

LES REPRESENTATIONS SOCIALES DE LA DEPRESSION CHEZ DES MEDECINS: ENTRE PRATIQUES ET NORMES

**MAX GIGLING
CHRISTIAN GUIMELLI**

Université Paul Valérie, Montpellier, France

JEAN-CLAUDE PENOCHET

CHU Montpellier, France

Résumé: Cette étude propose d'approcher le concept de dépression chez des médecins en tant que représentation sociale. Le choix des sujets, médecins généralistes et médecins psychiatres, a été guidé par l'hypothèse selon laquelle les représentations de la dépression dépendent de pratiques spécifiques dues à la présence ou l'absence d'une spécialisation en psychiatrie. A la suite de 27 entretiens semi-directifs, les structures des représentations ont été mises en évidence par la méthode de l'analyse de similitude (41 sujets). Les résultats suggèrent que les deux groupes de sujets ne partagent pas les mêmes représentations de la dépression: d'une part, les structures diffèrent fortement d'un groupe à l'autre, ce qui semble être lié, entre autres, à une catégorisation différente des diverses formes de maladie dépressive. D'autrepart, parmi les éléments qui paraissent entrer dans la composition du noyau central (c'est l'hypothèse que nous formulons à la fin de ce travail), deux d'entre eux sont différents d'une population à l'autre, tandis que les deux éléments identiques pourraient être la trace, au niveau des représentations, de normes relevant d'un niveau plus général.

Summary : This study suggests to consider the physicians' concepts of depression as a social representation. The choice of subjects, general practitioners and psychiatrists, has been guided by the hypothesis that the representations of depression depend on the specific practices due to the presence or absence of a specialisation in psychiatry. Consecutively to 27 interviews, the structures of the representations have been investigated by use of the technique of similarity analysis (41 subjects). Results suggest that the two groups of subjects do not share the same representations of depression: on one hand, the structures differ strongly from one group to the other, which seems to be linked partly to a different categorisation of the diverse forms of depression. On the other hand, among the elements which seem to belong to the central core, two elements are specific upon each population, while the two identical elements could be the trace, at the level of the representations, of norms issue from a more general level.

Pour le public, la dépression demeure un concept aux limites floues, comme d'ailleurs celui de maladie mentale en général. Il n'est pas certain qu'il n'en soit pas de même pour les médecins. Quand des généralistes et des psychiatres français discutent de la dépression, parlent-ils précisément de la même chose? Et d'un pays à l'autre, les concepts recouvrent-ils les mêmes entités? L'imprécision du concept de maladie dépressive tient d'abord au fait qu'à l'intérieur de celui-ci, on isole habituellement plusieurs maladies dépressives distinctes. D'autre part, un même type de dépression peut être repéré par des symptômes de nature très diverse, allant de l'appréciation subjective du patient, en passant par des signes extérieurs «objectifs» d'un trouble de l'humeur, jusqu'à différentes expressions somatiques. Qui plus est, le malade dépressif lui-même semble participer à cette multiplicité: selon le contexte socioculturel, les malades dépressifs "signalent" leur pathologie par des symptômes différents. Par exemple, une étude comparative des dépressions en France et en Afrique noire (Damba, 1988; cité in Lôo & Lôo, 1993) a montré que des symptômes aussi prépondérants en France que la tristesse pathologique ou la perte des intérêts étaient plutôt rares en Afrique noire. En dernier lieu, on sait combien les hypothèses étio-pathogéniques des dépressions font preuve, elles aussi, d'une grande diversité. Bien entendu, les nosographies et l'utilisation de critères de classification tentent de remédier à cette multiplicité des conceptions. Mais là aussi, leur diversité ne traduit-elle pas la complexité du concept plus qu'elle n'y obvient?

Ainsi, la multiplicité des classifications de la dépression et des symptômes censés la traduire, associée au fait que la dépression est néanmoins appréhendée comme un savoir objectif, suggèrent de l'approcher en tant que représentation sociale, c'est-à-dire comme savoir socialement construit et partagé, ayant une fonction constitutive de la réalité. Dans cette étude nous nous proposons d'apporter des arguments en faveur d'une approche du concept de dépression en tant que représentation sociale, et de suggérer une modélisation de ce que pourrait être cette représentation chez les médecins généralistes et chez les médecins psychiatres français. Cette recherche doit être considérée comme exploratoire. Elle a été réalisée sur une population restreinte et spécifique (médecins d'une ville de taille moyenne du Sud de la France), et une seule variable a été prise en compte (la distinction entre généralistes et psychiatres). L'étude s'inscrit dans le cadre théorique et méthodologique de l'approche structurale des représentations sociales (Abric, 1994; Guimelli, 1994). On considère qu'une représentation sociale est un ensemble organisé de cognitions. Cette organisation est régie par un double système: d'une part un système central, structurant et stable, cohérent et consensuel, et d'autre part un système périphérique, sous la dépendance du système central, flexible, adaptatif et relativement hétérogène.

METHODE

L'ANALYSE DE SIMILITUDE

Dans le but de connaître à la fois le contenu de la représentation de la dépression et d'en décrire la structure interne, nous avons utilisé une méthodologie qui associe la

technique classique de l'entretien semi-directif et une analyse formelle des données: l'analyse de similitude (Flament, 1981; Guimelli, 1988).

L'analyse de similitude a pour objectif essentiel de mettre en évidence le type d'organisation des cognitions relatives à l'objet de représentation. Les cognitions sont tout d'abord repérées grâce à une série d'entretiens exploratoires, puis traduites sous la forme «d'étiquettes» qui constitueront les items du questionnaire. Lorsqu'elles sont bien choisies, les «étiquettes» résument le contenu des cognitions et on peut faire l'hypothèse qu'elles initialisent chez le sujet les aspects les plus généraux ou les plus essentiels de la représentation.

Ces items sont ensuite présentés aux sujets sous la forme d'un questionnaire de caractérisation. Dans ce type de questionnaire, on propose aux sujets n items et on leur demande de procéder à des choix par bloc. Les sujets sont ainsi amenés à produire c classes de k items chacune, avec $c \times k$ égal à n . Pour réaliser cette tâche, on leur demande de repérer tout d'abord les k items les plus importants (ou les plus pertinents) par rapport à leur propre conception de l'objet de représentation, puis les k items qui sont les moins importants. Parmi les items qui restent, ils doivent ensuite repérer les k items qui sont encore importants, etc. Un score est attribué à l'ensemble des k items appartenant à une même classe. Dans cette étude, nous avons proposé aux sujets vingt items qu'ils devaient ranger en cinq classes comportant quatre items chacune, et auxquelles ont été attribués les scores +2 (la classe comportant les items jugés les plus importants), +1, 0, -1, -2 (les quatre items de moins en moins importants, dans l'ordre).

Ainsi, chaque item sera affecté d'une pondération spécifique (qui correspond au score de la classe dans laquelle il a été rangé) en fonction de «l'importance» que lui attribue le sujet dans le champ représentationnel. On peut alors procéder à une comparaison statistique des moyennes relatives à chacun des items dans les différentes populations étudiées.

La structure de la représentation sera mise en évidence à partir de l'*indice de distance* (Guimelli, 1988, 1989) calculé pour chaque paire d'items. La valeur de l'indice variant de +1 (similitude maximum) à -1 (antagonisme maximum), l'analyse de similitude fait apparaître des blocs d'items entre lesquels on observe des relations négatives. En effet, il résulte de l'application de cet indice que les items regroupés à l'intérieur de chaque bloc sont caractérisés entre eux par de fortes valeurs de similitude, alors que les relations entre les blocs peuvent être considérés comme des relations d'antagonisme. Dès lors, l'arbre maximum obtenu fournit un ensemble d'informations particulièrement pertinentes pour analyser la structure de la représentation. Ces informations sont ensuite complétées par la détermination des cliques maximales de la structure, c'est-à-dire, en fait, des lieux de forte connexité, constitués par des ensembles d'éléments fortement reliés deux à deux.

LA PROCEDURE EMPIRIQUE

Le choix des échantillons a été guidé par l'hypothèse selon laquelle les représentations de la dépression chez les médecins sont susceptibles d'être déterminées par la présence ou l'absence d'une spécialisation en psychiatrie qui oriente vers des pratiques spécifiques. On distinguera donc médecins généralistes et médecins

psychiatres. (D'autres variables sont susceptibles de déterminer cette représentation, mais elles n'ont pas été prises en compte dans cette étude.)

Vingt-sept entretiens semi-directifs (15 généralistes et 12 psychiatres) ont permis de recueillir un matériel qualitatif relativement important. Ces entretiens ont été conduits à partir de la consigne suivante: «Qu'est-ce que la dépression selon vous». A chaque entretien, l'enquêteur a essayé de couvrir les champs suivants: symptômes, diagnostic, causes et traitement de la dépression.

Les entretiens ont été analysés afin de dégager vingt thèmes concernant la dépression. Les thèmes retenus étaient des thèmes importants pour les sujets quelle que soit la population (thèmes sur lesquels les sujets insistent et qui reviennent souvent dans les entretiens). Ces thèmes ont ensuite été résumés sous la forme de propositions, en utilisant les formulations des sujets (cf. tableau 1 pour les 20 propositions). Ce sont ces propositions qui constituent les items du questionnaire permettant le recueil des informations nécessaires à l'analyse de similitude. Le questionnaire a été soumis à 41 sujets (20 généralistes, et 21 psychiatres dont 80% d'exercice libéral). Le recueil des données a eu lieu en mars 1995.

RESULTATS ET DISCUSSION

LA PONDERATION DES ITEMS

Les pondérations d'un certain nombre d'items diffèrent significativement d'un groupe à l'autre (cf. tableau 1). Ceci ne surprendra pas pour les items 9 et 17, qui concernent respectivement le soutien psychologique et le travail thérapeutique et qui sont plus valorisés par les psychiatres que par les généralistes. En accord avec cette importance attribuée à l'aspect relationnel dans le traitement de la dépression, les psychiatres valorisent moins l'item 6 qui suggère une prépondérance du traitement médicamenteux.

Parallèlement, les psychiatres attribuent moins d'importance à l'aspect sémiologique de la dépression. En effet, les entretiens nous ont permis de constater que les généralistes commençaient souvent leur discours par une description des symptômes de la dépression, ce qui était plus rarement le cas chez les psychiatres. En accord avec cette observation, l'item 12 («La dépression, c'est souvent une fatigue, des troubles du sommeil, etc...») a un score significativement plus élevé chez les généralistes.

La différence très significative du score attribué à l'item 20 («la dépression mélancolique est une forme particulière de dépression») est plus surprenante. Cette différence pourrait s'expliquer par une catégorisation distincte des différents types de dépression. En effet, nous avons pu remarquer au cours des entretiens que les psychiatres avaient tendance à établir une tripartition des dépressions: aux deux pôles se situent d'une part les dépressions réactionnelles (ou «légères», etc.), et d'autre part la mélancolie qui a été désignée plusieurs fois comme une dépression très spécifique; entre les deux se situent les autres formes de la dépression qui sont nommées de façon très disparate. Par contre, en ce qui concerne les généralistes, on parlera plus volontiers d'une bipartition des types de dépression, opposant les dépressions réactionnelles aux autres dépressions, qui ont parfois même été regroupées sous le terme de mélancolie. Ainsi, pour nombre de généralistes, les items 3 et 20 auraient une signification

avoisinante et il n'y aurait donc aucune raison d'accorder une place particulière à la mélancolie.

TABLEAU 1

Comparaison des pondérations moyennes des items selon la population. Ecart types des pondérations des items selon la population.

n°	item	pondération moyenne				écart type	
		Gén.	Psy.	valeur du t	NS	Gén.	Psy.
1	Une grande partie des dépressions est traitée assez facilement avec les nouveaux antidépresseurs.	0,00	-0,29	0,65	NS	1,52	1,27
2	Une dépression est souvent masquée.	0,70	0,29	0,99	NS	1,30	1,38
3	Il faut différencier la dépression réactionnelle des autres types de dépression.	0,15	-0,05	0,45	NS	1,50	1,28
4	La dépression est liée à une structure de la personnalité.	-0,84	-0,29	-1,33	NS	1,17	1,49
5	Les dépressions graves ou qui "traînent" relèvent du psychiatre.	0,80	0,62	0,41	NS	1,47	1,32
6	Le traitement de la dépression est avant tout médicamenteux.	-0,20	-0,95	1,88	>.10	1,54	0,97
7	La dépression, c'est une panne du désir de vivre, une perte de tout intérêt.	0,80	0,52	0,67	NS	1,20	1,44
8	N'importe qui peut faire une dépression.	0,10	0,38	-0,62	NS	1,37	1,50
9	La prise en charge, le soutien psychologique sont très importants dans la dépression.	0,90	1,62	-2,37	>.05	1,21	0,67
10	L'évaluation de la gravité réelle d'une dépression est souvent difficile et se fait surtout sur la durée.	-0,55	-0,57	0,05	NS	1,43	1,16
11	La dépression est quelque chose de fréquent et actuellement plutôt en voie d'augmentation.	0,05	-0,57	1,46	NS	1,54	1,16
12	La dépression, c'est souvent une fatigue, des troubles du sommeil, etc.	0,25	-0,52	2,01	>.10	1,16	1,29
13	Il existe un facteur génétique important dans la dépression.	-1,35	-1,19	-0,51	NS	0,93	1,08
14	Avec l'expérience, le praticien sent assez facilement s'il s'agit d'une dépression.	0,05	-0,14	0,53	NS	1,23	1,11
15	Il faut toujours prendre au sérieux une dépression, même légère.	1,00	1,24	-0,94	NS	0,86	0,77
16	Le traitement de la dépression est très long.	-0,70	-0,62	-0,27	NS	0,92	0,97
17	Il est toujours intéressant pour le client de faire un travail thérapeutique sur sa dépression.	-0,50	0,76	-2,88	>.01	1,40	1,41
18	La dépression est souvent liée à un environnement défavorable.	-0,70	-0,90	0,50	NS	1,38	1,22
19	Avant de conclure à une dépression, il faut éliminer toutes les hypothèses somatiques.	-0,05	-0,14	0,21	NS	1,50	1,31
20	La dépression mélancolique est une forme particulière de dépression.	0,10	1,15	-2,92	>.01	1,17	1,14

LA DISTRIBUTION DES REponses

La considération de la distribution des réponses de chaque population pour un même item permet de se faire une première idée de l'homogénéité de la population par rapport à certains thèmes concernant l'objet de représentation. Cette distribution des réponses est résumée par l'écart type (Tableau 1): un écart type élevé indique une grande disparité des réponses. Nous considérons l'attitude de la population face à un item (et donc face au thème correspondant) comme non homogène si l'écart type dépasse le seuil 1,41, qui correspond à une distribution au hasard des réponses dans les cinq catégories +2, +1, 0, -1, -2 (chaque catégorie de réponses étant équiprobable puisque chacune est choisie selon la même fréquence).

On voit que le nombre d'items pour lequel l'écart type dépasse ce seuil est beaucoup plus élevé chez les généralistes (7 items: 1, 3, 5, 6, 10, 11, 19) que chez les psychiatres (3 items: 4, 7, 8). L'hypothèse d'une plus grande hétérogénéité de la population des généralistes doit néanmoins être faite avec la plus grande prudence car, comme nous l'avons dit, les psychiatres du secteur public sont très peu représentés dans le groupe de psychiatres interrogés. Or, les entretiens suggèrent des différences au sein de la population des psychiatres en fonction de la variable public/ libéral.

L'écart type élevé observé pour un certain nombre d'items ne signifie pas que les sujets de cette population ne partagent pas la même représentation de l'objet considéré: encore faudrait il que ces items soient centraux dans la représentation. Rappelons que, dans la perspective théorique adoptée, une représentation est différente d'une autre si, et seulement si, leurs noyaux centraux sont différents. Un certain désaccord par rapport à des éléments périphériques est même de règle, puisque le système périphérique intègre aussi ce qui est idiosyncrasique dans la représentation. Quand les divergences concernent des éléments importants mais néanmoins périphériques, on peut aussi être face à une «sous-structuration périphérique» (Flament, 1994), c'est-à-dire un système lié au noyau central mais pouvant, dans certains cas, fonctionner de façon autonome (par exemple dans des situations fréquentes et urgentes).

Ainsi, seule l'identification du noyau central permettrait de se prononcer par rapport à l'homogénéité du groupe considéré. Cette identification nécessite des méthodes spécifiques, mais l'analyse de la structure de la représentation permettra déjà d'énoncer des hypothèses quand à la centralité de certains items.

LES STRUCTURES DES REPRESENTATIONS DE LA DEPRESSION

L'organisation de la représentation peut être également saisie à partir de la structure mise en évidence par l'analyse de similitude. Rappelons que cette structure est résumée sous la forme d'un arbre maximum qui ne présente que les relations les plus «fortes» entre les éléments de la structure. Chaque relation est affectée d'un indice qui indique la valeur de cette relation et qui varie entre +1 (proximité maximale) et -1 (antagonisme maximal). Cette approche, plus qualitative que la précédente, présente un intérêt évident, puisqu'elle permet d'analyser la structure de la représentation de deux manières complémentaires:

- Tout d'abord en observant les relations d'antagonisme. En effet, la présence d'un indice négatif fait apparaître des blocs d'items entre lesquels on observe des relations

d'antagonisme, alors que les relations des items à l'intérieur de chaque bloc sont des relations de similitude.

- Ensuite, en examinant les relations de proximité (de similitude). Rappelons que deux éléments entretenant une forte relation de similitude doivent être considérés comme fortement associés dans la représentation. Ici encore, on peut donc faire apparaître des blocs d'items en supprimant les relations les plus faibles. En effet, si on supprime les relations les plus faibles dans un arbre maximum, on déconnecte le graphe en plusieurs sous-graphes distincts et on définit alors une classification des éléments en plusieurs classes ou blocs. La relation entre toute paire d'éléments pris dans deux blocs distincts a alors une valeur inférieure à celle de la relation qui a été supprimée (Flament, 1981).

Deux blocs peuvent être comparés quant à leur contenu, mais aussi quant à la pondération des items qui les composent, ce qui permet de distinguer entre blocs plus ou moins fortement valorisés. Les arbres maximum des deux populations sont présentés figure 1 et figure 2. Les traits pleins entre les items traduisent les relations qui composent l'arbre maximum.

Les relations qui entrent dans la composition des cliques maximales sont également indiquées sur ces figures, elles sont présentées sous forme de traits pointillés entre les items qui forment un tel ensemble. Rappelons que la détermination des cliques maximales permet d'apporter une information complémentaire puisqu'elle met en évidence des lieux de grande densité, autrement dit des ensembles d'items fortement reliés entre eux. On est en droit de supposer qu'un tel ensemble occupe une place privilégiée dans le champ de la représentation.

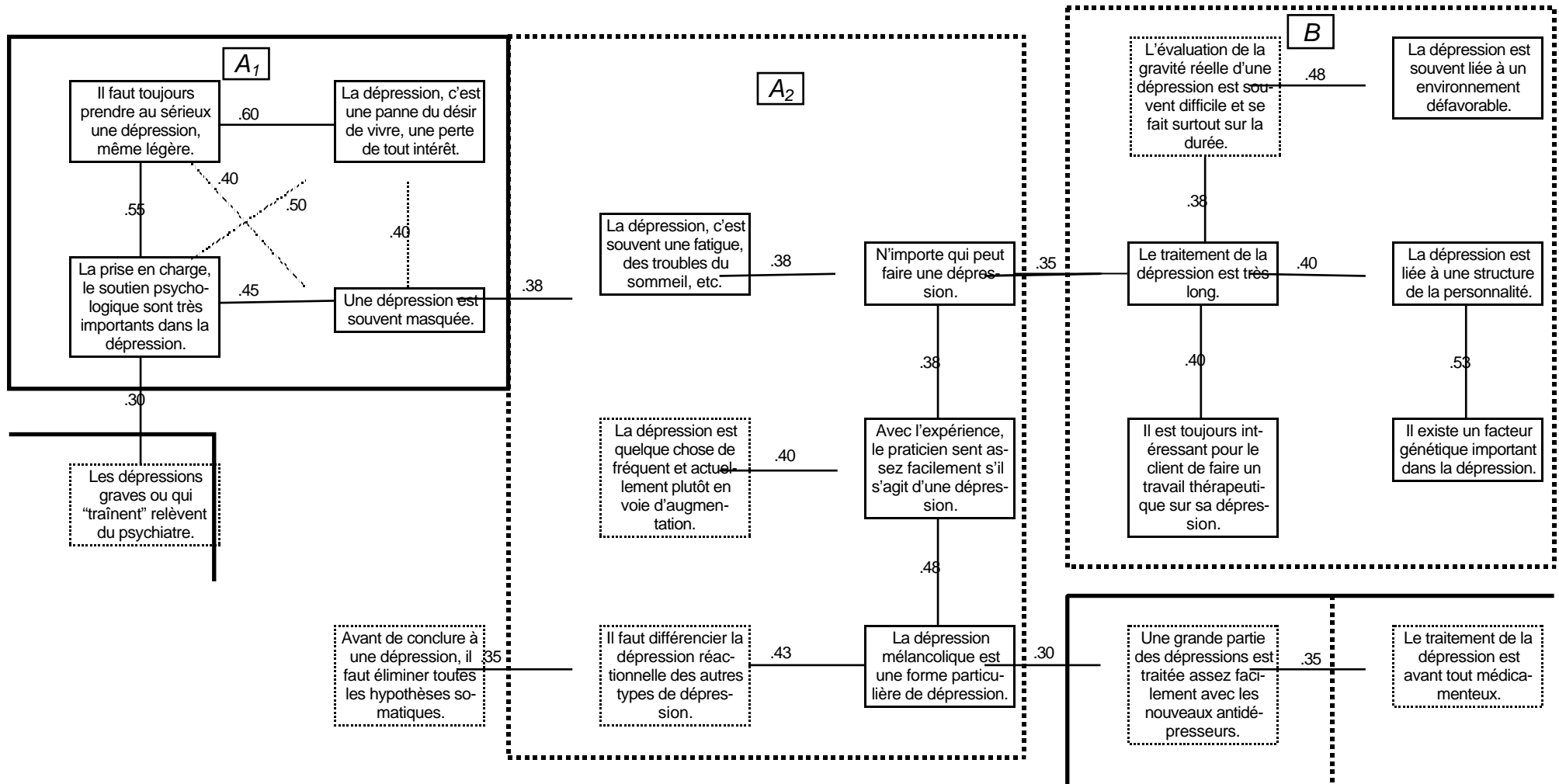
Enfin, un troisième type d'information est signalé dans les deux figures: les items pour lesquels les réponses diffèrent fortement à l'intérieur d'un même groupe de sujets (cf. tableau : écart type), n'ont pas été encadrés d'un trait plein mais d'un trait pointillé. Ceci permet de visualiser les items et éventuellement des ensembles d'items face auxquels l'attitude des sujets est diversifiée ou même contradictoire.

LES REPRESENTATIONS DE LA DEPRESSION CHEZ LES MEDECINS GENERALISTES

Puisque l'arbre maximum de la représentation des généralistes ne comporte pas de relation négative (cf. figure 1), on commence par supprimer celles dont la valeur est la plus faible (.30). Ceci fait apparaître trois items qui sont très faiblement reliés à l'ensemble des autres items: d'une part l'item «Les dépressions graves ou qui "traînent" relèvent du psychiatre» et d'autre part les deux items relatifs au traitement médicamenteux de la dépression (items 1 et 6). Ce résultat peut être interprété de deux manières: soit ces trois items sont mal intégrés dans la représentation, soit l'attitude des généralistes face à ces propositions est diversifiée. Cette deuxième hypothèse nous semble plus probable puisque ces trois items font partie de ceux pour lesquels l'écart type observé est élevé (cf. tableau 1).

Si maintenant on réitère la procédure en supprimant la relation dont la valeur est immédiatement supérieure (.35), on isole un quatrième élément («Avant de conclure à une dépression, il faut éliminer toutes les hypothèses somatiques»), qui fait encore partie des items pour lesquels l'écart type observé est important. Par ailleurs on

Figure 1
L'arbre maximum des représentations de la dépression chez les *médecins généralistes*.
(Les relations formant une clique maximale sont indiquées en pointillé.)



supprime le lien entre les deux items relatifs au traitement médicamenteux (items 1 et 6). Ces deux items ne sont donc que faiblement associés entre eux, et l'hétérogénéité des réponses concernant ces deux items semble par conséquent dépendre de facteurs différents, même si leur contenu est intuitivement assez proche.

La suppression des relations au seuil .35 permet par ailleurs d'obtenir deux blocs distincts: le bloc B composé d'items faiblement valorisés, et le bloc A composé d'items valorisés ou fortement valorisés (cf. tableau 1: pondérations moyennes des items). Les items du bloc B traduisent peut-être le travail d'investigation relativement lourd qui peut être mené face à une dépression: les items sont en rapport avec la difficulté du diagnostic, la longueur du traitement, le travail thérapeutique, et les causes complexes ou difficilement maîtrisables de la dépression.

Au sein du bloc A, on peut isoler les quatre items les plus fortement valorisés et qui forment la seule clique maximale du graphe au seuil .40 (sous-bloc A₁). Trois de ces quatre items forment une clique maximale au seuil .50 et on peut prudemment faire l'hypothèse que ces trois ou même les quatre items forment ou font partie du noyau central de la représentation de la dépressions chez les généralistes. Si l'on regarde le contenu de ces items, on constate que deux d'entre eux semblent être liés à l'éthique médicale face à la maladie («Il faut toujours prendre au sérieux une dépression, même légère» et «La prise en charge, le soutien psychologique sont très importants dans la dépression»). Le troisième item donne une définition de la dépression qui pourrait relever de la psychologie «naïve» («La dépression, c'est une panne du désir de vivre, une perte de tout intérêt»). Le quatrième item, moins fortement lié aux trois autres que ces derniers entre eux, donne une place très importante au concept de dépression masquée. Or ce concept, malgré tout son intérêt théorique, peut lui aussi relever d'une certaine psychologie «naïve» qui emploie la notion de «trouble psychosomatique» de façon plus ou moins incantatoire par rapport à nombre de troubles dont les causes sont inconnues ou socialement inacceptables. L'importance de cet item dans le champ représentationnel pourrait alors être mis en rapport avec le phénomène de dérive sémantique du terme dépression.

Le sous-bloc A₂ semble concerner les dépressions moins graves, «réactionnelles» (par opposition, le bloc B pourrait alors concerner les dépressions graves): on trouve en A₂ notamment les items «N'importe qui peut faire une dépression», «La dépression est quelque chose de fréquent et actuellement plutôt en voie d'augmentation», «Avec l'expérience, le praticien sent assez facilement s'il s'agit d'une dépression» et «Il faut différencier la dépression réactionnelle des autres types de dépression». La présence de l'item concernant la dépression mélancolique dans ce bloc pourrait alors traduire l'idée que la mélancolie est une pathologie à part, à laquelle on ne se réfère pas en parlant de la dépression, idée qui se retrouve plusieurs fois dans les entretiens. La place privilégiée qu'occupe l'item 12 («La dépression, c'est souvent une fatigue, des troubles du sommeil, etc.»), qui fait lien entre le sous-bloc A₁ et les autres items de A₂ pourrait être mis en relation avec le fait que, lors des entretiens, les généralistes ont souvent abordé la question de la dépression à travers la description de symptômes (et ceux évoqués par l'item 12 ont fréquemment occupé une place centrale parmi les symptômes évoqués).

Ainsi, cette analyse des représentations des généralistes fait apparaître une bipartition des items en un bloc valorisé (qui pourrait concerner les dépressions légères) et un bloc moins valorisé (qui pourrait exprimer les difficultés face à la dépression). A l'intérieur

du bloc valorisé, on peut isoler quelques items qui semblent occuper une place centrale dans la représentation. La présence de plusieurs items isolés suggère la nécessité de tenir compte de variables supplémentaires telles que l'intérêt porté à la psychothérapie.

LES REPRESENTATIONS DE LA DEPRESSION CHEZ LES MEDECINS PSYCHIATRES

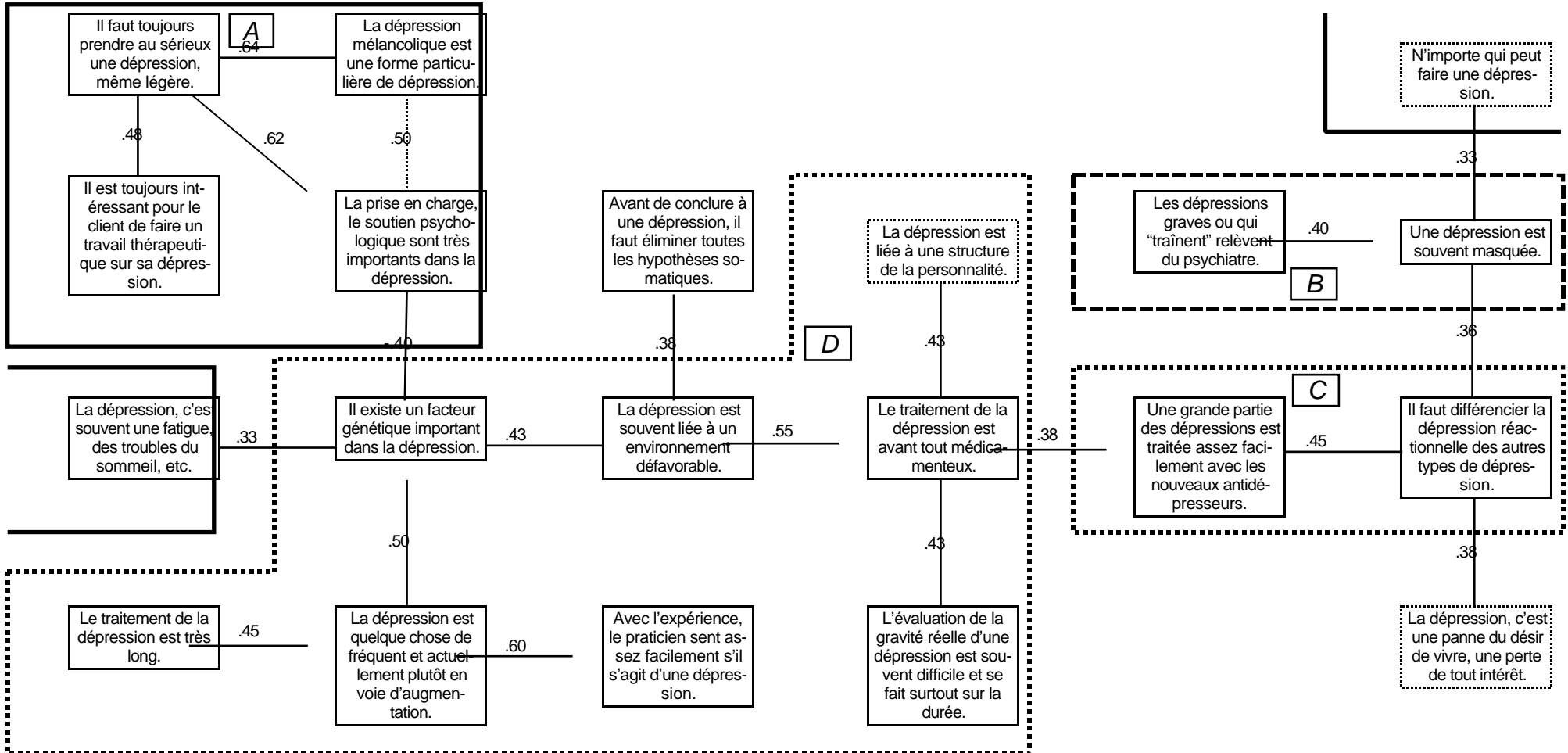
L'arbre maximum des représentations des psychiatres comporte une relation négative (cf. figure 2). La suppression de cette relation permet d'opposer quatre des items aux autres. Ces quatre items (bloc A) sont fortement valorisés. Trois d'entre eux forment en plus une clique maximale au seuil .50. De nouveau, on peut donc prudemment avancer l'hypothèse selon laquelle ces trois items, au moins, entrent dans la composition du noyau central de la représentation.

On remarquera qu'on retrouve deux des items de cette triade (les items «Il faut toujours prendre au sérieux une dépression, même légère» et «La prise en charge, le soutien psychologique sont très importants dans la dépression») dans la triade correspondante de la représentation des généralistes (les trois items fortement valorisés qui forment une clique maximale au seuil .50). Le troisième item de la triade occupe par contre une place très différente et moins valorisée dans la représentation des généralistes et le quatrième item du bloc fortement valorisé des psychiatres se retrouve même dans le bloc peu valorisé chez les généralistes.

Inversement les deux autres items du bloc fortement valorisé chez les généralistes occupent une place peu privilégiée dans le champ de la représentation des psychiatres. Puisqu'en plus, on peut constater que les structures globales des représentations des deux populations sont très dissemblables, on est en droit de présumer que ces deux groupes n'ont pas la même représentation de la dépression, même si deux des items supposés centraux sont identiques d'une population à l'autre. En effet, vu la forte dissemblance entre les représentations des deux populations, il se pourrait que cette identité partielle entre les blocs supposés centraux ne soit qu'apparente, et que les deux items identiques soient compris de façon différente selon la population. Par exemple, ils pourraient être compris par les généralistes par rapport aux dépressions réactionnelles tandis que les psychiatres les mettraient plutôt en relation avec les dépressions de gravité plus importante. Une illustration de cette hypothèse est fournie par la compréhension du concept de dépression masquée, telle qu'elle ressort des entretiens: tandis que les généralistes utilisent ce concept essentiellement pour désigner les dépressions qui se manifestent uniquement par des troubles somatiques, sans altération visible de l'humeur (tout en insistant sur le fait que, néanmoins, le diagnostic est généralement facile), nombre de psychiatres utilisent le concept de dépression masquée pour désigner des dépressions qui ont l'apparence d'un autre trouble psychiatrique (conception qui n'apparaît chez aucun des généralistes interviewés), ou encore pour désigner les dépressions qui ne sont pas diagnostiquées comme telles par les généralistes (cf. ci-après, bloc B).

Mais nous préférons une autre hypothèse permettant d'expliquer pourquoi ces deux mêmes items se retrouvent dans le bloc, peut-être central, de chacune des deux représentations qui par ailleurs sont très dissemblables. Selon cette hypothèse, à laquelle nous avons déjà fait allusion ci-dessus, ces items seraient la trace, au niveau des

Figure 2
 L'arbre maximum des représentations de la dépression chez les *médecins psychiatres*.
 (Les relations formant une clique maximale sont indiquées en pointillé.)



représentations, de normes relevant d'un niveau plus global. Ainsi, les deux items «Il faut toujours prendre au sérieux une dépression, même légère» et «La prise en charge, le soutien psychologique sont très importants dans la dépression» pourraient être la manifestation, au niveau des représentations, de normes liées à l'éthique médicale face à la maladie.

Si l'on supprime maintenant la relation la plus faible (.33) du sous-graphe formé par les autres seize items, on isole deux items. L'un d'eux, l'item «N'importe qui peut faire une dépression» fait partie des items pour lesquels l'écart entre les réponses des sujets est élevé (cf. tableau 1: écart type). L'itération de la procédure (suppression de la relation dont la valeur est .36) isole un petit bloc plutôt valorisé, composé des deux items «Les dépressions graves ou qui "traînent" relèvent du psychiatre» et «Une dépression est souvent masquée» (bloc B). Ce bloc pourrait traduire l'idée, exprimé lors des entretiens, que les dépressions sont souvent mal traitées par les généralistes puisque ceux-ci ne font pas le bon diagnostic.

Si on répète la procédure une troisième fois en supprimant de nouveau la relation dont la valeur est immédiatement supérieure (.38), on obtient un deuxième petit bloc (bloc C), un grand bloc peu valorisé (bloc D), ainsi que deux autres items isolés. Une fois de plus, l'un de ces deux items isolés (La dépression, c'est une panne du désir de vivre, une perte de tout intérêt») est un des items pour lesquels l'écart type est élevé, par ailleurs, l'item correspondant dans le graphe des généralistes fait partie de la clique maximale au seuil le plus élevé. L'autre item isolé («Avant de conclure à une dépression, il faut éliminer toutes les hypothèses somatiques») a déjà été isolé dans l'arbre maximum des généralistes: cet item semble donc mal intégré dans le champ de la représentation des deux populations. Peut-être correspond-il à une approche de la dépression qui est perçue comme trop technique mais qui est néanmoins prescrite.

Le bloc C semble concerner la dépression réactionnelle (item 3: «Il faut différencier la dépression réactionnelle des autres types de dépression»), qui serait alors «traité assez facilement avec les nouveaux antidépresseurs» (cf. item 1). Cette idée n'est pas contradictoire avec le contenu des entretiens. Ainsi, l'hypothèse de la plus grande importance accordée aux dépressions plus lourdes par les psychiatres (cf. ci-dessus) serait confirmée par cette «banalisation» des dépressions réactionnelles.

Le grand bloc D englobe des items très divers voire contradictoires (comme par exemple l'item «Il existe un facteur génétique important dans la dépression» qui est lié aux items «La dépression est souvent liée à un environnement défavorable» et «La dépression est quelque chose de fréquent et actuellement plutôt en voie d'augmentation»). L'analyse plus fine des réponses des sujets au questionnaire montre que nombre de sujets ont rejeté la plupart de ces items (d'où leur forte relation de similitude) sauf un ou deux qui ont été valorisés. Il est possible que cette observation soit en rapport avec l'existence de sous-populations distinctes mais qui, cependant, partagent la même représentation. Le bloc D traduirait alors surtout cette partie hétérogène des représentations et son analyse nécessiterait une étude approfondie tenant compte de variables supplémentaires.

Cette analyse de la structure des représentations chez les psychiatres permet donc d'opposer un petit bloc de quelques items probablement centraux, aux autres items. La plupart des autres items sont regroupés dans un grand bloc hétérogène dont l'analyse nécessiterait probablement la prise en compte d'autres variables.

CONCLUSION

Cette approche de la représentation avec la méthode désormais classique de l'analyse de similitude a permis d'obtenir des résultats intéressants, même si elle n'était pas suffisante pour analyser finement une représentation aussi complexe que celle de la dépression chez les deux catégories de médecins envisagées. Les résultats valident l'hypothèse d'une détermination des représentations de la dépression chez les médecins par la présence ou l'absence d'une spécialisation en psychiatrie qui oriente vers des pratiques spécifiques. Ils montrent ainsi une fois de plus l'importance des pratiques comme facteur de transformation des représentations (Abric, 1994).

Mais les données recueillies suggèrent aussi que cette influence des pratiques concerne avant tout le système périphérique, tandis que le système central serait partiellement déterminée par des facteurs relevant du niveau idéologique. La mise à l'épreuve de cette hypothèse nécessiterait une étude approfondie fondée sur les développements théoriques récents (identification du système central, étude des schèmes conditionnels (Flament, 1994) permettant de rendre compte de l'abondance des «ça dépend» observée lors des entretiens, etc.). Un éclairage intéressant pourrait aussi être apporté par l'étude des représentations de la dépression dans la population générale. Néanmoins, il semble qu'il faudra tenir compte plus souvent de l'influence de facteurs idéologiques sur la formation des représentations sociales.

BIBLIOGRAPHIE

- Abric, J.-C. (ed.) (1994). *Pratiques sociales et représentations*. Paris: PUF.
- Damba, B.D. (1988). *Les dépressions en France et en Afrique noire*. Les Carnets de la Psychiatrie, 6.
- Flament, C. (1981). L'analyse de similitude: une technique pour les recherches sur les représentations sociales. *Cahiers de Psychologie Cognitive*, 1 (4), 375-395.
- Flament, C. (1994). Aspects périphériques des représentations sociales. In C. Guimelli (ed.). *Structures et transformations des représentations sociales*. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé, 1994, 85-118.
- Guimelli, C. (1988). *Agression idéologique, pratiques nouvelles et transformation progressive d'une représentation sociale*. Aix-en-Provence: Thèse de doctorat de l'Université de Provence.
- Guimelli, C. (1989). *Pratiques nouvelles et transformation sans rupture d'une représentation sociale: la représentation de la chasse et de la nature*. In J.-L. Beauvois, R.-V. Joule & J.-M. Monteil (eds.). *Perspectives cognitives et conduites sociales - Vol. 2. Représentations et processus socio-cognitifs*. Cousset: DeVal, 117-138.
- Guimelli, C. (ed.) (1994). *Structures et transformations des représentations sociales*. Neuchâtel : Delachaux et Niestlé.
- Lôo, H. & Lôo, P. (1993). *La dépression*. Paris : PUF, 2e éd. mise à jour.

Max Gigling, Christian Guimelli
Laboratoire de Psychologie Sociale
Université Paul Valérie (Montpellier III)
Montpellier
France

Jean-Claude Pénochet
CHU Montpellier
Montpellier
France