non-recours aux soins et autonomie assumée Récit d'enquête*. Grenoble.
- Shon, J.-L. P. K., & Duthé, G. (2013). Trente ans de solitude... et de dépression. *Revue française de sociologie*, 54(2), 225-261.
- Tocqueville, A. (1951). *De la démocratie en Amérique tome 2*. Paris: M.-Th. Génin. Librairie de Médecis.
- Vasseur, A., & Cabie, M.-C. (2005). La relation de confiance fondement de la résilience en psychiatrie. *Recherche en soins infirmiers*, N° 82(3), 43-49.
- Warin, P. (2010). Le non-recours : définition et typologies. Consulté 19 avril 2016, à l'adresse  
[https://odenore.msh-alpes.fr/documents/WP1definition\\_typologies\\_non\\_recours.pdf](https://odenore.msh-alpes.fr/documents/WP1definition_typologies_non_recours.pdf)

# **ANNEXES**

## Annexe 1. La méthode 3QPOC

<b>La méthode 3QPOC</b>		
<b>Quoi ?</b>	Quel est le sujet de ma recherche ? De quoi s'agit-il ?	Le non-recours aux soins des personnes ayant des troubles dépressifs.
<b>Qui ?</b>	Qui sont les personnes concernées ?	Les personnes dépressives n'ayant pas recours au système de soins, n'étant pas prises en charge.
<b>Quand ?</b>	Quelle est la période temporelle ?	L'étude se déroule du 4 avril au 12 août 2016.
<b>Pourquoi ?</b>	Quelles sont les raisons de l'existence de ce sujet ? A quoi sert-il ?	La réalisation de l'étude permet de cibler les raisons du non-recours et les représentations. Cela pourrait permettre de repenser les actions mises en place afin que le taux de personnes ayant des troubles dépressifs non-recourant baisse.
<b>Où ?</b>	Quelles est la délimitation géographique de la recherche ?	L'enquête se réalise au niveau national.
<b>Comment ?</b>	Quel est le fonctionnement ?	J'ai réalisé un questionnaire internet (Google Form) et le diffuse sur internet, par le biais de Forum santé et du réseau social Facebook.

## Annexe 2. Questionnaire

### Souffrance psychique et rapport aux soins

Stagiaire à la Fédération régionale de recherche en santé mentale des Hauts de France, je mène un projet sur l'épidémiologie et la prise en charge des troubles dépressifs. A travers cette étude je voudrais connaître le rapport que vous entretenez avec les professionnels de santé face à la tristesse. J'aimerais aussi comprendre les représentations que vous pouvez avoir des traitements proposés et des professionnels de santé susceptibles de vous aider.

Les réponses aux questions sont anonymes, vous pouvez donc répondre en toute sincérité.

Je vous remercie pour votre participation.

Émeline Dupuis

Stagiaire à la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale.

### Bloc 1 \*Obligatoire

**Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) particulièrement triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours ? \***

- Oui  
 Non

Continuer »

Terminé à 12 %

### Souffrance psychique et rapport aux soins

\*Obligatoire

#### Au cours des deux dernières semaines ...

**... aviez-vous presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisent habituellement ? \***

- Oui  
 Non

« Retour

Continuer »

Terminé à 37 %

Si

- Au moins une réponse positive au bloc 1, réponses au bloc 2, 3 et 4.
- Aucune réponse positive au bloc 1, passage direct au bloc 4

Si

- 2 réponses positives au bloc 1 et 3 réponses positives ou + aux diagnostics secondaires (bloc 2)

- ou 1 réponse et 4 réponses positives ou + aux diagnostics secondaires (bloc 2)

Le répondant est considéré comme positif aux troubles dépressifs pour le Mini.

## Bloc 2

**Au cours de ces deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) / sans intérêt pour la plupart des choses : \***

	Oui	Non	Ne souhaite pas répondre
Votre appétit a-t-il notablement changé, ou avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aviez-vous des problèmes de sommeil presque toutes les nuits ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parliez-vous ou vous déplaciez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire vous sentiez-vous agité(e), et aviez-vous du mal à rester en place, presque tous les jours ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous sentiez-vous presque tout le temps fatigué(e), sans énergie, et ce presque tous les jours ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous sentiez-vous sans valeur ou coupable, et ce presque tous les jours ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aviez-vous du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions, et ce presque tous les jours ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou avez-vous pensé à vous faire du mal ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Au cours de votre vie, avez-vous eu d'autres périodes de deux semaines ou plus durant lesquelles vous vous sentiez déprimé(e) ou sans intérêt pour la plupart des choses et où vous aviez les problèmes dont nous venons de parler ? \***

- Oui  
 Non

**Cette fois ci, avant de vous sentir déprimé(e) et/ou sans intérêt pour la plupart des choses, vous sentiez-vous bien depuis au moins deux mois ? \***

- Oui  
 Non

 Terminé à 62 %

## Bloc 3

## Durant les 12 derniers mois ...

Avez-vous eu recours à un ou des professionnel(s) de santé pour soulager une tristesse, une perte d'intérêt ... ? \*

- Oui  
 Non

Si oui, lequel ou lesquels ?

- Médecin généraliste  
 Psychiatre  
 Psychologue  
 Psychothérapeute  
 Autre :

Avez-vous pris un ou des médicament(s) en relation avec une tristesse, une perte d'intérêt ... ? \*

- Oui  
 Non

Avez-vous pris des antidépresseurs ou anxiolytiques pour soulager une tristesse, une perte d'intérêt ... ?

- Oui  
 Non

Avez-vous pris de l'alcool ou un produit illicite (cannabis, cocaïne...) pour soulager une tristesse, une perte d'intérêt ... ?

- Oui  
 Non  
 Ne veux pas répondre

Avez-vous vu un autre type de professionnel (guérisseur, marabout ...) ou employé d'autres produits (plantes, ...) pour soulager une tristesse, une perte d'intérêt ... ?

- Autre(s) type(s) de professionnel(s)  
 Plante(s)  
 Non  
 Autre :

« Retour

Continuer »

Terminé à 75 %

Si au moins un professionnel consulté au cours des 12 mois avant l'enquête, le répondant est considéré comme recourant.

## Qu'en pensez-vous ?

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Je me sens triste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La tristesse se soigne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il existe des médicaments efficaces pour soigner la dépression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je connais les professionnels de santé et les lieux disponibles qui peuvent m'apporter de l'aide lors d'une dépression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je sais que certains lieux d'accueil permettent de consulter un professionnel de santé mentale gratuitement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les délais d'attente pour consulter un professionnel de santé mentale sont trop longs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je fais confiance aux professionnels de santé mentale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les lieux d'aide et les professionnels de santé mentale sont difficilement accessibles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens déprimé(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quels sont les mots qui vous viennent à l'esprit, si je vous dis "dépression" ?  
(jusqu'à 2 mots, séparés par "/" )

Lorsqu'on est déprimé, dépressif ...

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
... on peut y faire face tout(e) seul(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... on est fou	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... il suffit de laisser faire le temps	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... personne ne peut nous aider	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... consulter un psychiatre peut être utile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... consulter un psychologue peut être utile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... les antidépresseurs ont trop d'effets secondaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... on a une maladie mentale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Après avoir répondu à ce questionnaire, pensez-vous faire appel à un professionnel de santé ?

- Oui  
 Non  
 Ne sais pas

## Bloc 4

### Vous concernant...

Vous-êtes :

- Une femme  
 Un homme

Quel âge avez-vous ?

Dans quel département résidez-vous ?

Vous êtes :

- Etudiant  
 Femme ou homme au foyer  
 En emploi  
 Au chômage  
 A la retraite  
 Autre :

A quelle catégorie socioprofessionnelle appartenez-vous ?

- Agriculteurs exploitants  
 Artisans, commerçants ou chefs d'entreprise  
 Cadres et professions intellectuelles supérieures  
 Professions intermédiaires  
 Employés  
 Ouvriers  
 Retraités  
 Autres, sans activité professionnelle

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire. Si vous souhaitez de l'aide, vous pouvez contacter la plateforme d'écoute téléphonique de France-Dépression, du lundi au vendredi de 14h00 à 17h00

Tél: 01 40 61 05 66

Mail : [contact.afd@free.fr](mailto:contact.afd@free.fr)

N'hésitez pas, si vous souhaitez recevoir les résultats de l'étude, vous pouvez nous communiquer votre adresse électronique. Pour tout renseignement, vous pouvez nous joindre au 03 20 44 10 34. <http://www.santementale5962.com/>

Si vous souhaitez recevoir les résultats de l'étude, vous pouvez nous communiquer votre adresse électronique (mail) :

### Annexe 3. Entretien avec le Docteur Benjamin Weil

#### Entretien avec le Docteur Benjamin Weil le mercredi 22 Juin 2016

<p>Comment caractérisez-vous les personnes dépressives qui s'adressent à vous ?</p>	<p>« C'est deux questions pour moi, peut-être la question clinique de la dépression et la question des modalités de recours aux soins et de la situation dans laquelle je vois ces gens quand ils arrivent ici. C'est deux questions un peu différentes. La dépression fait une espèce de retour vers soi, de recroquevillement narcissique, des gens qui ont de la souffrance, de la difficulté à se tourner vers les autres, à rentrer en relation. Ce sont des gens pour qui la relation est douloureuse et qui se recroquevillent sur eux, qui sont dans une forme d'autoprotection, d'autoconservation avec une diminution de tous les rapports, de quelques natures qu'ils soient. Ce sont des gens qui s'isolent, se projettent dans plus rien, se projettent moins, puisque se projeter dans l'avenir ça suppose d'anticiper des affaires relationnelles. Ils ont des symptômes de la lignée thymique, comme la tristesse en particulier, la difficulté à ressentir du plaisir, qu'on appelle l'anhédonie, la difficulté à se montrer capable de volonté qu'on appelle la boulie. Ce sont des gens qui, en général, diminuent leur activité motrice, qui restent allongés, sont ralentis, parlent plus doucement, réfléchissent plus doucement, qui ont des difficultés de concentration. On peut voir beaucoup de choses très différentes. Il y a des gens qui ont du mal aussi à faire, quand c'est évolué, à faire les actes du quotidien, qui sont assez automatiques pour nous, comme manger, comme prendre un tout petit peu soin de la personne qu'on est. Après, il y a des symptômes que je dirais un peu « accessoires » mais, qui sont très souvent au premier plan pourtant, qui sont des symptômes anxieux. Il y a une réaction anxieuse dans la dépression, la plupart du temps, en tout cas, au début, pendant un certain temps, c'est toujours très très inquiétant quand ça disparaît car c'est quand même une tentative d'y faire quelque chose à la dépression. On s'angoisse de se voir comme ça, on essaye de trouver des solutions on se demande comment c'est possible, on se culpabilise d'être comme ça, on se dit « allez bouge-toi, fais des efforts ». Le fait de ne pas réussir à faire des efforts, nous angoisse, on se projette avec angoisse dans la journée de demain où il va falloir encore faire des efforts. L'angoisse c'est une tentative d'y faire quelque chose. A mon avis, en général, ce sont des symptômes qu'on voit, qui sont au premier plan et qui sont à mon avis les premiers à traiter car c'est peut-être les plus douloureux. Ils arrivent ici, consultant d'eux-mêmes souvent, en général, quand c'est pas mal évolué. Je dirais qu'il y a deux grands cas dans lesquels ils viennent, quand ce sont les symptômes qui les amènent à consulter et quelques fois par les conséquences des symptômes qui déterminent une espèce d'inquiétude autour d'eux, même une inquiétude pour eux. Mais, c'est plus du fait des conséquences des symptômes plutôt que des symptômes eux-mêmes. C'est-à-dire que ce sont des gens qui commencent à avoir des problèmes au boulot, qui commencent à plus réussir à y aller, qui commencent à se mettre dans le rouge, dans tous les champs, familial, professionnel, dans le champ conjugal, et qui finalement, sont poussées ou se poussent à aller consulter, en se disant : « ce n'est pas possible, je suis en train de tout péter ». Du coup, ce sont des gens déprimés et quelques fois, ce sont juste des personnes qui viennent se plaindre des symptômes que j'ai décrit. Nous on les voit très régulièrement dans le cadre d'un passage à l'acte suicidaire même si, la grande majorité des passages à l'acte suicidaire qu'on voit ne font pas l'objet d'un diagnostic de dépression caractérisé, c'est rarement le diagnostic principal qu'on fait à la suite d'un passage à l'acte suicidaire. »</p>
---	---

<p>Comment les personnes concernées recourent aux soins ?</p>	<p>« Peut- être qu'il faut préciser... Il y a recours aux soins assez régulièrement parce que le médecin traitant nous envoie régulièrement des patients, en disant que ces patients les inquiètent. C'est quelques fois après des consultations au sujet de petites considérations somatiques mais répétées qui mettent la puce à l'oreille du médecin traitant, parfois simplement par ce qu'ils disent leur tristesse, leurs difficultés au médecin traitant. Pour nous, il y a des choses qu'on n'a pas, des données auxquelles on n'a pas accès, comme la proportion des patients présentant des symptômes, quel pourcentage de patients, le médecin traitant nous envoie ici, ou au CMP ou quelle proportion de patients, il se sent capable de gérer de son côté... Je ne sais pas du tout. Je ne sais pas comment on pourrait avoir cette information. »</p> <p>«- Et généralement, il y a des personnes qui viennent directement dans la structure sans être passées par un médecin généraliste ? »</p> <p>« Bien sûr, c'est la majorité. »</p> <p>«- Donc Ils ont quand même accès à une information concernant le recours aux soins possibles ? »</p> <p>« J'espère, c'est notre boulot à nous, c'est à dire qu'on est ouvert 24/24 7 jours/7 on essaye de se montrer le moins inquiétant possible et voilà l'accueil n'est pas désagréable, les gens qui sont déjà passés savent que l'on est globalement à l'écoute. Ils peuvent appeler, ils ne viennent pas forcément en disant « je suis déprimée ». Oui c'est très fréquent ça.</p> <p>Et puis on a aussi tout le travail en réseau, en amont, le projet CP2A c'est les référents RSA qui sont venus visiter la structure à plusieurs reprises, les UTPAS nous connaissent bien, les médecines du travail nous connaissent, on a vu maintenant quelques milliers de patients, les bruits courent qu'on peut être reçu sans Rendez-vous... Je pense que c'est très compliqué de savoir exactement à quel point on remplit notre rôle de première étape dans le soins psy, quelle proportion des gens qui en ont besoin ont effectivement recours à nous je ne sais pas ! »</p>
<p>Est-ce que vous estimez que le recours tardif est fréquent ? Et quelles sont les raisons évoquées pour ne pas venir consulter avant ?</p>	<p>« Le recours tardif est très difficile à évaluer, mais oui je pense que c'est fréquent. Par ce qu'il y a plusieurs raisons, pleins de raisons, mille raisons qu'on va balayer vite fait car, inhérentes à la psychiatrie elle-même, qui n'est pas un lieu où l'on va la fleur au fusil, probablement, une autre qui est plus inhérente aux troubles dépressifs qui portent en lui-même la critique, sa propre critique, la culpabilité l'autodépréciation, ça fait dire aux gens qu'ils ne sont pas malades qu'ils sont juste paresseux donc on a du mal à aller voir le médecin en disant « je suis paresseux qu'est-ce que vous pouvez faire pour moi ? ». Parce que, jusque dans des stades très avancés de la dépression, il est possible de se poser la question du bien fondé de se dire malade ou atteint d'un trouble. Ce sont des gens qui pendant très longtemps se pensent juste plus fragiles que les autres, moins capables que les autres de faire face à la vie, paresseux, menteurs, se jouant, inquiétant une famille sans vraiment que ce soit fondé, ils ont du mal à se constituer comme malades, comme ayant besoin de recourir aux soins. La question de la psychiatrie, la question de la dépression en elle-même, la question de la méconnaissance des symptômes de la dépression. Parce que, tout à l'heure, on parlait des symptômes classiques de la dépression, il y a des symptômes un peu plus atypiques, en particulier aux âges extrêmes de la vie, aux âges extrêmes de la psychiatrie adulte à savoir les adolescents et les personnes âgées. La dépression prend des formes particulières qui ne sont pas forcément faciles à diagnostiquer. Chez un adolescent, ça peut prendre la forme des conduites ordaliques, des mises en danger, ça peut prendre chez les adolescents comme chez les personnes âgées des formes de dépression hostile, avec de l'agressivité, ça peut prendre des formes de consommation, cachées, sous l'utilisation de toxiques. Soigner la dépression au cannabis ça ne marche pas très bien mais ça cache effectivement un certain temps et compte tenu du fait que ça fait beaucoup plus peur aux parents de penser que leur(s) enfant(s) fument du cannabis plutôt que leurs adolescents soient déprimés. C'est la question du cannabis qui passe en premier, et on nous les apporte à l'oreille « il fume du cannabis, qu'est-ce qu'on peut faire docteur ? » le gamin est déprimé ; il est là depuis un an et demi, il fume du cannabis depuis un an et demi, il y a un problème d'addictologie peut-être et il va falloir s'en occuper, sans doute, mais la question du cannabis est accessoire dans cette affaire, en tout cas, elle n'est pas à l'origine du problème. Ce sont des choses, des situations qu'on rencontre</p>

	<p>régulièrement aussi. Il y a des présentations complexes de la dépression. Il y a aussi une définition de la dépression, on en parlera plus tard, une définition de la dépression assez extensible qui pose des problèmes de communication entre les professionnels et avec les patients. Parce que cette espèce de dépressivité chronique, qui est simplement un malaise névrotique, qu'on se traîne longtemps qui est qualifié de dépression qui donne lieu à des arrêts de longue durée. Ces trucs-là, viennent un peu troubler le jeu et finalement le diagnostic de dépression, véritablement, du problème thymique qu'est la dépression, ce dégonflement... Quelques fois on est plus trop entraîné à faire un diagnostic, sachant plus très bien ce qu'on appelle « dépression ». »</p>
<p>Selon vous, qu'est-ce que le non-recours aux soins ? Est-ce que celui-ci serait essentiellement dû à l'absence de recours à un professionnel de santé ? Ou est-ce que le recours aux médecines alternatives est, d'après vous, à considérer comme du recours aux soins ?</p>	<p>« La question est assez importante. Oui, c'est un premier recours aux soins puisqu'on se dit qu'on a besoin d'un tiers parce que l'on a un problème. C'est bon, on a déjà fait la moitié du boulot je dirais. J'ai un problème, je vais voir après, quant au choix de la technique qu'on va employer, pour être soigné, c'est une deuxième question, mais on a déjà fait un premier pas. C'est un recours aux soins. Si on va voir une voyante, ce n'est pas un recours aux soins dans le sens où on ne se constitue pas comme patient mais plutôt comme victime de la colère des dieux. Même si on va voir un magnétiseur, il y a une demande, on se dit « je ne vais pas bien il faut quelqu'un qui me fasse ailler mieux ». Je ne pense pas que le magnétisme puisse beaucoup aider dans la dépression mais oui je pense que c'est une demande de soins.</p> <p>La question du recours aux soins doit se poser du côté des patients. C'est quoi la démarche du patient ? Si sa démarche c'est de dire « je ne vais pas bien il faut qu'on m'aide », c'est une demande de soins, ce sont des gens avec qui on va travailler. »</p>
<p>Selon votre avis et vos expériences, quelles sont les raisons possibles de ce non-recours chez les personnes ayant des troubles dépressifs ? Pensez-vous que les personnes concernées sont plutôt bien informées ou plutôt mal informées ?</p>	<p>« Le manque d'information sur ce qu'est la dépression, sur comment ça se soigne ? Je ne pense pas, ça dépend d'où on parle, à Lille ça va, nous on ne voit que des patients lillois et les patients lillois ça va. Qu'ils sachent ce qu'est la dépression on s'en fout, qu'ils n'aillent pas bien et qu'ils sachent le dire à quelqu'un qui va savoir où les envoyer, c'est ça qui est important. Ils disent ce qui se passe et c'est à nous de les informer de ce qu'on comprend de leurs symptômes. Mais, je ne crois pas à Lille, moi je bosse qu'à Lille, qu'avec des patients lillois en plus, c'est particulièrement restrictif. En consultation, c'est plus large mais, globalement on est dans un territoire, Laurent Plancke pourra vous dire ça très bien, puisqu'il le connaît bien, il connaît bien ces données-là, un territoire où le recours aux soins psychiatriques d'urgence est vachement facile. Je ne sais pas où c'est le plus facile en France, mais entre Fontan, nous ici, les urgences de Saint Vincent à côté, Capi, Tourcoing, le SIAC, Victor Provo, il y a des recours. Les médecins généralistes, forcément, ont pensé que lorsqu'ils ont des difficultés psychiatriques en urgence ils sont tellement contents de connaître les recours d'urgence qu'ils les connaissent et les orientent. En général, ils sont très contents de nous avoir et ils savent comment nous trouver. Ça va aller de mieux en mieux. A Lille, je ne crois pas, mais je pense pas que la question de l'information sur ce qu'est la dépression soit... ça fait mal la dépression et je pense qu'à un moment les gens ont du mal à pas en faire état de cette douleur, donc ils vont dire à leur famille ou à quelqu'un qui va lui dire « va voir ton médecin ça va pas », si c'est grave si c'est inquiétant. Alors après, c'est un peu compliqué, la question c'est quand il n'y a pas urgence, quand il y a des troubles dépressifs, mais pas d'idées suicidaires : est ce que les médecins généralistes connaissent bien et s'articulent bien avec les centres médico psychologiques, avec les psychiatres en ville ? Pas terrible, on sait que ce n'est pas terrible ça, mais je crois pas que c'est la question de l'information qui soit au centre, l'information sur ce qu'est la dépression. Je crois pas qu'il faille faire des campagnes de santé, « vous n'arrivez pas à vous lever le matin, vous êtes triste tous le temps, vous avez envie de vous buter, vous êtes atteint de dépression appelez le numéro machin... » Je n'y crois pas trop... La dépression, c'est tellement plurifactoriel, enfermer ça dans un cadre nosologique franchement précis... « vous avez une</p>

	<p>dépression, on peut la soigner », ça donne un message qui est très faux, la dépression n'est pas qu'une maladie circonscrite comme serait un ulcère, la dépression est plurifactorielle et a des formes complexes. Le soin c'est aller voir qqn qui est capable de vous accompagner dans la compréhension de ce que c'est, je pense que l'essentiel c'est qu'on communique. Si vous n'allez pas bien, voilà il faut aller voir, plutôt de savoir ce qu'est la dépression. Je pense que c'est l'essentiel. »</p> <p>« -Je pensais justement à des patients qui peuvent peut-être avoir honte aussi de ces sentiments, de ce vécu donc... »</p> <p>« C'est ce que je disais tout à l'heure, il y a une difficulté dans le recours aux soins qui est inhérent au trouble lui-même, qui fait que l'on a honte. C'est important de le dire, mais on ne se sent pas légitime à aller consulter « on n'est pas malade on est juste ... ».</p>
<p>Est-ce que les représentations sociales des troubles dépressifs et des prises en charge possibles pourraient être liées au non-recours aux soins lors de troubles dépressifs ?</p>	<p>« Ce sont des bonnes questions mais ce sont des questions qu'on pourrait diviser en pleins de questions, dont la question des différentes thérapies. Il y a plusieurs choses, parce que je pense que vous posez la question à la fois de la stigmatisation. Ça a beau nous fatiguer un peu ce mot parce qu'il a été utilisé...pour éviter la stigmatisation, on est allé jusqu'à dire que la maladie mentale n'existait pas. C'est un mot qui me fatigue un peu, je suis un peu lassé, c'est vrai qu'il y a des gens qui ne veulent pas prendre d'antidépresseurs ou qu'ils ne veulent pas voir un psychiatre... ça reste vrai quand même, l'inertie de ce qui a été mis en place, de ce qui est dit je crois pas du tout que ce soit grâce à l'antipsychiatrie ni au Dr Roelandt mais, je pense que la déstigmatisation est en marche. Je pense qu'on a plus grand-chose à faire. C'est tous les jours mieux, il y a une espèce d'inertie qui va nous emmener vers une déstigmatisation assez ouverte. Je pense que même si ce n'est pas toujours très heureux et très réussi, la médicalisation de la psychiatrie elle est vachement plus... La déstigmatisation comparée à n'importe quel type d'idéologie ou de pseudo humanisme, même si encore une fois la psychiatrie très médicale rate encore pas mal de chose. L'autre question que vous posez est la question des psychothérapies. Effectivement personne n'a un discours clair sur la psychothérapie. Quand on n'est pas bien, on a envie d'avoir recours à des gens dont on a l'impression qu'ils ont les idées claires. Ça c'est vrai. Je pense que considérer que la psychiatrie c'est une affaire de sensibilité, d'intégration de différentes techniques, dans sa boîte à outils, avoir un peu de thérapies cognitivo-comportementales, des thérapies systémiques, un peu de psychanalyse, un peu de neurobiologie et puis quand on sait ouvrir le bon tiroir au bon moment on est un bon psychiatre, c'est quelque chose de très fantasmatique, quelque chose de complètement faux. Pourtant c'est un peu ce qu'on présente aux patients : « en fonction de vos symptômes on va vous proposer quelque chose qui sera toujours adapté à ce que vous avez ». Je crois que c'est une espèce de construction qui représente pas vraiment la réalité, où les patients ne se retrouvent pas tout à fait, je pense qu'il faut essayer de simplifier le recours aux soins et leur dire que leurs problèmes est affaire de psychiatrie. Et leur problème n'est pas un problème, qui en fonction de ses contours, de ses spécificités va trouver sa solution dans telle ou telle thérapie, c'est pas comme ça que ça doit se passer. C'est une erreur, quelqu'un qui connaît cette maladie, qui connaît ce type de symptômes, en qui vous aurez confiance, qui va vous accompagner dans les soins et qui avec vous prendra les décisions qu'il faudra. En fonction de ce que vous êtes, des symptômes que vous avez, on pourra vous accompagner de telle ou telle manière mais on n'a pas besoin de faire de la publicité sur les différences de chapelles, qui sont très construites, je trouve. Ce n'est pas comme si on pouvait utiliser soit la TCC, soit la psychanalyse en fonction de ses sensibilités... Tout ça, est très flou. Le patient « mais du coup je vais faire quoi ? mais du coup vous êtes quoi docteur ? Psychologue, psychiatre, psychanalyste ? psychothérapeute ? vous êtes quoi ? Est-ce que je suis venu voir la bonne personne du coup ? » « Oui vous êtes venu voir un psychiatre ». Le problème c'est ça, c'est que les gens sont un peu intimidés, un peu interdits devant déjà un choix. Ils sont déprimés, ils ont des difficultés à se décider : « est ce que je vais oui ou non me laver aujourd'hui » et s'ils doivent en plus choisir un thérapeute cognitivo-comportemental, un psychanalyste, un psychologue, un psychothérapeute, un psychiatre .... Ils ne vont pas y aller effectivement... Je pense que la clarification du recours aux soins peut aider particulièrement les patients.</p> <p>Ils ne peuvent pas s'y retrouver, il faut essayer de simplifier ... Ce sont des questions très très compliquées, parce qu'on peut pas dire non plus que tout le monde doit passer par un psychiatre, qui va avec eux définir</p>

	<p>une espèce de projet de soins en fonction de ce qu'il désire, il faut aussi laisser aux gens la possibilité de ne pas se considérer comme, irrémédiablement malade, ou ayant un effort à faire... Quelqu'un qui irait voir un psychanalyste d'emblée, ça peut être intéressant aussi qu'il ait cette démarche-là, faut pas non plus empêcher cela. C'est compliqué, je pense que c'est toujours bien d'avoir un éclairage psychiatrique quand même. Le problème des psychologues, c'est que les psychologues sont prédéterminés. Souvent, ils sont installés en tant que psychothérapeute de telle ou telle obédience et c'est un peu compliqué. S'il y a vraiment des questions, je pense que c'est bien d'aller voir un psychiatre. »</p>
<p>Quelles seraient les actions possibles à mettre en place, selon vous, pour que les personnes avec des troubles dépressifs puissent recourir plus facilement ?</p>	<p>« Il faut continuer le travail de réseau. Je pense qu'on peut s'améliorer sur la vitesse de déclenchement de l'inquiétude, le déclenchement de la sollicitude. Les gens qui rencontrent un collègue du bureau d'à côté qui, a des arrêts maladie, peut lui envoyer un texto, demander et se poser la question. Quand on parle avec l'UTPAS, les référents RSA, la mairie, les éducateurs de la mairie, les gens qui s'occupent du relogement ces personnes-là sont un peu formé sur les recours aux soins. C'est difficile de s'inquiéter pour quelqu'un. Car quand on s'inquiète pour quelqu'un il faut savoir comment répondre au motif de cette inquiétude. Si quelqu'un est très très triste on va aller le voir : « mais t'es vachement triste » d'autant plus facilement quand on a déjà en tête, une idée pour répondre. Plus les modalités d'entrée dans les soins psy seront connus chez la majorité des gens et plus les gens seront capables d'être attentifs à qui ils vont suggérer d'aller consulter. Je pense que c'est une question d'inquiétude et de sollicitude qui est d'autant plus importante qu'ils auront les moyens de les assumer. Parce qu'être inquiet sans avoir rien à proposer... c'est compliqué... Je ne pense pas qu'il faille faire des pancartes plus grandes, des campagnes, je crois pas... Ça concernerait plus la société. Il faudrait un accès facilité, très facilité à un premier recours psy très souple. Après je prêche pour ma paroisse, j'ai l'impression que c'est ce qu'on fait ici. Le jour et la nuit vous pouvez arriver en disant que ça ne va pas, ça suffit à être reçu. »</p> <p>«- D'après les données en cours, beaucoup de personnes considèrent que le recours aux soins en santé mentale est très long »</p> <p>« Ce sont les CMPP qui sont très longs, parce qu'ils ont aussi des difficultés à s'envisager dans l'urgence... Nous on n'est pas qu'un service d'urgence on est un service sans rendez-vous, c'est très différent. Il y a encore du travail à faire... on reçoit tellement de gens qu'on a un peu du mal à se dire qu'il faut qu'on fasse plus de publicité. Mais, la question c'est pas « urgence ou pas urgence » ; en urgence on est reçu tout de suite, sans urgence on est reçu à 4 mois... Je pense qu'effectivement il y a un problème. Un premier recours, ne serait-ce qu'une première consultation possible, de façon immédiate, on peut grâce à deux endroits sur Lille qui le proposent ... C'est énorme. Et les deux endroits reçoivent des gens, beaucoup de gens, par téléphone et en face à face donc c'est déjà pas mal. Mais, je pense qu'effectivement comme je le disais tout à l'heure, plus il sera évident pour tout le monde qu'il existe des lieux comme ça, et pas simplement juste pour l'urgence mieux ça sera... Car au début, prendre rendez-vous c'est un truc vachement engageant.. Donc en fait les gens n'ont pas 4 mois d'attente avant de voir un psychiatre, il faudrait juste qu'ils le sachent je pense.</p> <p>C'est un travail énorme, peut être que Laurent Plancke vous a parlé de Genepsy, qui est une étude que j'avais fait faire à deux internes durant leur stage, sur les relations entre la médecine générale et la psychiatrie... La question du délai, de l'articulation de la médecine et de la psychiatrie sur les structures classiques (CMP en particulier.) c'est catastrophique. D'un CMP à l'autre, d'un secteur à l'autre le délai d'attente est multiplié par 6, ça n'a pas de sens... Ce qui serait bien, c'est que le travail qu'on fait, les CMP arrivent à le faire aussi.... Qu'ils soient capables d'accueillir les gens comme ça, au bout d'une semaine ça serait super. Sinon tout va passer par là et on va commencer à moins faire bien le boulot. Faudrait qu'ils puissent y avoir des meilleurs délais dans les CMP, je pense que tous les CMP ont les moyens de le faire, franchement. Il suffirait de le vouloir très fort et que ce soit une priorité et qu'on s'organise. »</p>

## Annexe 4. Entretien avec le Docteur Michel Maron :

<b>Entretien avec le Docteur Michel Maron le 8 Juillet 2016</b>	
Le sous-recours des jeunes	<p>« Les jeunes ont moins d'appétence que les personnes plus âgées pour les traitements médicamenteux en particulier. Du coup les médecins en prescrivent également moins car cela diminue la confiance et défavorise la relation thérapeutique. L'acceptation du traitement est plus compliquée et l'observance des jeunes est plus mauvaise.</p> <p>La moindre appétence des jeunes est liée à des représentations collectives, au fait qu'ils ne prennent pas de médicaments pour troubles somatiques et ne désirent donc pas en prendre pour des troubles psychiques et au fait que la santé n'est pas un sujet de préoccupation pour eux (gaspillage du « capital santé » évident ; souci de prévention de la santé chez les jeunes : comportements à risque, alcool, tabac...).</p> <p>Pourtant les jeunes, jusqu'à l'âge de 26 ans, peuvent recourir directement au psychiatre, sans avoir de surcoût dû à l'absence de d'adressage du médecin traitant. »</p>
Prise en charge par le médecin traitant	<p>« La prise en charge par le médecin traitant est essentielle : connaissance de l'historique du patient. Il est capable de relier des événements de vie de l'ensemble de l'entourage du patient très rapidement à un trouble psychique car il le connaît, il perçoit ainsi les causes et les facteurs d'entretien, il peut donner du sens à l'histoire du trouble psychique. »</p>
Comportement des personnes âgées	<p>« Les personnes âgées sont touchées par les troubles dépressifs, mais elles ne sont pas autant vues par les psychiatres. Explications proposées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Représentation collective (ex. : « psy » = « fou ») différentes chez les populations de ces générations</li> <li>• Suivi par des somaticiens : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Les personnes âgées sont souvent poly-pathologiques. Ex. : troubles dépressifs avec un antécédent d'infarctus + hypertension → prise en charge en cardiologie voire en gériatrie. Pas de visite systématique par un psychiatre.</li> <li>○ La prise en charge des somaticiens se concrétisera souvent par des antidépresseurs</li> <li>○ Il y a un risque de diagnostic différentiel. Ex. chez une personne âgée en AEG (cancer vs dépression vs aggravation de l'une de ses maladies chroniques vs infection)...</li> </ul> </li> <li>• Acceptation plus facile des personnes âgées pour les psychotropes : ils ont déjà plusieurs pilules à prendre, ils questionnent moins la médicalisation</li> </ul> <p>Les CMP peuvent être éloignés : difficile pour une personne souffrant de troubles de la mobilité avec troubles dépressifs de se motiver sur une base régulière. »</p>
Banaliser la dépression	<p>« Il faudrait rendre commun la dépression, la vulgariser/banaliser. Sans banaliser les conséquences. « C'est quelque chose qui arrive, qui se soigne mais qui est potentiellement grave ». Faire accepter que l'on puisse en souffrir et que l'on peut la traiter/soigner/en guérir.</p>

	<p>Le phénomène de société autour du burn-out est à double visage :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il vulgarise le concept de la fragilité du psychisme, que le psychisme peut être malade/souffrir, en ce sens c'est positif. Quand on comprend cela, on essaye de se protéger de la souffrance.</li> <li>• Il fait croire au concept de dépression réactionnelle (vieux terme), comme si « l'origine » professionnelle du trouble rendait différent le trouble</li> </ul> <p>En réalité, burn-out ou dépression conduisent à la même problématique pathologique : même statistiques, même évolution. L'éviction du facteur déclenchant n'enlève pas le risque suicidaire ni le risque de récurrence du patient souffrant de troubles dépressifs qualifiés de « réactionnels » ou « burn-out », c'est pourquoi on ne parle plus de dépression réactionnelle. On accepte plus facilement d'avoir une dépression à cause de quelque chose...alors que si ça vient de nous c'est plus compliqué et pas forcément acceptée.</p> <p>Il faut aller plus loin. Il faudrait faire comprendre que la dépression est une réelle maladie avec 15% de risque de suicide. La prise en compte (et non « en charge ») médicale est essentielle. »</p>
Le recours ?	<p>« Les trois façons de recourir aux soins</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Demandes spontanées, elles sont rares en CMP, c'est généralement plus les médecins généralistes qui les orientent</li> <li>2) Par les proches qui perçoivent la souffrance</li> <li>3) En libéral, mais après je ne sais pas exactement...</li> </ol> <p>Spécificité de la médicalisation</p> <p>Recours aux soins/ recours</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Geste de recours : on est plus dans la dynamique « je fais tout seul ». Mais, il ne faut pas que des personnes inadaptées prennent en charge les troubles dépressifs, cela pourrait être dangereux.</li> <li>⇒ Il y a la recherche d'aide, mais aussi la pertinence de cette aide, qui est alors une autre question...</li> </ul> <p>Ainsi 2 types de recours « recours concierge » et le « recours aux soins ». Utiliser les médecines parallèles c'est faire une recherche d'aide, on est dans le recours mais, pas dans le recours aux soins. Le risque principal est le risque suicidaire. Médicalisation/professionnalisation du trouble dépressif est ainsi plus clair que recours. Dans la dépression, la médecine est la bonne solution. « Tout peut être utile mais pas nécessaire » »</p>
Commentaires étude non-recours	<p>« Souvent le CMP peut être lié à la représentation de l'hôpital psychiatrique, puisqu'il est rattaché à un EPSM.</p> <p>Il est préférable que ça passe par le médecin traitant, car il connaît le patient, le climat familial... Le médecin traitant va donc pouvoir accorder une valeur à certaines choses. Il peut donner du sens à l'histoire.</p> <p>Il semble que les recourants présentent des troubles plus sévères, à plus haut risque de complication, que les non-recourants. En effet la HAS recommande le critère « d'idées noires » et les critères psychosomatiques, comme critère de recours à un spécialiste (psychiatre). Les personnes qui ne recourent pas sont ceux qui ne perçoivent pas leur trouble ou moins. Cela pose la question de l'exploration des troubles dépressifs en population générale.</p> <p>On aperçoit ici, qu'en réalité, le patient vient peu souvent, s'il a peu de risque et/ou s'estime peu en danger : atteindre ce patient est donc d'autant plus compliqué. C'est en amont qu'il faut faire quelque chose, indépendamment de l'intensité, c'est dans le</p>

	repérage. Les personnes qui ne recourent pas, vont être en danger si leur trouble s'aggrave. »
Stigmatisation	<p>« Il faut informer sur la dépression : sa nature (maladie), sa gravité, son pronostic (15% suicide), l'importance du recours médical (et psychiatrique). Choisir un psychiatre peut être délicat à cause des représentations. Les personnes ayant des troubles psychiques sont souvent stigmatisées. L'humour utilisée représente de manière intéressante la pensée de la société. La stigmatisation de la dépression se reflète très bien dans la stigmatisation du psychiatre. Une des représentations fréquentes : « un psychiatre, ce n'est pas un docteur ». Les psychiatres nourrissent parfois par leur attitude de telles représentations. C'est essentiellement lors des urgences, que la société va avoir besoin des psychiatres et qu'on est alors demandé. On est dans une certaine ambivalence. Le psychiatre est regardé comme un professionnel de la folie ; c'est comme si on regardait l'hospitalisation dans hôpital expert dans le cancer comme étant réservé aux cancéreux. Ou bien qu'on considérait le recours à l'infectiologue comme réservé aux sidéens. Le psychiatre est celui qu'on va voir quand on est dépressif mais, cela ne veut pas dire que les dépressifs sont fous. »</p>

La Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale a entrepris, cette année, un projet sur « les troubles dépressifs ». Celui-ci comprend un volet sur le non-recours aux soins, constituant une manifestation importante. En effet, en 2010, 39% des personnes souffrant de dépression n'auraient recours ni à un professionnel de santé, ni à une structure de soins et ni à une psychothérapie, selon le baromètre santé (F. Beck & Guignard, 2012). S'intéresser au phénomène du non-recours aux soins vise plusieurs enjeux, celui de la santé, car il est un risque pour la santé, un facteur aggravant, celui de la citoyenneté puisqu'il fait référence au droit de la santé et des soins ainsi qu'aux devoirs, car chacun devrait bien gérer son « capital santé ». L'objectif au sein de cette enquête est de comprendre les raisons possibles de la non-prise en charge par des professionnels de santé des personnes ayant des troubles dépressifs, tout en prenant connaissance des représentations sociales associées à la dépression. Comprendre les raisons associées au non-recours aux soins, lors de troubles dépressifs, et les représentations sociales pourrait permettre de lutter contre ce phénomène et permettre à chacun de prendre une décision libre et éclairée pour sa santé. Ainsi, pour réaliser cette étude, un auto-questionnaire internet a été réalisé afin de toucher les personnes concernées. Celui-ci a été diffusé par le biais de forums santé, de sites internet et de réseaux sociaux. Les résultats ont fait ressortir globalement qu'un épisode dépressif peu sévère, que le manque de confiance envers les professionnels de santé et qu'un déni de la gravité de la pathologie conduisent à ne pas recourir à un professionnel de santé. En effet, il semblerait que les répondants non-recourants ressentiraient moins une perte d'intérêt, auraient moins d'idées noires et moins conscience de leur maladie et manqueraient de confiance envers les professionnels de santé et leur utilité. Des actions de santé publique comme des campagnes publicitaire, des interventions d'informations dans les lieux fréquentés quotidiennement, pourraient permettre de baisser ce phénomène important, comme a déjà pu le faire l'INPES, avec son livret d'informations, en 2007.