

Mémoire de Master 1

Le vécu du trouble dépressif selon le genre

Variations homme-femme dans la « carrière dépressive »
et inégalités d'accès aux soins



par Killian Suzanne

Master 1 Sciences Sociales : Études et Évaluations dans les secteurs de la Santé
et du Social

Année universitaire 2020-2021

Dirigé par Maïa Fansten

Table des matières

Remerciements	4
Introduction	5
Prendre pour objet de recherche la dépression	8
Qu'est-ce que la dépression ?	8
Les approches sociologiques de la dépression	11
La sociologie du mal-être	11
Mal-être et genre	13
Problématisation et construction de l'enquête	20
Une approche par les récits de vie	21
Le concept de carrière pour penser les trajectoires	22
Choix du terrain et population enquêtée	24
Le déroulement de l'enquête	25
I) Comment s'exprime la dépression chez les hommes et les femmes qui en souffrent ?	27
Variation de genre dans l'expression du mal-être	27
Effets de cette variation de genre sur le processus de rétablissement	29
Le facteur de la socialisation	30
II) Le vécu personnel de la dépression	32
Vivre sa dépression comme une maladie	32
Vivre sa dépression comme un handicap	36
Ressentir socialement sa dépression	38
Qualifier sa dépression	39
III) Les usages sociaux du trouble	43
Ceux à qui ils n'en parlent pas	43
Ceux à qui ils en parlent	47
IV) Le parcours médical	52
Démarrer son parcours médical	53
Le médecin généraliste comme première étape	54
Accepter de voir un professionnel de santé mentale	56

La satisfaction de la prise en charge par le professionnel de santé mentale	57
Un parcours atypique	59
V) Le vécu du traitement	61
Le sentiment de bénéfice du traitement	62
Le vécu des effets secondaires	63
Conclusion	65
Bibliographie	68
Annexes	72

Remerciements

Mes premiers remerciements vont à toute l'équipe d'ARIHM et à sa direction qui m'as permise de réaliser ce projet, en plus de m'avoir permise de maîtriser différentes compétences et de m'immerger dans un milieu professionnel passionnant. Je tiens à remercier tout particulièrement le coach-professionnel Jean-Christophe MAURIN pour avoir appuyé ma proposition de stage et pour m'avoir suivi tout au long de ce projet. Mes sincères remerciements vont aussi au docteur Maria ILIOPOULOS m'ayant apporté une aide significative en me trouvant les enquêtes nécessaires à la réalisation de ce projet.

Je tiens aussi à remercier l'ensemble des bénéficiaires de la structure qui ont acceptés de discuter avec moi en me partageant leurs expériences qui ont été enrichissante non seulement pour ce projet mais aussi sur le plan humain.

Je remercie ma directrice de mémoire et enseignante Maïa FANSTEN pour m'avoir suivi du début à la fin de ce projet. Sa direction, ses encouragements et les perspectives qu'elle a apporté à ce projet ont été constitutifs à sa réalisation.

Je remercie le reste des enseignants de mon Master ainsi que mes camarades de classe qui, de par leurs questions, remarques et encouragements ont aussi joués un rôle dans l'élaboration de ce mémoire.

Enfin, un grand merci à mon amie de longue date Alissa HORRI et à ses talents d'artiste peintre pour cette illustration en première de couverture.

Merci à tous.

Introduction

Aujourd'hui le trouble dépressif constitue la première pathologie mondiale en termes de handicap et en terme coût social¹ (devant le VIH et les maladies cardiaques). Entre 2005 et 2015, son taux a augmenté de 18%². Des données plus récentes du Ministère de la Santé précisent que 7,5% des Français âgés de 15 à 85 ans ont souffert de dépression au cours de leur dernière année³. Les chiffres montrent que les femmes sont deux fois plus diagnostiquées souffrant de dépression que les hommes (INPES : 5,6% d'homme et 10% de femmes en France en 2010⁴). Plusieurs grilles de lectures sont transposables à ces chiffres. En effet, en sociologie de la santé, une donnée peut faire émerger plusieurs lectures et plusieurs pistes de recherches. Si on se limite aux tendances décrites par ces chiffres, on pourrait aller dans le sens de l'hypothèse de la sur-vulnérabilité des femmes face à la dépression : les femmes auraient plus de chances d'être dépressives que les hommes. De cette grille de lecture peut en émerger deux autres : les femmes souffriraient plus de dépression car auraient une condition sociale plus difficile que celle des hommes et les femmes souffriraient plus de dépression car seraient plus fragiles (biologiquement, psychologiquement) que les hommes. On pourrait aussi interpréter ces chiffres par une gestion différente du mal-être : les femmes se réfugieraient plus dans la dépression et les hommes dans d'autres formes de mal-être (suicide, alcoolisme)⁵.

Mais si l'on se questionne sur la construction de ces chiffres, des éléments font émerger d'autres grilles de lecture. En effet, ces chiffres proviennent de données épidémiologiques, ils ne prennent donc évidemment pas en compte les personnes qui n'ont pas eu recours aux soins. Ce sex-ratio de deux femmes pour un homme face à la dépression se base donc sur la population ayant eu recours et soin et ayant donc consulté. Nous pouvons donc, en tenant compte des limites de ces chiffres, les lire comme indiquant que les femmes ont plus tendance à consulter que les hommes. Cette grille de lecture originale ne prend donc pas du tout en compte la question des facteurs de prévalence de la dépression qui expliqueraient ce fort écart de diagnostic entre les hommes et les femmes, comme le font de nombreux articles de presse

¹ Organisation Mondiale de la Santé, « *Dépression : parlons-en* », Genève, 2017

² C. LEON. C. CHAN CHEE. Groupe Baromètre santé 2017. « *La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du baromètre santé 2017* ». Santé Publique France, Saint-Maurice. 2017

³ Feuille de route : Santé mentale et psychiatrie, Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie, Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018

⁴ Baromètre Santé 2010, INPES

⁵ Voir page 13

médicale pointant notamment le facteur des changements hormonaux de la femme. Dans cette étude, nous considérons que les hommes et les femmes sont égaux face à l'entrée dans la dépression et étudions qu'est-ce qui dans le vécu de la maladie peut expliquer que les femmes consultent et se traitent plus que les hommes.

La problématique du non-recours au soin en général est un réel problème de santé publique et constitue un enjeu économique : les personnes qui ne bénéficient d'aucune complémentaire santé seront amenées à renoncer à certains soins, ce qui aggrave leur état de santé et rend donc leur prise en charge plus lourde pour la société (car plus tardive)⁶. La question spécifique du non-recours au soin des personnes souffrant de troubles dépressifs a émergé dans les recherches épidémiologiques depuis les années 2000. Ces recherches par questionnaire démontrent qu'une part considérable de personnes souffrant de dépression n'a pas recours aux soins (à la consultation et aux médicaments/thérapies) et que ceux qui ont le plus recours au soin sont les sujets faisant face aux situations les plus graves⁷ (trouble dépressif récurrent/chronique). Dans ces études, on observe des disparités de genre : en effet, les femmes auraient plus recours à la consultation que les hommes dans le cadre de la dépression⁸ (49% de non-recours à la consultation chez les hommes ayant rencontré un trouble dépressif caractérisé face à 33% de non-recours chez les femmes) et plus recours aux médicaments (39% de non-recours aux médicaments chez les hommes et 28% chez les femmes). Plusieurs facteurs peuvent pousser une personne à ne pas consulter : les obstacles géographiques (pas de professionnels de santé mentale à proximité), un manque d'information (non-connaissance de la nécessité de consulter un professionnel de santé mentale au plus vite) ou encore des facteurs culturels (méfiance vis-à-vis des professionnels de santé mentale) et personnels (honte, sentiment de stigmatisation poussant à ne pas consulter). Ces données quantitatives, bien que très éclairantes sur la problématique de santé publique que représente le non-recours au soin, n'expliquent pas les raisons et représentations impliquées dans celui-ci chez les personnes souffrantes de dépression, et recommandent la réalisation d'une étude par entretiens semi-directifs pour nous

⁶ Bertrand, Julie, Jean-Christophe Charles, Marie-Pierre Chuffart, et Laurence Diederichs-Diop. « Le non-recours : une approche qualitative en Provence-Alpes-Côte d'Azur ». Dispositif régional D'observation sociale Provence-Alpes-Côte D'azur, 2014.

⁷ Lamboy, B., et C. Léon. « Prise en charge des personnes souffrant de troubles dépressifs ». *L'Encéphale* 32 (2006).

⁸ François, Beck, et R. Guignard. « La dépression en France (2005-2010): prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population, baromètre santé 2010 ». *La Santé De L'homme* 421 (1 janvier 2012): 43-45.

éclairer là-dessus⁹.

La question du vécu du trouble dépressif selon le genre est une question posée par les nouvelles générations, plus particulièrement se pose la question dite de la nouvelle de la dépression masculine¹⁰. En effet, les avancées sociales contribuent à briser les codes sociaux traditionnels et à déconstruire toutes les inégalités socialement construites, et notamment les inégalités entre les sexes. Ce terme n'est d'ailleurs plus utilisé et a été remplacé par « genre » qui sous-entend qu'être un homme ou une femme ne dépend pas du biologique mais d'une socialisation, d'une construction sociale. Ces nouveaux mouvements intellectuels font donc émerger la parole d'individus vivant des situations « taboues » du point de vue des normes traditionnelles, ce qui est le cas des hommes souffrants de troubles dépressifs. En effet, l'homme a toujours été considéré comme l'agent chargé de garantir la survie du groupe. On associe encore aujourd'hui au genre masculin à la maîtrise de soi, la rationalité ou encore l'indépendance. Toutes ces caractéristiques propres au genre masculins sont regroupées dans le concept de « virilité ». Parallèlement, la dépression (et la maladie mentale en générale) est depuis longtemps vue comme appartenant à la féminité. En effet, le trouble dépressif est perçu comme associé à la tristesse, la « mélancolie », la sensibilité, la fragilité, qui sont des caractéristiques associées et à la féminité et au genre féminin.

Le gouvernement a pour objectif quinquennal de lutter contre ce genre idées reçues et préjugés sur les troubles psychiques qui stigmatisent les personnes qui en souffrent. En effet, en Juin 2018, le Ministère des Solidarités et de la Santé¹¹, a indiqué que les personnes souffrant de troubles psychiques (comme la dépression) ont, de par une forme de stigmatisation, tendance à s'isoler ce qui conduit à une rupture des liens sociaux et familiaux. En effet, de par le manque de sensibilisation sur les troubles psychiques construisant des clichés sur les troubles de la santé mentale, la stigmatisation des personnes souffrants de troubles psychique due au manque de connaissances et d'informations de ces pathologies est encore palpable. Cela constitue un handicap supplémentaire pour ces individus car conduit à un retard diagnostique, un obstacle à

⁹ Dupuis, Emeline. « Non-recours aux soins et troubles dépressifs ». Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale des Hauts-de-France, 2016.

¹⁰ 7 mythes dangereux sur la dépression chez les hommes, Huffington Post, 2016

La dépression masculine, maladie taboue. Le Temps, 2013

¹¹ Feuille de route : Santé mentale et psychiatrie, Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie, Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018

l'accès au soin et au manque d'inclusion sociale. Le psychiatre et auteur Jean-Victor Blanc parle même d'une « triple peine » propre aux malades psychiques : en plus de la maladie viennent s'ajouter la stigmatisation et la remise en question de leur trouble invisible (« *il leur est demandé de prouver que leur maladie n'est pas du cinéma* »)¹². Pour travailler en faveur de la dé-stigmatisation des problématiques de santé mentale, le gouvernement a décidé de mettre en place des actions consistantes à informer le grand public sur la santé mentale.

La dépression devenant un sujet de plus en plus abordé (car de plus en plus vécu selon les chiffres et occupant une place de plus en plus importante dans notre société comme le montre notamment Alain Ehrenberg¹³) et la question de non-recours aux soins des troubles dépressifs représentant une réelle problématique de santé publique, l'écart significatif de diagnostic entre les hommes et les femmes est à éclairer. Les enjeux de ce mémoire sont d'explorer quels sont les éléments constitutifs d'éventuelles variations de genre dans le vécu de ce trouble psychique au cœur de la modernité. L'analyse de récits de vie de femmes et d'hommes ayant vécu une dépression peuvent nous éclairer sur les raisons de la forte part du non-recours au soin chez les personnes faisant face à ce trouble. L'intérêt est aussi de voir si ces éventuelles variations font émerger des inégalités homme/femme face au trouble dépressif.

Prendre pour objet de recherche la dépression

Qu'est-ce que la dépression ?

Les troubles dépressifs sont un ensemble de pathologies recouvrant différentes formes de maladies psychiques spécifiques selon les différentes classifications. Ils ont donc une signification différente selon les différentes disciplines qui les encadrent.

Selon le DSM-V (dernière version du Manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux, manuel utilisé par le corps psychiatrique et psychopathologique), l'appellation « troubles dépressifs » recouvre huit troubles spécifiques. Pour la Classification internationale des maladies (CIM-10), les troubles dépressifs appartiennent à la catégorie des « troubles de

¹² Blanc, Jean-Victor. *Pop & Psy : comment la pop culture nous aide à comprendre les troubles psychiques*. Plon. Paris, 2019.

¹³ Voir page 12

l'humeur » aux côtés des troubles maniaques et bipolaires. Cette classification distingue les « épisodes dépressifs » et les « troubles dépressifs récurrents » légers, moyens, sévères et s'accompagnant de symptômes psychotiques. La grille diagnostique prototypique de ce que la psychopathologie appelle communément la « dépression », qui est enseigné en faculté de psychopathologie et généralement utilisé par les professionnels, est celle du « Trouble dépressif caractérisé » du DSM-V. D'après cette grille, les symptômes d'une dépression sont l'humeur dépressive, le manque d'intérêt et de plaisir, une perte ou gain de poids significatifs, des troubles du sommeil, des troubles psychomoteurs, une fatigue significative récurrente, un sentiment de dévalorisation excessif, des troubles de la concentration, une altération du fonctionnement social ou professionnel ou encore des pensées suicidaires.

Cette unification du trouble dépressif en psychopathologie et en psychiatrie est fortement critiquée par les psychanalystes. En effet, les théories psychanalytiques de la dépression ne la définissent pas comme un trouble mental à part entière, contrairement à la psychiatrie. Selon les psychanalystes, la dépression résulte d'une perte du sens de la vie favorisant la présence de symptômes psychiques et somatiques¹⁴. La dépression est ici analysée comme similaire au deuil et aurait des origines inconscientes liées au rôle de la mère et à la construction et à l'organisation du psychisme du sujet.

La sémantique de la dépression rencontre donc déjà des divergences au sein du corps savant. Le corps profane connaît lui aussi différentes représentations et définitions de ce qu'est « la dépression ».

Tout d'abord, la dépression est encore aujourd'hui communément associée à la « déprime » ou au « blues » : à des moments de mal-être passagers. Dans le champ sémantique traditionnel, terme « dépression » appartient au champ lexical de la tristesse, de la fragilité émotionnelle et de la difficulté à faire face aux agressions extérieures dans l'imaginaire collectif. Toutes ces représentations autour de ce trouble constituant un handicap psychique font qu'il existe des préjugés considérants qu'une personne dépressive émet une forme de volonté pour être dans cet état ; que le trouble résulte d'une forme de négligence personnelle. Une étude à échelle nationale a étudié les représentations sociales des français sur la figure du « fou », du « malade

¹⁴ Gédance, D. « *L'abord psychanalytique de la dépression* ». *Revue médicale Suisse* 1. 1231 (2003).

mental » et du « dépressifs ». Les données de cette enquête démontrent que dans les représentations générales des français, l'individu dépressif s'éloigne considérablement de l'individu malade mental et de l'individu « fou ». Contrairement à ces derniers, sa souffrance ne résulterait pas de son psychisme mais d'évènements de vie et se guérirait facilement¹⁵.

De par le succès de nouvelles disciplines et courant traitant la santé psychique au travail (risques psycho-sociaux, psychodynamique du travail) de plus en plus utilisées par les entreprises, s'ajoute à ces représentations la question du facteur travail. Souvent mélangée avec le burn-out (qui est un trouble différent), la dépression adopte un nouveau visage sémantique de par la mise en lumière des risques organisationnels sur notre santé mentale.

Cet éclairage sur les divergences des représentations, informations et définitions, bien présentes tant bien dans le corps savant que dans le corps profane, montre que les associations autour de ce trouble psychique peuvent être stéréotypées. Cela laisse donc penser que la dépression pourrait être vécue différemment selon la position sociale, la socialisation et les représentations sociales assignées à l'individu qui en souffre (et donc que différentes variables sociales pourront influencer le vécu de la maladie comme la classe sociale, l'âge ou encore le genre).

¹⁵ Roelandt, J-L, A Caria, L Defromont, A Vandeborre, et N Daumerie. « Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France ». *L'Encéphale* Supplément 1 au N°3 (2010): 7-13.

Les approches sociologiques de la dépression

Nous présentons ici un recueil d'articles et ouvrages sociologiques, anthropologiques ainsi que des articles médicaux sur la dépression. Nous commençons par montrer ce que le sociologue peut apporter à la question de la souffrance psychique d'un point de vue macrosociologique (Durkheim, Ehrenberg), ensuite nous présenterons la question de la distribution genrée des formes de mal-être et des troubles psychiques et mentaux, du rôle du corps médical sur ces assignations et de leurs conséquences sur le parcours médical des personnes dépressives.

La sociologie du mal-être

La conquête de la question de la dépression par les sciences sociales peut paraître curieuse. En effet, étudier une forme de mal-être sous le prisme du social ne va pas de soi pour le sens commun dans la mesure où la dépression est considérée comme découlant de facteurs individuels voir biologique, les psychologues et psychiatre paraissant donc plus légitime de s'emparer de cet objet.

Cependant, le sociologue, en articulant les logiques d'action d'une société donnée (valeurs, normes, aspirations, représentation alimentant certains comportements sociaux), peut nous éclairer sur les configurations et modifications de la société impactant sur le bien-être de sa population. La maladie mentale et la souffrance psychique peuvent être par exemple des indices d'anomie de la société globale¹⁶.

Durkheim et le suicide à l'ère de l'industrialisation

En 1897, au moment de la parution de l'ouvrage d'Émile Durkheim *Le suicide*, l'idée dominante est que le suicide résulte de causes propres à l'individu, et que par conséquent on ne conçoit pas le suicide comme une question sociale. Durkheim va alors mettre en évidence la nature sociale du suicide. Suite à l'avènement de la statistique morale amorcée quelques décennies auparavant notamment par Adolphe Quételet (études statistiques des mœurs : chiffres du mariage, de l'entrée à l'emploi...), Émile Durkheim va calculer des taux de suicide et va

¹⁶ Castel, Robert. « Bastide R., Sociologie des maladies mentales. » *Revue française de sociologie* 7, n° 2 (1966): 243-46.

constater que les taux de suicides sont encore plus invariables que les principaux phénomènes démographiques. Ces tendances permettent donc de qualifier le suicide comme étant un fait social (régularité d'un phénomène étudié par le sociologue qui présente un caractère contraignant pour l'individu). Durkheim va donc chercher à expliquer pourquoi ces tendances varient en comparant les différents chiffres du suicide chez différents groupes. Cette méthode va lui permettre d'inhiber toute forme d'analyse des facteurs psycho-émotionnels du suicide et de se concentrer sur les facteurs de groupes uniquement (facteurs sociaux et sociétaux). La famille protège du suicide, le mariage est plus protecteur chez l'homme que chez la femme, dans une religion plus institutionnalisées les membres se sentent plus intégrés et sont par conséquent protégés du suicide. Toutes ces lois émises par Émile Durkheim expliquent la montée du taux de suicide en Europe à la fin du XIX^{ème} siècle. L'industrialisation crée un changement de société trop soudain et rapide que Durkheim décrit de « effervescence malade » dans lequel l'individu est éloigné du groupe et de ce qui le protège (banalisation du divorce, femmes passant de mère au foyer à travailleuses, fin du pouvoir Étatique de l'Église...).

Ehrenberg et la dépression à l'ère de la postmodernité

Un siècle plus tard, à l'ère de ce que certains intellectuels appellent la « postmodernité » (fin du 20^{ème} siècle), un autre sociologue va étudier le mal-être individuel sous le prisme du social. En effet, le sociologue Alain Ehrenberg travaille depuis le début des années 1990 sur la question de l'impact de la mutation de la société contemporaine (occidentale) sur la santé mentale et la souffrance psychique des individus. Son argument principal est que l'individualisme observé dans nos sociétés répond à une norme d'autonomie (norme développée par le monde du travail moderne) qui modifie nos valeurs et nos attentes, et donc nos désarrois. L'ère de l'autonomie est l'ère de la souffrance psychique. L'homme occidental doit répondre aux nouvelles valeurs de la société qui sont principalement la responsabilité personnelle et l'esprit d'initiative. Dans *Le Culte de la performance* (1991), Ehrenberg explique que les valeurs de la concurrence économique et de la compétition sportive ont créé des individus en recherche constante de construction de leur identité et de leur réussite personnelle. Ensuite, dans *L'individu incertain* (1995), le sociologue appuie sur la double dimension de l'individualisme, placé entre conquête et souffrance. Le prix de l'autonomie est une exigence accrue de responsabilités (ce qui mène à un épuisement psychique). Enfin, en 1998 il s'intéresse au « succès » de la dépression dans *La Fatigue d'être soi*. L'idée principale de cet ouvrage est que l'évolution de ce trouble psychique (évolution de prévalence mais aussi dans la place qu'il

occupe dans la société) trouve son origine dans la mutation des normes des sociétés occidentales et constitue la « *contrepartie de l'énergie que chacun doit mobiliser pour devenir soi-même* ». L'origine de la dépression dans les sociétés modernes n'est pas le refoulement de désirs interdits mais les nouvelles possibilités d'ascensions sociales qui modifient les représentations de la relation individu-société. L'auteur développe cet argument dans son dernier ouvrage *La Société du malaise* (2010) : les transformations du monde économique et social (urbanisation, capitalisme, autonomie) affaiblissent les liens sociaux et construisent des idéaux difficiles à atteindre. Cela renvoie à une observation de Durkheim dans son ouvrage sur le suicide : dans les sociétés traditionnelles, chaque individu avait une place dans la société et ne tentait pas et n'espérait pas modifier son statut (pas d'aspirations à la mobilité sociale), ce qui protégeait les individus du suicide.

Mal-être et genre

En plus de donner des explications macrosociologiques à des données épidémiologiques (augmentation des taux de suicide et de dépression dans les sociétés occidentales), le sociologue peut aussi nous éclairer sur la manière dont se distribuent les différentes formes de mal-être, notamment entre les hommes et les femmes.

En 2012, Jean-Louis PAN KÉ SHON et Anne-Sophie COUSTEAUX associent mal être et genre. Leur article s'appuie en grande partie sur la thèse de cette dernière (2011) dans laquelle elle traite les données des enquêtes de l'INSEE sur les conditions de vie et sur un questionnaire ouvert. Les deux sociologues distinguent ici quatre formes de mal être chez l'homme moderne : le suicide, la tentative de suicide, l'alcoolisme et la dépression. Leur article donne une distribution genrée de ces différentes expressions de mal-être : les hommes se réfugient dans l'alcoolisme et le suicide (de par leur rétention émotionnelle, agressivité, prise de risque) et les femmes dans la dépression et les tentatives de suicide (de par leur expression des sentiments, de leur usage moins spontané de la violence). Les tentatives de suicides auraient tendance à échouer pour les femmes et à réussir pour les hommes, ce qui peut s'expliquer quand on observe les données portant sur les méthodes utilisées pour tenter de se donner la mort (les femmes sont majoritaires à tenter de se suicider par auto-intoxication par médicaments et les hommes sont majoritaires à tenter de se tuer par pendaison¹⁷). L'anthropologue Anne LOVELL

¹⁷ ATIH, Distribution des hospitalisations pour tentative de suicide en France métropolitaine selon le mode

dressait déjà en 1996 la même distribution genrée des formes de mal-être en s'appuyant sur une étude Britannique : les femmes se réfugient plus dans les troubles névrotiques (comme la dépression) et les hommes dans l'alcool et les substances psychoactives. La construction sociale du genre montre que les valeurs inculquées déterminent nos réactions même les plus intimes.

Distribution genrée des troubles psychiques et mentaux et rôle du corps savant

En 2004, la DREES a réalisé une étude portant sur les troubles mentaux et les représentations autour de la santé mentale. Pour cela, les chercheurs ont réalisé des questionnaires et des entretiens¹⁸. Déjà à l'époque, on observe qu'une part non négligeable (11%) de leurs enquêtés (choisis au hasard) déclarait avoir vécu un épisode dépressif au cours des deux dernières semaines, avec une prévalence plus importante chez les femmes. En effet, à l'âge actif, les femmes ont plus tendance à être confrontées à différents troubles mentaux comme l'anxiété généralisée, la phobie sociale, les troubles paniques et la dépression. Parallèlement, les hommes seraient plus touchés par des troubles psychotiques.

Une distribution genrée des maladies mentales similaire a été observée par d'autres sociologues. En effet, en 2003, Jean-François RAVAUD et Isabelle VILLE font une synthèse des différents résultats autour des questions de disparités de genre dans les enquêtes handicap incapacité et dépendance réalisées par le Ministère de la Santé et des Solidarités (questionnaires). Ici, les chercheurs restituent et traitent les données de différentes enquêtes quantitatives sous l'angle des disparités homme-femme. Ce document dresse une distribution genrée des troubles mentaux déclarés. Tout d'abord, les hommes se déclareraient moins souffrant de déficiences mentales que les femmes (et déclarent plus des déficiences sensorielles parallèlement). On observe une tendance chez les hommes à déclarer des troubles du comportement et une tendance chez les femmes à déclarer des troubles dépressifs. Comme pour l'article précédent, le trouble dépressif est distribué au genre féminin, mais le trouble assigné au genre masculin n'est pas le même (plus psychotique ici mais comportemental). Sur l'ensemble des matériaux utilisés, le trouble dépressif constitue le handicap dans lequel l'écart homme-femme est le plus large. Cette recherche dresse aussi une distribution genrée de l'origine déclaré des déficiences : on a chez l'homme la maladie professionnelle, l'accident de sport ou

opérateur et répartition du mode opératoire par sexe, PMSI-MSCO 2004-2011

¹⁸ Bellamy, Roel, 2004

encore la blessure de guerre et chez la femme on retrouve l'accident domestique, les problèmes familiaux et surtout le vieillissement.

Le traitement de la question du mal-être et de la souffrance psychique par le sociologue permet aussi de donner une réflexivité sur le travail du corps savant (médical, psychiatrique). En effet, la distinction entre le normal et le pathologique n'est pas prise comme tel par le sociologue, son rôle est justement de porter un regard analytique sur la norme. Ce regard permet donc au sociologue de mettre en lumière l'éventuel traitement différencié entre les hommes et les femmes par le corps savant s'appuyant sur les représentations sociales de genre. Le sociologue peut aussi travailler en analysant ses données sous le prisme de l'histoire et donner à des tendances épidémiologiques (plus de diagnostics de dépression chez les femmes par exemple) des facteurs socio-historiques.

En 1996, dans l'ouvrage de recherches multidisciplinaires autour de la santé féminine dirigé par Marie-Josèphe SAUREL-CUBIZOLLES, l'anthropologue Anne LOVELL a aussi évoqué la question de la distribution genrées des maladies mentales¹⁹. Dans son article, elle déconstruit le préjugé de la fragilité de la santé mentale des femmes. En effet, réside dans la médecine et dans la société l'idée que les femmes sont plus atteintes de troubles mentaux que les hommes. Selon les croyances populaires, les états-mentaux des femmes sont liées à leur « féminité » et à leur système biologique (l'hystérie au XIXème siècle, dont l'étymologie renvoie à l'utérus, en est l'exemple typique). En réalité, les femmes ne souffrent pas plus des troubles mentaux que les hommes : les deux genres sont confrontés à des maladies mentales différentes. Les hommes vivent plus des troubles de la personnalité et les femmes des troubles affectifs et des névroses. Encore une fois, on associe dans cet article la névrose aux femmes et un autre type de trouble aux hommes. Ici Anne LOVELL aborde aussi la question genrée du traitement : les psychotropes sont plus prescrits à des femmes et celles-ci déclarent plus en consommer que les hommes. De ces éléments peuvent découler l'idée que les femmes seraient plus facilement diagnostiquées (ou auraient plus tendance à consulter) que les hommes. En effet, elle cite une étude Américaine montrant que les femmes ont deux fois plus de chances de se voir prescrire des psychotropes que les hommes pour des maladies somatiques. L'association

¹⁹ Lovell, A., et R. Fuhrer. « Troubles de la santé mentale, la plus grande “fragilité” des femmes remise en cause ». *La santé des femmes*, 1996, 252-83.

du genre féminin à la folie est donc bien présente chez les professionnels de santé. Les cliniciens ont encore une vision stéréotypée des femmes et considèrent leurs comportements sortant du champ des clichés féminins comme pathologiques et les orientent donc plus facilement vers un traitement psychiatrique. L'anthropologue termine son article en disant que « *les femmes et les hommes seraient hospitalisés involontairement lorsque leur comportement symptomatique ne correspondrait pas aux attentes dominantes* », c'est à dire lorsqu'ils sortent des représentations associées à leur genre. Elle donne ici l'exemple de l'homme passif et de la femme violente.

La question de l'association de la maladie mentale au genre féminin s'explique aussi par la présence de racines historiques de ces représentations. Cette question de l'association entre sexe féminin et folie développée différentes disciplines médicales a été abordée dans le recueil de recherches en sciences sociales « *Femmes et hommes dans le champ de la santé* » paru en 2001. Plusieurs articles présents dans cet ouvrage étudient avec une analyse socio-historique la construction l'assignation d'un trouble mental à un genre et les conséquences sociales de cette assignation.

Daniel DELANOË aborde dans son article la question des troubles psychiques attribués à la ménopause chez les femmes. À la fin du XIX^{ème} siècle se développe l'idée que la ménopause constitue un facteur de dépression. Tout un discours savant contribue à nourrir cette croyance : notamment avec la mélancolie d'involution d'Émile KRAEPLIN. Le fondateur de la psychiatrie scientifique propose l'idée qu'il existe une variété de formes de dépressions propres à la femme de plus de cinquante ans. Dans le manuel de la psychiatrie, Henry EY évoque quant à lui les « troubles mentaux de la ménopause ». Suite à toutes ces théories scientifiques (qui ont toutes été réfutées et supprimées des manuels), l'association entre ménopause et dépression a persisté dans la culture occidentale. Cela peut s'expliquer par la contribution de la psychanalyse à maintenir ce lien. Nous pouvons citer la psychanalyste spécialiste des femmes Hélène DEUTSCH, pour qui la ménopause représente une perte symbolique liée à la fin de la fonction reproductive constituant alors une « humiliation narcissique » pouvant entraîner la dépression. Même si cette théorie psychanalytique n'est pas nécessairement réfutable, elle maintient ce lien entre ménopause et dépression. Le fait que les différentes disciplines savantes assignent des troubles mentaux à la biologie du corps féminin a été évoqué dans un autre article de cet ouvrage par Anne-Marie DEVREUX. Dans son article, elle développe l'idée que la médecine a longtemps contribué à définir socialement les catégories de sexe en assignant des spécificités biologiques aux femmes, aidant alors à la justification des hiérarchies sociales de genre (elle donne notamment l'exemple de l'assignation de l'hystérie aux femmes au XIX^{ème} siècle).

L'article de DELANOË s'appuie aussi sur des enquêtes montrant que ce genre cliché autour de la ménopause est aussi véhiculé par les hommes qui ont tendance à penser que le vieillissement de la femme d'accompagne de troubles de types dépression et angoisse. Ces articles permettent donc en partie d'expliquer d'un point de vue historique pour quelles raisons la maladie mentale (et notamment la dépression) est associée au genre féminin.

Dans ce même recueil, Serge CLÉMENT et Monique MEMBRADO s'intéressent à la construction sexuée d'une autre forme de mal-être : l'alcoolisme. Depuis le milieu du XXème siècle on a dressé un portrait de la femme alcoolique avec des éléments très stéréotypés (lien avec la névrose, avec la prostitution, pratique clandestine). Les professionnels de santé spécifient toujours « alcoolisme féminin » mais ne spécifient pas le cas masculin : cela signifie qu'en médecine réside l'idée que l'alcoolisme est normal pour les hommes et anormal pour les femmes. L'article explique cela par le fait que la femme doit être « gardienne de valeurs morales » à l'image de la mère. Si l'alcoolisme se présente comme déviant pour la femme, c'est aussi car il a un impact néfaste sur ses fonctions et ses rôles féminins et maternels (et n'infecte pas les fonctions autoritaires et paternalistes de l'homme). Cet élément est à mettre en parallèle avec la situation que vivent les hommes dépressifs : vivre un trouble dépressif impacterait peut-être davantage leur « virilité » et toutes les fonctions qui y sont associées (se pose aussi la question de la perturbation du rôle de mère sur les femmes souffrant de dépression).

Les conséquences de cette distribution sur les symptômes et le parcours médical des hommes et des femmes souffrant de dépression

Depuis le début de la décennie, certains scientifiques européens parlent de la « dépression masculine ». En 2011, les psychiatres britanniques et psychologues sociaux John S. OGRODINCZUK et John OLIFFE publient un article dans lequel ils dressent les particularités du trouble dépressif masculin²⁰. Comme déjà évoqué précédemment, la prévalence est plus faible chez les hommes. Les deux scientifiques expliquent cela en posant l'hypothèse de la tendance masculine à nier le mal-être et par conséquent à ne pas consulter. Une étude parue

²⁰ Ogrodniczuk, John S., et John L. Oliffe. « Men and Depression ». *Canadian Family Physician* 57, n° 2 (2011): 153-55.

dans la Revue Médicale Suisse en 2016²¹ développe cette idée en nous informant que l'homme a tendance à se rendre aux urgences plutôt que de consulter en cabinet de médecine générale. Cela témoigne de la tendance masculine à chercher seul des solutions seul et à demander de l'aide uniquement lorsque l'état est critique. De par ce manque de consultation, le monde médical et psychiatrique connaît mal la dépression masculine et les moyens de la traiter. En effet, il existerait des symptômes particuliers de la dépression chez les hommes. La maladie se manifesterait par de la colère, de l'agressivité, des comportements abusifs (consommation d'alcool à outrance, violences) ou encore d'une hyperactivité sexuelle. Tous ces comportements seraient adoptés afin de masquer leur vulnérabilité et masquer les symptômes typiques de la dépression (tristesse, culpabilité...). En réalité, ces hommes ne ressentent pas leurs problèmes émotionnels : au lieu d'évoquer leur tristesse, ils en parlent comme étant du « stress ». Au bout d'un certain temps, ces activités et comportements dissimulant disparaissent et l'homme se trouve plongé dans un sévère mal-être. La socialisation masculine joue un rôle dans la présence de ces spécificités cliniques : on apprend à l'homme depuis l'enfance à rester stoïque, à « ne pas pleurer » car c'est « pour les filles », ce qui façonne leur identité et leur réaction et pratiques face à leur santé. On voit donc que les symptômes masculins de la dépression correspondent bien aux normes de genre (excès, agressivité, activité). L'homme dépressif n'est donc pas ici dé-virilisé mais re-virilisé dans ses symptômes (contrairement par exemple à la figure de l'homme dépressif artiste, hypersensible, sur le versant féminin).

En 2016, dans l'article déjà évoqué de la Revue Médicale Suisse, des chercheurs s'intéressent à la dépression masculine. Nous n'avons ici pas d'informations sur la méthodologie et sur les supports de l'étude. Comme pour l'article précédent, il est expliqué que les symptômes masculins de la dépression sont encore méconnus (et que les symptômes féminins sont ceux figurant dans les manuels et classifications). Les études épidémiologiques donnent le ratio d'un homme pour deux femmes souffrantes de troubles dépressifs. Les chercheurs remettent ici en cause ces chiffres et pointent eux aussi un éventuel sous-diagnostic chez les hommes dû au fait qu'ils consulteraient moins. Cet article pointe aussi la responsabilité des normes masculines des sociétés occidentales créant une forme de pression sociale chez l'homme dépressif qui doit faire face à une remise en question de sa virilité et qui subit une pression de son entourage. À la

²¹ Annick Gerber, Kim Hoang, Nam Nguyen, et Scheherazade Fischberg. « Dépression masculine ». *Revue Médicale Suisse* 12 (2016): 1614-19.

différence de la dépression féminine, ici l'entourage du malade ne lui présente pas directement de l'empathie mais est troublé et exprime du rejet à son égard (car sa dépression est perçue comme empiétant le rôle social de l'individu masculin) ce qui peut empirer sa situation.

Ce sous-diagnostic du trouble dépressif chez les hommes peut aussi s'expliquer par des erreurs diagnostiques et des absences de dépistages de la part des professionnels de santé. En effet, comme présenté dans l'article précédent, la dépression masculine présente des symptômes mineurs spécifiques (irritabilité, baisse de tolérance, isolement...) qui ne sont pas présents dans les manuels et classifications cliniques. Ces spécificités sont par conséquent méconnues par les spécialistes car les hommes n'en parlent pas (car se sentent stigmatisés). Les échelles de dépistages de la dépression ne prennent pas non plus en compte les spécificités masculine (sauf l'échelle de Gotland). Les symptômes qu'utilisent les hommes pour masquer leur dépression peuvent être interprétés par les psychiatres comme signifiant un autre trouble (un isolement s'accompagnant de colère et d'agressivité peut par exemple être diagnostiqué comme personnalité antisociale).

Problématisation et construction de l'enquête

Toutes ces lectures alimentent différentes interrogations. Tout d'abord, comment s'exprime le trouble dépressif chez les hommes et les femmes qui en souffrent ? Les symptômes sont-ils actifs chez les hommes et passifs chez les femmes comme l'indiquent les articles scientifiques ? Quels sont les impacts de ces différents symptômes sur l'accès au soin des hommes et femmes dépressives ?

Ensuite, le trouble dépressif est-il qualifié comme étant une maladie par les hommes et les femmes qui en souffrent ? Existe-t-il un sentiment de stigmatisation chez ces individus ? Nous pouvons présumer que l'homme se sent davantage stigmatisé par la société de par l'antagonisme entre les représentations associées à la dépression et les représentations associées au genre masculin. La femme ne ressent peut-être pas ou moins ce sentiment de stigmatisation de par le lien établi dans nos idéaux entre la maladie mentale et le genre féminin mis en place par différentes disciplines médicales depuis plus d'un siècle (hypothèse émise en nous appuyant sur les différents articles de « *Femmes et hommes dans le champ de la santé* »).

Quels sont les usages sociaux des hommes et des femmes vis-à-vis de leur dépression ? Parlent-ils à leur proche ? Pour quelles raisons le font-ils ou ne le font pas ? Nous pouvons ici penser que les hommes évitent d'en parler à leurs proches et à leur entourage en général car ces derniers risqueraient de les rejeter au lieu de les soutenir, étant dans l'incompréhension (article de la Revue Médicale Suisse²²). Les femmes se sentent peut-être plus à l'aise à en parler de par les représentations associées au genre féminin (expression des sentiments, émotions, vulnérabilité...) mais aussi par l'association maladie mentale-femme évoquée précédemment. Reste cependant la question du rôle de mère qui peut être remis en cause dans la dépression : nous pouvons émettre l'hypothèse que les mères souffrant de trouble dépressif inhibent leurs symptômes et leur maladie comme le font les hommes afin de protéger leur statut de mère.

Comment consultent les femmes et les hommes souffrant de dépression ? Auprès de quels professionnels de santé demandent-ils de l'aide ? Comme l'a montré Anne LOVELL, les femmes sont plus susceptibles de se voir diagnostiquer des troubles névrotiques. Cela résulte sans doute du fait qu'elles consultent plus, car sont peut-être plus à l'aise à en parler à un

²² Annick Gerber, Kim Hoang, Nam Nguyen, et Scheherazade Fischberg. « Dépression masculine ». *Revue Médicale Suisse* 12 (2016): 1614-19.

professionnel de santé et ont certain rapport à leur santé leur permettant de détecter leur malaise (contrairement aux hommes qui, comme l'étude Suisse le montre, évitent de chercher de l'aide).

Enfin, comment est vécu le traitement du trouble dépressif (prise d'antidépresseurs, psychothérapie, psychanalyse ou autre) par les hommes et les femmes qui en souffrent ? Nous pouvons supposer, en nous appuyant sur toutes les idées présentées (assignation de la femme à la maladie mentale, stigmatisation de l'homme face à la maladie et particulièrement face à la dépression, difficulté à consulter des professionnels de santé chez les hommes...) que les femmes vivent plus facilement le fait d'être traité que les hommes, pour lesquels le traitement représenterait un poids supplémentaire sur leur stigmatisation.

Dans cette étude, nous allons alors commencer par étudier les variations de genre dans les modes d'expression du mal-être (symptômes). Dans un deuxième temps, il conviendrait d'étudier ce que ressentent les hommes et les femmes enquêtés personnellement de leur trouble : leur définition du trouble, les qualifications qu'ils emploient pour en parler, ainsi que les sentiments associés au trouble (sentiment de stigmatisation ou d'incompréhension par exemple). Ensuite, nous aborderons la question des usages sociaux du trouble : dans cette partie nous parlerons de la gestion de l'information et la communication établie par enquêtés vis-à-vis de leur dépression à leurs pairs, ainsi que le rôle que joué par ces derniers. Après cela, nous étudierions le parcours médical des personnes enquêtées, puis nous finirons aborder la question du vécu du traitement.

Cette organisation du plan permet de passer progressivement du subjectif et du « psychologique » de l'individu et de ses ressentis à l'aspect plus objectif et descriptif de sa trajectoire ponctuée de différentes étapes, ces deux dimensions se faisant écho l'une à l'autre.

Une approche par les récits de vie

Pour recueillir des matériaux abordant toutes ces problématiques, la méthode qualitative paraît la plus cohérente. En effet, la réalisation d'entretiens est la méthode la plus appropriée à l'analyse de récits de vie car permet de faire émerger des données intimes et détaillées que la méthode quantitative ne permet pas.

La grille d'entretien construite est donc divisée en différentes parties²³. La première partie

²³ Voir dans les annexes

aborde l'entrée dans la carrière et la question de la qualification du trouble. On commence ici par poser une question très ouverte inscrite dans la temporalité pour que le sujet décrive lui-même sa « carrière dépressive » (« *Racontez-moi un peu comment tout a commencé* »). Ensuite, on pose différente question sur la manière dont le sujet définit et qualifie sa dépression. La seconde partie aborde les ressentis vis-à-vis du trouble et les « usages sociaux » du trouble. Le terme d'usage sociaux désigne ici la gestion de l'information du trouble du sujet sur son entourage : qui est au courant de sa dépression ? à qui en a-t-il parlé ? à qui n'en a-t-il pas parlé et pour quelles raisons ? quelles ont été les conséquences de cette déclaration/non-déclaration... Il s'agit donc dans cette partie de poser des questions sensibles sur ce que ressent le sujet sur son assignation au trouble dépressif ainsi que des questions plus formelles sur ses « usages sociaux » du trouble. La série de questions suivante présente dans la grille d'entretien concerne la question de la consultation et des soins. Il s'agit ici encore d'essayer de faire entrer la « carrière médicale » du malade dans la temporalité en ayant un récit ponctué de différentes étapes. Nous nous intéressons ici aux étapes de consultation, aux différents professionnels de santé consultés (parcours médical), aux traitements prescrits et au vécu de ces traitements. À la fin de la grille d'entretien, nous avons bien-sûr le talon sociologique (âge, profession, ménage...).

Le concept de carrière pour penser les trajectoires

Le concept de carrière est un concept construit par les sociologues interactionnistes de la seconde école de Chicago. Le premier à avoir utilisé cette méthode est Everett Hughes. En s'intéressant aux groupes professionnels, il utilise le terme de « carrière » pour décrire et analyser les trajectoires professionnelles de ses enquêtés. Ce concept lui permet alors d'avoir un éclairage sur la dimension biographique des récits de vie. Mais c'est un autre sociologue de Chicago qui popularisera l'usage de ce concept : Howard Becker. En effet, dans son ouvrage de référence « *Outsider* », le sociologue Américain utilise le concept de « carrière déviante », qu'il définit comme parcours de socialisation ponctué par plusieurs étapes, pour étudier le processus d'entrée et de maintien dans la délinquance (enquête sur les fumeurs de marijuana). Dans le champ de la santé mentale, Erving Goffman a repris ce concept de carrière. Dans « *Asile* », il utilise le terme de « carrière morale » pour décrire les trajectoires des personnes en situation de handicap mental. Comme Becker, Goffman évoque ici trois étapes dans la carrière étudiée : la période de pré-hospitalisation, la période d'hospitalisation et la période de post-hospitalisation. Le point commun de ces trois usages de la « carrière » est de réintroduire

la temporalité comme une condition d'analyse fondamentale. Cette notion de carrière constitue un instrument d'objectivation²⁴. En effet, elle vise à développer une analyse compréhensive des raisons d'agir des individus : analyser les différents comportements adoptés en parallèle avec les positions occupées par les sujets. À contrario du professionnel de santé, le sociologue qui utilise le concept de carrière va toujours supposer que le discours du sujet a un sens et rechercher sa signification. Face au discours d'un patient, le corps savant va avoir facilement recours au pathologique comme explicatif des comportements et discours du patient, alors que le sociologue adoptant cette méthode interactionniste va plutôt pointer le rôle de l'étiquetage pathologique comme explicatif des comportements du sujet. C'est pour cela que la notion de carrière est un bon outil de rupture ; la rupture étant une des étapes primordiales par lequel le chercheur en sciences sociales doit passer²⁵. Bien sûr, les points de vue recueillis sont ensuite restitués par le sociologue et non analysés comme étant objectifs à 100% : il n'y a pas un point de vue « brut » et objectif en sociologie de la santé car le discours du malade est biaisé et les discours émis par les soignants sont construits²⁶.

Il est donc naturellement pertinent d'utiliser cette notion de carrière dans notre recherche : pour étudier le vécu de la maladie, il faut recueillir des matériaux présentant la trajectoire de l'individu. Introduire la temporalité dans l'analyse du vécu de la maladie et distinguer différentes étapes dans ce que l'on appellera la « carrière dépressive » permettrons de mettre en lumière les différents éléments biographiques et positions occupées par les sujets expliquant leurs comportements. Cette méthode compréhensive permettra de mettre en lumière les différents processus autour de la définition du trouble, le sentiment de stigmatisation autour du trouble, les usages sociaux du trouble, le parcours médical et le vécu du traitement étudiés sous le prisme des positions occupées ; éléments que le corps médical ne peut pas étudier avec son approche.

²⁴ Darmon, Muriel. « *La notion de carrière : un instrument interactionniste d'objectivation* ». *Politix* n° 82, n° 2 (1 décembre 2008): 149-67.

²⁵ Quivy, Raymond, Jacques Marquet, et Luc Van Campenhoudt. « *Manuel de la recherche en Sciences Sociales.* » Dunod. 5ème édition, 2017.

²⁶ Velpry, Livia. « *Subjectivité et psychiatrie* ». *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem* N° 4, n° 1 (2010): 115-33.

Choix du terrain et population enquêtée

J'ai alors cherché un terrain dans lequel je pourrais réaliser des entretiens avec des hommes et des femmes ayant une expérience avec le trouble dépressif. Cet objectif fut assez compliqué pour plusieurs raisons. Premièrement, réaliser des entretiens avec des personnes souffrant de dépression majeure n'était pas envisageable étant donné que cet exercice peut heurter ces personnes en fragilité psychique et que leur discours est biaisé de par leur perception non conforme au réel. Il fallait donc que je centre ma recherche sur des individus ayant vécu un trouble dépressif auparavant ou étant en situation de réinsertion (ayant assez de recul pour en parler), ce qui constitue une population difficile à trouver. De plus, la plupart des structures que j'ai contacté (centre ressource, lieux d'activités de jour pour personnes en situation de handicap psychique, groupes d'entraide mutuelle) avaient peur que mon intervention vienne perturber le processus de stabilisation de leurs accueillis.

J'ai finalement trouvé un stage dans la structure ARIHM Conseil (action-recherche pour l'insertion des personnes en situation de handicap mental ou psychique). Ce cabinet pluridisciplinaire (psychologues, psychiatres, coach, RH...) prestataire du Cap emploi est chargé de réinsérer professionnellement des bénéficiaires du Cap emploi en situation de handicap psychique, cognitif ou mental. Les personnes dont s'occupe cette structure sont donc en partie des individus ayant souffert de trouble dépressif ayant un certain recul sur leur « carrière dépressive » et étant aptes à en parler. Ce terrain me donne donc accès à des individus ayant une expérience avec la dépression étant plus ou moins « stabilisés » car envoyés par le Cap emploi pour s'insérer dans le milieu professionnel.

Cette population est donc une population ayant nécessairement consulté et été traité et dont la plupart ont la reconnaissance de travailleur handicapé. Un premier biais est alors à éclairer ici : l'effet de sélection. Ce qui est appelé effet de sélection en sciences sociales, et dans la recherche en général, est un phénomène dans lequel l'échantillon de l'enquête n'est pas représentatif de la population d'objet d'étude. Ce terme désigne plus précisément un échantillon constitué d'un groupe représentant ce que l'on pourrait appeler « l'élite » ou encore le « haut du panier » de la population d'objet d'étude. Par exemple, si des chercheurs en santé publique réalisent une étude sur l'état de santé des Algériens et qu'ils manipulent des sujets vivant à Alger, les résultats ne prendront pas en compte l'état de santé des personnes vivant dans les provinces Algériennes (qui seront sans doute en moins bon état de santé que ceux vivant dans

la capitale pour diverses raisons) et ne sera donc pas représentatif de l'état de santé des Algériens. Dans cette étude, le fait d'étudier le vécu de la dépression sur des personnes qui ont consulté et qui ont été traités ne prends pas en compte le vécu de ceux qui n'ont pas consulté et n'ont pas eu recours aux soins : il y a un effet de sélection. Cette enquête n'a donc pas la prétention à mettre en lumière les facteurs de non-recours aux soins des personnes dépressives, il s'agit ici d'explorer les variations de vécu chez des personnes ayant consultées.

Cette étude se centrant sur le vécu du trouble dépressif, les personnes interrogées sont des personnes souffrantes ou ayant souffert de dépression en tant que trouble à part entière. Dans la structure, nombreux sont les bénéficiaires souffrants de troubles dépressifs associés à un trouble psychotique, où d'humeurs dépressives comprise dans un trouble bipolaire : ces personnes n'entrent pas dans mon champ d'études. L'intérêt de cette sélection est que l'on s'intéressera dans ce travail aux impacts de l'assignation « dépressif » des sujets par eux même et par leur entourage. Un individu bipolaire avec de sévères phases dépressives par exemple, même si le vécu de sa maladie s'apparente à celle d'une dépression, ne subira pas les mêmes assignations (de par lui-même et de par son entourage) car les différentes maladies mentales ont un champ sémantique et représentationnels très différents les unes des autres (qui sont bien souvent très stéréotypées)²⁷. J'ai donc confié aux psychiatres du service la tâche de me trouver des enquêtés, étant les seuls médecins de la structure, ils sont les seuls capables de trouver des bénéficiaires correspondant au profil clinique que je cherche à étudier.

Le déroulement de l'enquête

J'ai finalement recueilli neuf entretiens lors de ma période de stage dont deux avec des psychiatres de la structure, six avec des bénéficiaires de la structure souffrant de troubles dépressifs (deux hommes et quatre femmes) et un chauffeur de taxi que j'ai rencontré dans le cadre d'un trajet où il me raccompagnait après une activité organisée par la structure. Les entretiens avec les psychiatres de la structure ont duré environ une demi-heure chacun et ont eu lieu dans leurs bureaux entre deux rendez-vous. En ce qui concerne les bénéficiaires, deux d'entre eux se sont fait par téléphone, les trois autres se sont fait dans un des bureaux de la structure après leur rendez-vous avec leur psychiatre ou coach professionnel. Les entretiens

²⁷ Blanc, Jean-Victor. *Pop & Psy : comment la pop culture nous aide à comprendre les troubles psychiques*. Plon. Paris, 2019.

avec les bénéficiaires ont tous durés entre une heure et une heure quarante. Avec le chauffeur de taxi que j'appellerais ici Malik, il s'est fait sous forme de discussion. Venant d'arriver dans la structure et n'ayant pas encore réalisé d'entretiens, j'ai été invité au théâtre avec le reste de l'équipe et Malik m'a conduit chez moi en fin de soirée pour un trajet qui a duré un peu moins d'une heure. Plutôt bavard, nous discussions et je lui ai expliqué ce que je faisais à ARIHM, il m'a alors parlé de sa dépression, j'en ai alors profité pour faire avec lui une sorte d'entretien exploratoire, sans nécessairement vouloir l'utiliser pour mon étude. Je ne l'ai donc pas enregistré et me suis rendu compte plus tard que les données de son entretien étaient intéressantes et j'ai donc rédigé toutes les données de notre discussion que j'avais encore en tête. De plus, j'ai utilisé cette discussion avec Malik comme matériel car je peinais à trouver des enquêtés de sexe masculins. En effet, la majorité des personnes dépressives suivies chez ARIHM étaient des femmes, et elles étaient toutes ouvertes à participer à l'enquête contrairement aux hommes plus réticents à discuter avec moi. Les coachs ont essayé de contacter d'anciens bénéficiaires hommes correspondant au profil que je cherchais qui n'ont pas voulu participer à l'enquête. J'ai alors de mon côté cherché des enquêtés de sexe masculin souffrant ou ayant souffert de dépression sur internet, sur des pages Facebook notamment. J'ai alors réalisé deux entretiens avec deux étudiants (un en philosophie et un en sociologie) d'une vingtaine d'années ayant eu une expérience avec la dépression. J'ai ensuite pensé que faire des entretiens avec des personnes extérieures à la structure et ayant un profil très différent du reste des enquêtés ne serait pas une bonne idée. En effet, les bénéficiaires d'ARIHM enquêtés et le chauffeur de taxi ont entre 49 et 61 et sont de classe moyenne et populaire. Induire dans cet échantillon des personnes d'une autre tranche d'âge, d'une autre classe sociale ajouterait des biais dans l'étude dans le sens où les variations observées ne seront pas nécessairement liées au genre mais à d'autres facteurs (l'âge ou la classe sociale). Pour voir les effets de la variable genre, il faut éliminer la possibilité du poids des autres variables en les mettant à équivalence en étudiant des situations entre homme et femmes équivalentes. Je n'ai donc finalement pas tenu compte de ces deux entretiens dans mon étude.

I) Comment s'exprime la dépression chez les hommes et les femmes qui en souffrent ?

Comme le montrent les articles médicaux présentés précédemment, l'homme dépressif peut présenter des symptômes particuliers comme de la colère ou de l'agressivité. Or, d'après les manuels de classifications médicaux, les symptômes principaux du trouble dépressif sont l'humeur dépressive (tristesse), la fatigue ou encore la perte d'intérêt et de plaisir. Nous avons donc une opposition entre des symptômes « actifs » présents chez certains hommes, invisibilisés par les classifications officielles, et des symptômes « passifs » présents chez les femmes et étant considérés par le corps savant comme étant les symptômes de référence.

Variation de genre dans l'expression du mal-être

On observe en effet, dans notre échantillon, cette variation de genre dans les symptômes du troubles dépressifs. La dépression s'exprime du côté des femmes bénéficiaires d'ARIHM par des pleurs, de l'hypersensibilité, de la fatigue, de la tristesse, une perte d'intérêt, de la peur, de l'angoisse, une perte de concentration, de la culpabilité ou encore un sentiment de dévalorisation. Tous ces symptômes correspondent parfaitement à la grille diagnostique du trouble dépressif caractérisé du DSM-V. En revanche, chez les sujets de sexe masculins interrogés, la dépression se traduit par de l'énervement, de l'irritabilité, de la somatisation, parler fort, avoir du mal à trouver ses mots, perte de patience ou encore agressivité, avec quand même quelques symptômes « classiques » de la dépression comme de la fatigue, de la tristesse ou un manque de confiance en soi.

La « dépression masculine » dont parlent les scientifiques est retrouvée chez Filipe, un homme célibataire et sans enfants de 52 ans d'origine Portugaise et bénéficiaire d'ARIHM. Anciennement ouvrier du bâtiment, il est entré dans la dépression il y a deux ans suite à un harcèlement au travail. Filipe souffre de plusieurs autres pathologies comme du diabète et des problèmes de dos qui ont secondés son trouble dépressif. Dans son entretien, il évoque à répétition ses différents symptômes de sa dépression que sont le fait qu'il parle fort et surtout ses énervements. Ces symptômes actifs semblent être significativement prononcés et toujours présents chez Filipe.

*« Le premier symptôme, moi je ne me sentais pas bien dans la tête, je me sentais nerveux, j'étais tout le temps nerveux. [...] Des fois quelque chose il passe bien, les symptômes d'énervement il vient tout de suite. [...] Vous savez c'est ça la dépression, la dépression vous êtes toujours énervé, et mal à la tête. [...] Beaucoup de gens ils me dit vous parlez beaucoup fort, c'est parce que j'ai la dépression. Avant je parlais pas comme ça [...] Je dis je parle plus fort depuis que j'ai la dépression. Mais avant je parlais pas autant fort comme ça. Même la psychiatre elle m'a dit Monsieur ***** Vous parlez trop fort, faut parler doucement. »*

Filipe, 52 ans, bénéficiaire de ARIHM

L'association du fait de parler fort avec la dépression est curieuse est intéressante. On voit à travers les propos de Filipe que cette corrélation est faite par son entourage, par lui-même et aussi par le discours médical, avec sa psychiatre qui lui signale par le biais d'un commentaire que cette manière de parler est pathologique. Ces différents symptômes actifs sont interprétés par les scientifiques comme étant des symptômes ayant pour fonction de dissimuler la vulnérabilité psychique de l'homme et masquant les symptômes dits « classiques » tels que la tristesse et l'hypersensibilité par de l'énervement et de l'agressivité. Mais selon la psychiatre interrogée Estelle BOTVINIK, ces modes d'expression du mal-être ne sont pas conscients et n'ont pas pour fonction de dissimuler les autres symptômes mais sont simplement plus remarquables que les autres car plus « bruyants ».

« L'agressivité, la violence font partie des symptômes, et donc forcément ils sont plus bruyants, ça se voit plus. Donc par ce biais-là par exemple on peut dire ça masque le reste, mais c'est pas conscient, c'est pas actif quoi, c'est pas de manière active, ça fait partie des symptômes quoi. Alors c'est pas systématique, ça fait pas partie du noyau qui serait tristesse, perte de plaisir, noyau, oui oui. »

Dr. Estelle BOTVINIK, psychiatre chez ARIHM

Elle ajoute que ces symptômes actifs ne sont pas systématiques et ne font pas partie du *noyau* qui recouvrirait la tristesse et la perte de plaisir : on voit donc ici que du point de vue du corps savant, la dépression constitue un amas de symptômes avec des symptômes centraux qui correspondent aux symptômes passifs et « féminins » présentés dans les classifications officielles.

Cependant, le docteur Maria ILIOPOULOS, une autre représentante du corps médical, soutiens

plutôt l'idée que la présence de ces symptômes actifs et « bruyants » seraient bel et bien effets de stratégies émises par l'homme pour cacher sa dépression qui affecte son image.

« Pas tous les hommes mais la plupart des hommes, souvent, quand ils ont une dépression, on va pas avoir les mêmes signes classiques de la dépression. Ça va plutôt se manifester par de l'agressivité. Parce que la plupart des hommes ne se donnent pas le droit de se sentir déprimé, par rapport à leur image, par rapport à une image encore courante, qu'un homme doit être fort, qu'il doit faire face à toutes les situations, que c'est être faible en fait. Du coup ils ne s'autorisent pas à dire qu'ils se sentent déprimé et gardent ça pour eux, une espèce de cocotte-minute, et souvent ça explose à un moment où ils sont vraiment vraiment très très mal. Et ça peut prendre des formes d'agressivité en fait. »

Dr. Maria ILIOPOULOS, psychiatre chez ARIHM

En effet, elle explique dans cet extrait d'entretien que les signes d'agressivité que montrent les hommes dépressifs est une manifestation faisant suite à une auto-stigmatisation de l'homme par rapport aux représentations sociales qui lui sont assignées. L'homme en refusant de parler de son trouble à ses proches et en refusant de consulter (qui sont des actions volontaires de sa part) devient agressif car sa souffrance psychique devient trop grande (« explose »).

Effets de cette variation de genre sur le processus de rétablissement

D'après la littérature, le monde médical et psychiatrique connaît mal les spécificités cliniques de la dépression chez les hommes et donc aurait des difficultés à la diagnostiquer et à la traiter. En effet, des erreurs diagnostiques se feraient de la part du corps médical face à un homme dépressif présentant des symptômes tels que de l'isolement ou de l'irritabilité qui pourraient être interprétés comme résultant d'un trouble de la personnalité antisociale par exemple.

« Dans ma pratique j'ai eu énormément d'hommes qui présentaient des troubles du comportement, des troubles relationnels, qui s'étaient mis à un certain moment donné, et en fait quand on creusait les choses derrière, c'était des hommes qui étaient vraiment déprimés. Et quand on les soignait pour une dépression avec un traitement d'antidépresseurs pour qu'ils se sentent mieux, l'agressivité

disparaissait. C'était dans un deuxième temps qu'on pouvait aborder les choses. »

Dr. Maria ILIOPOULOS, psychiatre chez ARIHM

Cet extrait d'entretien de psychiatre témoigne d'une première présentation d'un tableau clinique s'apparentant à un autre trouble que le trouble dépressif chez les hommes. Cette présentation dissimulant la vraie maladie du sujet doit alors être perçue par le professionnel de santé en « *creusant les choses derrière* », ce qui représente une difficulté de diagnostic. Nous avons donc ici un premier élément expliquant un sous-diagnostic des hommes pour troubles dépressif : de par la présence de symptômes actifs dissimulant leur dépression, le professionnel de santé qu'ils consultent peut rencontrer des difficultés à dépister leur trouble dépressif (et donc le diagnostiquer, le prendre en charge et le traiter). C'est donc une partie l'institution savante qui se trouve ignorante face à ces spécificités cliniques : comme on l'a vu, les symptômes « actifs » ne sont pas présents dans la grille diagnostique officielle de la dépression.

Le facteur de la socialisation

Alors quels sont les facteurs qui pourraient expliquer cette différence dans la manière d'exprimer et de vivre son mal-être entre les femmes et les hommes souffrant de dépression ? Les articles scientifiques, bien qu'écrits par des médecins, ne pointent ni des facteurs biologiques, ni même psychologiques. En effets, ce serait la socialisation masculine qui créerait une pression sociale chez les hommes souffrant de dépression.

La socialisation genrée est un processus par lequel les enfants apprennent les attentes sociales, les attitudes et les comportements typiquement associés aux garçons et aux filles. Dans nos sociétés occidentales, la socialisation genrée consiste à apprendre aux petites filles à être calmes, dociles, tempérée, et inversement, à apprendre aux petits garçons à rester fort, stoïques. Cet apprentissage façonnera donc l'identité de ces futurs hommes et femmes et façonnera donc leurs réactions les plus intimes, comme leur manière d'exprimer un mal-être. En effet, dès la socialisation primaire²⁸, on apprend aux garçons à être plus stimulés de point de vu moteur et sportif et donc à inhiber toute stimulations émotives, qui est alors réservée aux filles. La célèbre écrivaine féministe Élisabeth Badinter développe cette idée avec une approche plus

²⁸ Processus de socialisation allant de l'enfance à l'adolescence dont les normes, valeurs et représentations sont instruites par la famille et l'école principalement

psychanalytique en démontrant que la première étape de la socialisation masculine consiste à « ne pas être une fille »²⁹ (et donc ne pas devoir pleurer, ne pas devoir être triste).

Par conséquent, un homme qui souffrira de dépression aura tendance à exprimer sa souffrance psychique par des actions car ce mode d'expression du mal-être fera sens pour lui compte tenu des différentes fonctions qui lui ont été attribuées et qu'il aura intériorisées : agir, représenter la force, dominer. La femme dépressive quant à elle, fera passer sa détresse psychique en intériorisant sa souffrance ce qui donnera lieu à un sentiment de dévalorisation ou à de la tristesse car cela fera sens pour elle compte tenu des fonctions qui lui auront été attribuées par sa socialisation genrée : réfléchir, être sensible, rester passive. C'est donc de là que partent ces différences dans la manière dont s'exprime le mal-être : la femme qui aura été socialisée à parler de ses sentiments et à réfléchir avant d'agir sera plus amenée à exprimer sa souffrance et à faire de l'introspection, tandis que l'homme aura plus de difficultés à exprimer les choses et donc cela passera par le geste, l'action, l'agression.

Nous avons donc vu ici que le trouble dépressif ne s'exprime pas de la même manière chez la femme comme chez l'homme. Ce diagnostic, tel qu'il est conceptualisé par le corps médical, présente en réalité des symptômes plutôt « actifs » chez les hommes et des symptômes plutôt « passifs » chez les femmes enquêtées. Alors en tenant compte de cette variation dans l'altération du système psychologique et émotionnel des hommes et des femmes souffrant du trouble dépressif, comment ces derniers vivent personnellement leur maladie ? Et d'ailleurs, la définissent-ils comme tel ?

²⁹ Badinter, Elisabeth. *XY De L'identité Masculine*. Odile Jacob., 1992.

II) Le vécu personnel de la dépression

Comme présenté dans l'introduction, la dépression est une maladie qui, bien que touchant une part considérable des individus, reste mal connue et fait l'objet de nombreuses idées reçues. D'un côté, les personnes souffrant de troubles dépressifs sont bien souvent perçues comme faibles et manquant de volonté. En opposition au « fou » et au « malade mental », le déprimé peut manquer de légitimité à être considéré comme malade, les origines de sa dépression étant alors mis sous le poids de la lâcheté ou de la fainéantise. De l'autre, l'individu dépressif, présentant des symptômes de troubles psychiques, peut au contraire, être assimilé à la folie et à la psychiatrie. En tenant compte de ces diverses représentations portant sur l'individu et sa pathologie et en tenant compte de la manière dont celle-ci s'exprime d'un point de vue clinique chez lui, comment le sujet vit, personnellement, sa dépression ? La voit-il comme une maladie ? Comme un handicap ? Quel mot utilise-t-il pour la décrire et comment se place-t-il socialement en tant que personne dépressive ?

Vivre sa dépression comme une maladie

La maladie se définit par une altération de l'organisme. Selon le philosophe Georges Canguilhem, on parle de maladie quand le sujet ressent lui-même une altération de son état de santé. Comme présenté précédemment, la dépression est parfois perçue comme ne dépendant pas de forces extérieures pathogènes mais directement de l'individu et de sa propre volonté. Cette idée répandue efface donc le caractère pathologique du trouble dépressif qui est une réelle maladie (car présente dans la classification des maladies et traitable par le corps médical). Alors en tenant compte de ces diverses représentations, l'individu vivant une expérience de dépression caractérise-t-il son état comme étant une maladie ?

Attention, un biais est à déclarer ici : la quasi-totalité des individus interrogés ont la RQTH (Reconnaissance de la Qualité Travailleur Handicapé), leur dépression est donc nécessairement considérée comme une forme d'infirmité à leurs yeux, car a été assignée comme telle par le corps médical et institutionnel. Mais les entretiens menés ont permis d'articuler le rapport qu'ils avaient avec leur dépression dans la temporalité, permettant alors de savoir comment s'est construit l'assimilation dépression-maladie.

On retrouve dans les entretiens l'idée que la dépression est une « maladie comme une autre ». Claudine, mère de famille d'origine Bénino-Togolaise, est une bénéficiaire de ARIHM

souffrant de dépression et ayant souffert d'alcoolisme et d'anorexie suite à la mort de son père et d'une surcharge de travail. Selon elle, la dépression est une maladie au même titre que la grippe ou le cancer : « *C'est une maladie comme une autre : comme le cancer, la grippe* ». Cette qualification de la dépression comme maladie comparable à toute maladie « classique » est légitimée par la prise de médicaments. En effet, la prise quotidienne d'antidépresseurs démystifie ce trouble psychique et le réduit à une maladie organique, les médicaments ayant un effet sur la personne comme auraient de l'Effergal sur un maux de tête : « *Comme la grippe : quand on attrape la grippe on prend des médicaments* ». Cette banalisation de la dépression définie comme « une maladie comme une autre » est un phénomène qui a été observé par la sociologue Nadia GARNOUSSI en 2012³⁰. En analysant des récits individuels de personnes dépressives, elle observe qu'une part importante de ses enquêtés parle de la dépression comme d'une pathologie « démystifiée », signifiant que la dépression n'est plus autant stigmatisée qu'elle l'était autrefois. Considérer sa dépression comme étant une « maladie comme une autre » est important et rassurant pour ceux qui en souffrent. En effet, décrire sa dépression comme un agent extérieur à l'individu permet au sujet de distinguer son état psychique normal de l'état pathologique de la maladie. Cette explication rationnelle est alimentée par la médecine et l'approche biologique de la dépression (le trouble résulte d'un dérèglement hormonal dû à l'addition de problèmes personnels et d'un événement déclencheur). Le sujet valide cette approche bio-chimique proposée par la clinique psychiatrique et la recherche biologique en adhérant l'idée que si les médicaments (antidépresseurs) font effet, c'est que c'est une maladie (comme une autre) : « *À partir du moment où sa se traite avec un médicament ouais c'est une maladie* » (Nathalie, 49 ans, bénéficiaire chez ARIHM). Ce raisonnement agit dans une dynamique de déstigmatisation de l'individu (tout en légitimant la psychiatrie).

D'autres vont aller encore plus loin en parlant de la dépression comme n'étant pas simplement une maladie comme une autre mais une maladie plus grave que les autres.

« *Ah ça c'est une maladie. Mais c'est une maladie ! C'est une maladie forte hein. Pas comme vous vous cassez une jambe où vous vous cassez un doigt : la dépression c'est une grosse maladie. C'est pas une maladie qui sort d'un jour à l'autre* »

³⁰ Garnoussi, Nadia. « Une maladie comme une autre ? Logiques de redéfinition de la dépression et du vécu dépressif ». *Lien social et Politiques*, n° 67 (2012): 17-32.

Filipe, 52 ans, bénéficiaire de ARIHM

« [K] *Comment est-ce que vous définiriez la dépression ?*

[S] *Je préférerais me casser une patte, même si je me suis pas cassé une patte. Euh... C'est... On perd tout. On se perd et on perd tout. C'est la pire expérience douloureuse qui m'était amenée à vivre en fait. Je sais pas, je... [souffle], je suis tombée. »*

Séverine, 49 ans, bénéficiaire de ARIHM

Contrairement à Claudine qui compare la dépression à des maladies organiques comme la grippe et le cancer, Filipe utilise des comparatifs beaucoup plus physiques et brutaux. En effet, il utilise l'image plus violente de la fracture d'os (se casser la jambe et un doigt) pour marquer le caractère supérieurement morbide de son trouble dépressif. Séverine, dans le fond, exprime le même sentiment que Filipe : se briser un os (se « *casser une patte* ») serait plus douloureux que de vivre cette « *expérience douloureuse* » qu'est la dépression, mais elle utilise des termes bien moins violents. Nous pouvons appuyer cet élément sur l'étude de Jean-Sébastien Eideliman et Aude Béliard sur les qualifications des français sur leur troubles³¹. En analysant les données de l'enquête Handicap-Incapacités-Dépendance, les deux chercheurs démontrent que les femmes et les hommes ont des manières différentes de parler de leurs troubles. Les femmes expriment plus souvent leur mal-être de manière sensible en décrivant souvent un mal-être général d'ordre psychologique (« fatigue », « peur ») et utilisent des termes de maladies du corps (« thyroïde », « ostéoporose », « migraines ») tandis que les hommes vont déclarer leurs maux de manière plus violente et ne vont pas hésiter à utiliser une terminologie anatomique et à parler de troubles physiques lourds (« infarctus », « amputation », « diabète »). On retrouve ici encore le poids de la socialisation genrée sur la manière dont passe le mal-être, et ici en l'occurrence par quels mots il s'exprime. Cette manière de s'exprimer et de parler de sa pathologie fait sens compte tenu des symptômes « actifs » abordés dans le volet précédent, qui font passer le mal-être de l'homme par de l'agressivité et de l'irritabilité.

Le fait de qualifier sa dépression comme une maladie plus grave « qu'une autre » pourrait aussi jouer dans le sens de la dé-stigmatisation de la maladie et être rassurant pour le sujet qui distingue sa personne de son état pathogène. On pourrait interpréter cette vision de la dépression

³¹ Béliard, Aude, et Jean-Sébastien Eideliman. « Mots pour maux. Théories diagnostiques et problèmes de santé ». *Revue française de sociologie* Vol. 55, n° 3 (20 août 2014) : 507-36. – Tableau 3

comme permettant au sujet de se placer comme victime et de se « lamenter » afin de légitimer une prise en charge par le corps médical et un traitement.

Le Dr. ILIOPOULOS, psychiatre chez ARIHM, évoque ce placement dans une position de victime propre aux hommes souffrant de dépression en employant le terme de « persécution ».

« Les hommes ça va prendre plus des tournures, un petit peu plus, alors j'emploie un mot un peu fort mais, un petit peu plus de victimisation : un petit peu plus persécuté. C'est-à-dire que si ils sont dans cet état là c'est parce qu'on les comprends pas, c'est-à-dire que par exemple dans le travail on les regarde pas à leur juste valeur, qu'il y a des gens qui sont jaloux de leurs compétences. Il y a plus ce côté un petit peu, pas persécuté mais un peu plus. Alors que les femmes elles vont être plus dans un côté « voilà j'arrive pas à m'en sortir, je suis triste, je pleure », moi je note un petit peu cette différence [...] Parce que ils se considèrent un peu victime de leur environnement »

Docteur Maria ILIOPOULOS, médecin-psychiatre chez ARIHM

Effectivement, l'entretien avec Filipe était accompagné de plaintes par rapport à ce qui lui était arrivé au travail du début à la fin, parfois même en tant que réponses tout à fait incohérentes à mes questions. D'un ton désagréable tout au long de l'entretien, Filipe n'a pas manqué une occasion de me répéter différents détails du harcèlement qu'il a subi.

D'autres enquêtés qualifient la dépression comme étant une maladie dont ils ne vont jamais guérir. C'est le cas de Séverine, qui qualifie la dépression de maladie mais qui a des « difficultés à penser qu'on puisse en guérir ». Malik, chauffeur de taxi d'une cinquantaine d'années, adopte une approche similaire en acceptant l'idée que son trouble dépressif est une maladie qui « ne dépends pas de lui » mais qu'il regarde d'une manière fataliste en pensant vivre avec pour toujours, que de toute façon il est désormais « habitué à vivre avec » et que ce n'est « pas facile, mais c'est la vie ». Cette approche de la dépression la considérant comme une pathologie incurable remet en question son titre de « maladie » et envisage alors son titre de handicap. En effet, le fait de voir la dépression comme un élément pathogène avec lequel on doit vivre sous-entend qu'une adaptation doit être faite entre le sujet et son environnement et donc place la dépression dans la notion de handicap

Vivre sa dépression comme un handicap

Le handicap est défini par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées tel que « *toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ». Il existe différentes manières de penser le handicap : le modèle individuel et le modèle collectif. Le modèle individuel du handicap considère que le handicap est dans l'individu et que par conséquent il faut modifier l'individu à la société. L'approche collective, de plus en plus populaire, pense le handicap comme se trouvant dans la société : c'est l'environnement qui pose des barrières et par conséquent il faut modifier la société à l'individu. Depuis la loi de 1975 créant la COTOREP (Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel) devenue RQTH (Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé), toute personne handicapée peut et est poussée à bénéficier de dispositifs d'insertion professionnelle³² (comme ARIHM mis en place par l'AGEFIPH). Pour renforcer cette dynamique, l'État impose un quota de 6% de travailleurs handicapés dans les entreprises françaises. C'est grâce au titre de RQTH que les personnes en situation de handicap peuvent bénéficier de services d'insertion professionnels et sont aidés à s'insérer professionnellement en entrant dans le quota des 6% de travailleurs en situation de handicap. Ce titre doit être demandé par la personne à la MDPH (Maison départementale des personnes handicapées) sur appui d'un certificat d'un professionnel de santé.

La RQTH est un statut bien marqueur de marginalité, tout d'abord car il contient le terme « handicap », synonyme d'incapacité et d'infériorité. Ce statut est d'autant plus difficile à accepter pour des individus souffrant de « handicap invisible », et encore plus de dépression, compte tenu de son association au « laisser-aller » qui ne va pas du tout dans le sens de la légitimation du terme de handicap ni dans son acceptation par la personne concernée.

Nathalie trouve d'ailleurs que le terme « handicap » n'est pas du tout adapté à sa situation, qu'il fait peur et est même violent. Cette mère de famille victime d'un harcèlement professionnel va jusqu'à qualifier ce terme de stigmatisant car imposant une distinction entre elle et « les

³² Isabelle Ville. « Le Handicap comme épreuve de soi. Politiques sociales, pratiques institutionnelles et expérience ». Sciences de l'Homme et Société, 2008.

autres ». Cette stratégie consistant à se penser comme victime d'une causalité externe fait qu'elle sera moins encline à adhérer à l'étiquette du handicap, qui suppose une adhésion à l'idée de quelque chose qu'elle porte en interne et qui la distingue.

« Je trouve que c'est absolument pas adapté quoi. Pareil, pour une reconnaissance dans le monde du travail, je trouve que c'est super violent comme terme. [...] Mais en plus non seulement c'est stigmatisé mais c'est pointé du doigt... Comment dire... Une diversité quoi. C'est être différent des autres qui quelque part. »

Nathalie, bénéficiaire de ARIHM, 49 ans

Chez certains enquêtés en lien de près ou de loin avec des personnes ayant une forme de handicap visible (handicap moteur, handicap physique, trouble du langage), une opposition s'installe entre leur trouble invisible et le trouble de leur proche. La dernière fille de Georges est atteinte de troubles du langage sévères avec des troubles associés. Son père utilise son cas pour exprimer la distinction qui est faite par leur famille quant au crédit accordé à leurs deux formes de handicaps distincts : *« Pour eux, un handicapé, c'est quelqu'un où ça se voit, c'est physique. Comme ma fille par exemple »*. Nathalie elle aussi est mère d'une fille qui souffre d'un handicap physique. Celle-ci distingue sa forme de handicap invisible à celui de sa fille qui est *« vraiment »* un handicap : *« Elle c'est d'ordre physique, moi c'est psychologique, alors je me sens encore moins handicapée que ma fille qui est porteuse d'un handicap, vraiment. »*. On perçoit chez ces deux sujets une distinction faite de leur part mais aussi de leur entourage et de la société entre leur handicap invisible (psychique) et le « vrai » handicap physique. On peut aussi percevoir, notamment dans les propos de Nathalie, une forme de culpabilité à être reconnue handicapée pour sa dépression alors que le « vrai » handicap est le handicap physique de sa fille. Séverine a, quant à elle, perçu cette opposition entre handicap visible et handicap invisible non pas par sa famille mais par un événement particulier. L'année dernière, elle est partie en pèlerinage à Lourdes avec son Église. Dans ce lieu de culte catholique, elle y a rencontré des handicapés physiques, des *« fracassés physiques »* pour reprendre ses termes. Un monsieur organisant le pèlerinage, la voyant en compagnie de ces individus à mobilité réduite, lui aurait fait remarquer que, elle, n'est pas malade. Sa réaction a été de *« fondre en larmes »* en disant que ça ne se voyait pas toujours. C'est à ce moment-là qu'elle a réalisé que le handicap était souvent imaginé comme physique et qu'elle a opéré une distinction entre son handicap invisible et le handicap visible, sous couvert de dérision avec la caricature de la folie *« Ces gens-là ont un handicap physique, moi je suis folle »*. Cette distinction entre handicap visible

et invisible présent dans la société met en lumière une forme d'inégalité : les personnes souffrant de handicap invisible comme la dépression doivent opérer un travail d'acceptation de leur handicap (Claudine « *quand le médecin de la sécu m'a déclarée invalide, ça m'a fait un petit choc* ») et doivent le faire accepter par leur entourage. On retrouve ici la « triple peine » développée par Jean-Victor Blanc propre aux formes de handicaps psychiques, qu'on ne retrouve pas chez les handicaps visibles³³.

Plusieurs stratégies peuvent être mises en place par les personnes dépressives pour accepter leur statut de personne handicapée. Bien souvent, ces stratégies sont inculquées par les professionnels de santé qui savent comment faire accepter la RQTH à leurs patients. Comme pour l'acceptation de la dépression comme maladie, la prise (significative) de médicaments peut légitimer le titre d'invalide. C'est le cas de Claudine à qui le médecin a fait cette injonction de point de vue : « *j'ai dit « mais non je suis pas invalide », elle m'a dit si, regardez tout votre dossier, regardez tout ce que vous prenez, vous êtes invalide, vous ne pouvez pas aller travailler avec tous ces traitements-là* ». Le professionnel de santé peut aussi faire adopter au patient le modèle collectif du handicap, qui permet alors de déculpabiliser le sujet en plaçant la tare sur son environnement : Séverine « *Alors le médecin du travail m'a expliqué que j'étais pas inapte en tant que personne mais que j'étais inapte à travailler dans ce poste-là dans cette entreprise là en fait. Dans ces cas-là c'est eux qui sont inaptes* ».

Enfin, l'acceptation de la RQTH finit par s'opérer avec la prise en compte de ses avantages. Le statut est connu comme constituant un avantage pour s'insérer professionnellement mais aussi pour « *prendre le temps de se reconstruire* » (Nathalie).

Ressentir socialement sa dépression

Comme dit dans l'introduction, la dépression est assimilée par le sens commun au champ lexical de la féminité, de la tristesse et de la fragilité. Ce contraste entre les représentations associées au trouble dépressif et les représentations associées au genre masculin, et qui plus est au père de famille, crée une frustration palpable chez les enquêtés de sexe masculin.

Georges est un père de famille divorcé de 56 ans. Entamant sa deuxième prestation chez

³³ Voir page 8

ARIHM, il a souffert de plusieurs dépressions depuis ses 21 ans. Ayant déjà assisté à un de ses rendez-vous individuel avec un coach professionnel, le contact se fait de manière assez aisée. Georges est assez ouvert et se livre facilement, malgré sa difficulté à trouver ses mots et ses nombreuses digressions dans lesquels ils se plaignent de problèmes de la vie quotidienne. Le regard fuyant et d'un ton mal à l'aise, il me déclare que sa dépression représente une entrave à sa virilité, ce qui est une des raisons pour lesquelles il vit mal son trouble et a toujours eu du mal à l'accepter.

« Ben c'est pas très valorisant par rapport à une femme hein. [...] Ben par rapport aux conventions auxquelles j'ai été habitué par rapport au fait que le père de famille il doit remplir, voilà, ramener le salaire ainsi de suite quoi. Voilà. »

Georges, bénéficiaire de ARIHM, 56 ans

On retrouve un discours similaire chez Malik, chauffeur de taxi d'une cinquantaine d'années. Père de famille d'origine maghrébine, Malik est entré dans une lourde dépression suite à une erreur médicale où on l'a diagnostiqué d'un cancer, ce qui l'a beaucoup affecté et a causé des conséquences irréversibles sur sa santé psychique selon lui. Diagnostiqué d'une maladie génétique mortelle, celui-ci avait dû se conforter à l'idée de mourir et laisser sa famille et ses proches. Quand il a appris que c'était une erreur et qu'il n'allait pas mourir, ce n'était pas le soulagement qui était au rendez-vous mais plutôt la haine et la rancœur qui se mélangeait à sa peine et à sa vision « morbide » de sa vie. Il m'explique, de sa voix cassée de manière chronique suite à une surconsommation de tabac, qu'il se sent incapable de parler de sa dépression à son entourage de par ce qu'il représente : « homme », « de cinquante ans », « un mètre quatre-vingt », « maghrébin » semblent être des éléments propres à sa personne incompatible avec la dépression pour son entourage. Cette forme de barrière à l'acceptation du trouble est retrouvée exclusivement chez les personnes interrogées de sexe masculin. On peut pointer le rôle des représentations sociales associées à la masculinité (force, courage, domination) qui entrent en contradiction avec celles de la dépression. On peut aussi, encore ici, prendre en compte le facteur de la socialisation genrée qui apprend aux hommes dès le plus jeune âge à se conformer à ce que la société attend d'un garçon, puis d'un homme en adoptant certains comportements.

Qualifier sa dépression

Du latin *depressio*, qui signifie « enfoncement » et du participe passé de *deprimere*

signifiant « passer de haut en bas », le terme dépression est médicalement défini par affaiblissement de l'énergie physique ou morale. Ce terme est plus que jamais riche de sens ; connu de tous, le mot « dépression » est souvent utilisée avec dérision.

Le terme dépression est alors bien reçu dans les interactions quand il est utilisé avec second degré pour qualifier notre état après avoir passé une mauvaise journée ou quand une situation ne nous plaît pas. Cet usage du mot rejoint la question de l'amalgame entre trouble dépressif et déprime passagère contribuant à faire passer l'individu dépressif comme quelqu'un qui manque de volonté et dont le trouble n'a pas d'origine extérieure à sa personne. Cette démocratisation du terme « dépression » permet aussi aux personnes qui en souffrent de le reconnaître facilement. En effet, la plupart des individus enquêtés n'ont pas de mal à qualifier leur trouble de « dépression », « trouble dépressif » ou « pathologie » (car on aussi fait tout un travail d'acceptation de leur dépression comme maladie et handicap comme vu précédemment).

Bien que les enquêtés n'aient pas de mal à utiliser le terme de dépression pour qualifier leur trouble, il en est autrement quand il s'agit d'en parler autour d'eux. Selon Nathalie, le terme de dépression est un mot qui « fait peur », laissant les gens mal à l'aise ne sachant pas comment réagir. Le stigmatisme qu'est la dépression perturbe l'interaction du côté de la personne « normale » car crée une incertitude sur l'identité de la personne « anormale » et crée donc un malaise sur la manière d'agir face à elle et à sa forme de déviance³⁴. Pour pallier ce genre de malaise, cette dernière utilise des stratégies pour maquiller son trouble en utilisant d'autres termes différents.

« C'est plus simple d'utiliser le mot burn-out plutôt que dépression. Dépression c'est mal perçu... J'sais pas j'ai l'impression que ça fait peur c'est comme à l'époque on disait qu'on avait le cancer quoi... Je trouve que ça déstabilise les gens, ils savent pas quoi dire, quoi faire. Donc voilà... Burn-out c'est mieux, c'est un plus joli mot [rires]. Parce que c'est un mot à la mode... ça fait référence à quelqu'un qui a beaucoup travaillé, voilà. Plutôt quelqu'un de dépressif, c'est quelqu'un qui n'a pas de volonté. »

Nathalie, bénéficiaire de ARIHM, 49 ans

³⁴ Myriam Winance. « Handicap et normalisation. Analyse des transformations du rapport à la norme dans les institutions et les interactions ». *Politix*, n° 66 (2004).

On retrouve ici dans cette citation de l'entretien de Nathalie différents éléments l'empêchant d'utiliser le terme de dépression. Le premier est l'effet qu'il a sur les autres : l'annonce d'une dépression suscite dans un groupe un phénomène de « malaise » articulé par de l'incompréhension dans laquelle les individus ne savent pas comment réagir ce qui crée un désordre dans l'interaction entre le « normal » et « l'anormal »³⁵. Le second est l'effet qu'il a sur elle-même de par le regard des autres : elle n'utilise pas le terme de dépression car ne veut pas être stigmatisée et associée à la lâcheté. On voit ici l'impact des représentations autour de la dépression sous-tendant l'idée qu'une personne dépressive manque de volonté. Cet extrait de témoignage rend aussi compte que les noms de pathologies psychiques, même si elles sont similaires sur le point de vue clinique (les symptômes du burn-out et de la dépression étant assez similaires) peuvent être assignées à des représentations antagonistes (burn-out associé au travail acharné et dépression associé au laisser-aller). Cela montre que les différents troubles psychiques sont stéréotypés et donc peu connus par le sens commun.

Une autre stratégie peut être envisagée pour éviter toute forme de marginalisation : la dérision. Séverine est une femme de 49 ans suivie par ARIHM pour des troubles anxio-dépressifs. Suite à l'accouchement sous X de sa fille unique et du comportement violent de son mari envers elle, elle souffre de ses troubles psychiques depuis maintenant quatre ans. Cette dernière, lorsqu'elle en parle autour d'elle, n'utilise pas le terme de dépression ou de troubles anxio-dépressifs mais dit qu'elle est « *folle de la tête* ». Cette stratégie consistant à caricaturer sa situation lui permet de « dédramatiser » son trouble par le biais du second degré. On retrouve ici cette fois-ci l'effet de l'assignation à la folie. En se qualifiant de « *folle de la tête* », Séverine fait entrer son interlocuteur dans la sphère de l'humour en stigmatisant elle-même son trouble, empêchant alors la personne en face d'elle de le faire. On voit encore ici que la présence du stigmat (dépression) est susceptible de perturber l'interaction, et que donc pour éviter cette perturbation, l'individu stigmatisé contrôle à son avantage les informations relatives à son stigmat, ici en faisant de l'humour pour détendre l'atmosphère (et éviter le « malaise » évoqué par Nathalie).

On observe donc dans cette partie différents éléments et variations qui ne sont pas

³⁵ Erving Goffman. *Stigmate*. Les éditions de minuit., 1975.

forcément liées au genre. En effet, les enquêtés souffrant de dépression ont différentes manières d'approcher la dépression comme une maladie (« maladie comme une autre », « grosse maladie », maladie incurable). Ils ont aussi, de par leur forme de handicap invisible, du mal à accepter leur statut de personne « handicapée » et ont un travail d'acceptation à faire (que n'ont pas les personnes handicapées physiques).

On observe aussi plusieurs variations genrées. Tout d'abord, les hommes et les femmes n'ont pas la même manière de parler de leur souffrance (ce qui va de pair avec leur différence dans la manière d'exprimer leur mal-être qu'on a évoqué dans la partie précédente). De plus, les hommes expriment une réelle frustration face à la dépression de par les représentations sociales associées à la dépression étant antagonistes avec les représentations sociales associées au genre masculin. Cette auto-stigmatisation constitue alors une barrière à l'acceptation du trouble. Du côté des femmes existe aussi une forme de honte vis-à-vis de leur titre de « dépressives » à laquelle elles doivent faire face, mais cela ne représente pas une barrière à l'acceptation du trouble (et constitue seulement une contrainte dans les interactions sociales).

III) Les usages sociaux du trouble

Après avoir étudié le ressenti personnel du sujet sur sa maladie, nous allons désormais nous intéresser à ce qu'on appelle ici les « usages sociaux du trouble » : comment le sujet a parlé (ou pas parlé) de sa dépression à son entourage, quelles ont été leurs réactions et quels rôles ont-ils joués dans le rétablissement de la maladie du sujet et dans son parcours de vie.

S'intéresser à la « carrière dépressive » c'est s'intéresser au rôle joué par l'entourage en tant que déterminant de la réinsertion³⁶. En effet, la trajectoire du malade est définie par différents acteurs dont le sujet, le corps soignant et la famille et le travail de gestion de la maladie est opéré par les interactions entre chacun d'entre eux. Le rôle de la famille est d'apporter au malade un soutien émotionnel et social. La prévention faite par l'INPES autour de la dépression insiste sur le rôle essentiel que doit jouer l'entourage du sujet. En effet, il doit comprendre que c'est une maladie (doit faire le même travail que le sujet pour séparer son état psychique normal de l'état pathologique de la maladie), l'aider à consulter et lui apporter du soutien tout en gardant une « bonne distance » avec lui³⁷. Mais ici aussi, les représentations sociales associées à la maladie peuvent influencer la réaction de l'entourage et donc le rôle qu'il va jouer dans le rétablissement de la maladie.

En effet, comme nous l'avons vu dans le volet précédent, la dépression peut constituer un stigmatisme pour l'individu et donc créer des désordres dans ses interactions et relations avec les membres de son entourage. La dépression constituant un handicap, et donc un stigmatisme invisible, l'individu est discréditable et a donc la possibilité de contrôler l'information sociale qui le concerne pour ne pas être discrédité³⁸ (ne pas en parler à ses proches), ou bien faire le choix d'en parler pour être aidé.

Ceux à qui ils n'en parlent pas

³⁶Sicot, François. « La maladie mentale, quel objet pour la sociologie ? » *Déviance et Société* Vol. 30, n° 2 (2006) : 203-32.

³⁷Briffault, Xavier, Aude Caria, et Claude Finkelstein. « La dépression : en savoir plus pour en sortir ». INPES, 2007.

³⁸ Erving Goffman. *Stigmatisme*. Les éditions de minuit., 1975.

On retrouve une forme de blocage chez certains parents dépressifs à parler de leur trouble à leur enfant. En effet, il arrive même que le parent dépressif cache volontairement et sur le long terme son diagnostic à ses enfants. Sylvie est une salariée bénéficiaire de ARIHM de par une dépression causée par un harcèlement professionnel. Cette mère de 61 ans décide de ne pas parler du trouble dépressif dont elle souffre depuis huit ans à ses enfants. En effet, ces deux enfants adultes ayant pris leur indépendance, savent uniquement qu'elle a un « problème de moral », ils ne sont pas au courant pour le diagnostic et le traitement de leur mère. Sylvie, apparemment de tempérament fermée et réservée, m'explique d'un ton ferme qu'elle ne veut pas en parler à ses enfants pour ne pas leur « prendre la tête » et que c'est « son problème à elle ». En développant, elle exprime leur cacher par peur que cette nouvelle constitue une entrave à leur bien-être et à leur bonheur, pour ne pas qu'ils se « fassent du mouron ».

« D'abord parce que ma fille elle habite en Australie donc c'est pas la peine qu'elle se fasse du mouron à l'autre bout de la planète, elle a autre chose à faire, elle a ses deux enfants, elle travaille, voilà. Et mon fils il habite à Vitry-sur-Seine, il fait ses examens, je vais pas lui prendre la tête avec ça. »

Sylvie, 61 ans, bénéficiaire de ARIHM

Claudine, 53 ans, aussi mère d'un fils et d'une fille ayant pris leur indépendance, a préféré leur cacher aussi. Bien qu'ils aient fini pas voir la dépression de leur mère par eux même de par différents signes et événements (bouteilles d'alcools cachées sous son lit découvertes par sa fille, deux tentatives de suicide qu'a vécu son fils), elle leur a caché son diagnostic et son traitement pendant longtemps. Comme Sylvie, Claudine explique qu'elle ne leur en a pas parlé pour ne pas entraver leur bien-être. Mais ne pas vouloir inquiéter ces enfants n'est pas l'unique raison pour laquelle elle leur avait caché, elle avait aussi peur que cette nouvelle constitue une entrave pour la réussite de ses enfants, qui ont apparemment un certain potentiel dont elle est fière.

« Surtout la grande qui est à La Rochelle, elle faisait ses études à La Rochelle, j'ai dit si je lui dis que je suis en dépression est-ce que elle va pouvoir réussir ? Parce que ils font toujours partie des meilleurs des meilleurs, par exemple ma fille quand elle a fait sa soutenance ils étaient 127 et elle faisait partie des 10 premiers. Donc j'ai dit, ils sont bien, ils travaillent bien, faut pas que je leur parle de ça parce que ça va gâcher peut-être leur avenir, ils vont commencer par penser à maman, maman

elle est seule, qu'est-ce qu'elle est en train de faire, elle est dépressive, est-ce qu'elle va pas se suicider... »

Claudine, 53 ans, bénéficiaire de ARIHM

Ces différents éléments mettent en lumière deux conditions constituant le rôle de mère : le devoir de garantir le bien-être et la réussite de ses enfants. Ici, Sylvie et Claudine sacrifient leur propre santé au détriment du bonheur et de la réussite de leurs enfants. Car en effet, en ne parlant pas de leur problème de santé psychique à leur enfant, elles ne permettent pas l'émergence du soutien émotionnel et social d'une partie de leur entourage (leurs enfants) qui pourrait jouer en faveur de leur réinsertion. Ce qui est appelé le « rôle de mère » est effectivement mis à mal lors de la dépression. Faire à manger, faire les courses, apporter une énergie positive au foyer, sont des éléments constitutifs du rôle de la mère qui sont empiétés par la dépression. Une stratégie de lutte est alors mise en place par la mère pour cacher cette altération de ses fonctions maternelles.

« J'étais quelqu'un de plutôt dynamique, je riais beaucoup. J'écoutais et je parlais beaucoup avec mes enfants, bon ben c'est vrai que même avec la dépression j'ai continué. J'étais là mais, c'est épuisant, à un moment ça devient épuisant. C'est un vrai effort. Tout est effort en fait. Tout est subi, tout est contrainte. Et vous n'attendez qu'une chose c'est de vous mettre au lit. »

Sylvie, 61 ans, bénéficiaire de ARIHM

« Moi je pense qu'elle sait pas (sa fille) ce que c'est exactement. Comme beaucoup de gens au final... Elle a pas vu trop la différence parce que j'ai continué de lui faire à manger, fin lui faire à manger entre guillemets... Parce que je fais rien de vraiment spécial, mais j'ai continué à jouer mon rôle quoi. »

Nathalie, 49 ans, bénéficiaire de ARIHM

Un père de famille peut aussi cacher volontairement sa dépression à ses enfants, mais les motifs de cette dissimulation ne sont pas du tout les mêmes. Georges a deux filles qui ont la vingtaine et ne leur a jamais parlé de son trouble dépressif. Il les soupçonne cependant de savoir que quelque chose ne va pas compte tenu du fait qu'il ne se cache pas pour prendre ses médicaments et pense que leur mère (avec qui il est séparé) leur en a possiblement parlé.

« [K] *Et par rapport à vos filles, pourquoi est-ce que vous ne leur en parlez pas et vous ne leur en avez jamais parlé ?*

[G] *Ben je pense qu'il y a un sentiment de honte aussi. Y'a toujours on va dire le côté un peu hôpital psychiatrique qui ressort, où on internait les gens à l'époque et ceci, ils étaient fous, enfin voilà quoi »*

Georges, 56 ans, bénéficiaire de ARIHM

Si Georges ne parle pas de sa dépression à ses filles, c'est parce qu'il en a honte. Cette honte s'appuie ici sur les représentations de la dépression associées à la folie et à démence. Comme on l'a vu dans le volet précédent sur le vécu personnel du trouble, Georges a déjà du mal à accepter lui-même sa dépression, ce qui représente donc un obstacle à en parler aux autres, et même à ses filles, par peur d'être stigmatisé. Malik, qui lui aussi rencontre une difficulté à personnellement être à l'aise avec sa dépression, n'en parle pas non plus à ses enfants. Ce dernier parle de son expérience avec la dépression seulement avec ses clients, avec qui il se livre sans tabou, ou à ses collègues. D'ailleurs, selon lui, il y a beaucoup de dépression chez les chauffeurs de taxi. Mais comme évoqué dans le volet précédent, Malik n'en parle à absolument personne de sa famille compte tenu du contraste entre les représentations associées à sa personne (homme, grand, corpulent, maghrébin) et celles associées à la maladie, y compris sa propre femme et ses propres enfants. D'ailleurs, sa femme aussi souffre de dépression, mais ils n'en ont jamais parlé ni entre eux ni à leurs enfants, qui cependant sont témoins de nombreux signes comme dormir toute la journée ou ne plus faire à manger. Ici, les pères sacrifient aussi leur santé en refusant d'en parler à une partie de leur entourage et donc empêchant un éventuel soutien social favorisant la réinsertion. Mais contrairement aux mères, ces pères ne font pas ce sacrifice au détriment du bonheur et de la réussite de leurs enfants mais le font pour protéger leur propre image d'homme viril et contrôlant. En effet, le fait que Georges ait honte d'en parler car peur d'être associé à la folie et à la démence n'est pas à éloigner du concept de masculinité. Être considéré comme « fou » et « aliéné » signifie ne plus être garant et responsable de sa personne, et donc s'éloigner de l'image de l'homme contrôlant, l'invulnérabilité et le contrôle étant des caractéristiques propres à la « virilité ». Cette stratégie leur permet non seulement d'éviter toute forme de stigmatisation mais empêche aussi la dé-légitimation de leur domination sur leurs enfants en n'abîmant pas cette image de père garant de la sécurité du groupe (Georges : « *le père de famille il doit remplir, voilà, ramener le salaire ainsi de suite quoi* »). Ces éléments ne mettent pas ici des conditions propres au rôle de père mais des conditions propres au rôle d'homme, étant donné que cette stratégie s'opère non pas dans l'intérêt des enfants mais dans

l'intérêt personnel du père de famille.

Ces stratégies empêchant les hommes de recueillir du soutien par leur entourage pour sauvegarder leur image est un phénomène observé en sociologie de la santé. En effet, en 1997, la sociologue Sylvie FAINZANG évoque dans un article des « stratégies paradoxales » dans la conduite des malades³⁹. Ces stratégies paradoxales sont des conduites adoptées par les malades à des fins thérapeutiques, sociales, ou relationnelles face à leur trouble qui empirent l'état de leur maladie. Les recours thérapeutiques adoptés par l'individu sont en relation avec l'interprétation que la personne a de sa maladie. Elle donne l'exemple des hommes alcooliques qui refusent de consulter des psychologues mais préfèrent consulter des médecins généralistes car ne veulent pas être assignés à la folie : leur interprétation de leur trouble (je ne suis pas fou) leur fait adopter une stratégie qui ne joue pas en la faveur de leur état de santé (le suivi par un psychologue serait sans doute plus thérapeutique que le suivi d'un médecin généraliste). Le fait de privilégier d'autres valeurs avant la valeur santé (valeurs relationnelles, valeur de l'estime de soi, valeur professionnelle...) décale la perception de la maladie et les conduites pour y faire face. Ce concept de stratégies paradoxales est à mettre en relation avec ce qui se passe dans la dépression masculine : l'homme fait passer avant sa santé son statut d'homme « viril » et par conséquent n'en parle pas autour de lui, ce qui l'isole de toute forme de soutien et empire l'état de son trouble qui se révélera sévère par la suite. La mère de famille adopte aussi une stratégie paradoxale en se forçant à continuer de remplir ses fonctions de mères pour le bien-être de ses enfants alors que cela a un effet pathogène sur son état de santé psychique (Sylvie : « *Et vous n'attendez qu'une chose c'est de vous mettre au lit.* »).

Ceux à qui ils en parlent

Il est plus facile pour les sujets de parler de leur dépression à d'autres membres de leur entourage, comme notamment leurs frères et sœurs. En effet, les sujets ne ressentent en général pas d'appréhension à leur partager leur pathologie et ces pairs leur apportent une forme de soutien. Claudine par exemple, en a parlé à son frère aîné qui lui a apporté ou soutien significatif et l'a traité à base de plante. Filipe lui, en a parlé à son frère, ce qui lui a permis de l'appeler en

³⁹ Fainzang, Sylvie. « Les stratégies paradoxales. Réflexions sur la question de l'incohérence des conduites des malades ». *Sciences Sociales et Santé* 15, n° 3 (1997): 5-23.

urgence un jour ou il sortait du travail en pleurs avec une volonté de se suicider. Son frère l'a ensuite emmené chez le médecin. On voit ici que l'entourage, quand il est au courant du trouble, peut remplir sa fonction de soutien émotionnel et social et jouer donc faveur de la réinsertion de l'individu dépressif. Il est aussi plus facile pour le sujet dépressif de parler de son trouble à ses amis qui, comme les frères et sœurs, apportent en général une forme de soutien. C'est le cas de Georges, qui a parlé de sa dépression à un ami d'enfance qui, en guise de thérapie, lui a proposé de passer un séjour dans la maison de campagne de ses parents afin d'aider à la reconstruire, ce qui a permis à Georges de se « changer les idées » et d'aller mieux. Séverine a elle aussi bénéficiée de moyens thérapeutiques apportés par des pairs. En effet, baptisée peu de temps avant sa « carrière dépressive », c'est pendant cette période qu'elle s'est réellement investie dans la religion et a créé des liens forts avec les gens de l'Église qu'elle fréquente, groupe de pairs qu'elle qualifie comme étant sa « famille d'accueil ». Peu de temps après s'être intégrée à ce groupe, son Église lui a proposé d'aller à Lourdes, ce qui lui a fait beaucoup de bien (*« Je voyais des gamins de 20 ans complètement paralysés cassés dans tous les sens, et qui avaient une patate... Une joie de vivre ! J'ai pris un bon coup de pompes au cul quand même en allant là-bas je regrettes pas. »*). Cette « famille d'accueil » sont conscients de sa dépression car l'ont constaté par eux même de par des signes visibles et car elle leur en a parlé par la suite. Ils lui ont donc apporté le soutien qu'il lui fallait.

« Ils m'ont donné à manger quand j'en avait pas, ils m'ont apportés leurs épaules, leurs oreilles. Sans, pas de préjugés quoi, pas de... Je me suis pas sentie jugée même si au début j'étais un petit peu, ben comme on a vus tout à l'heure hein, je sortais très peu de chez moi, j'allais à la messe je regardais mes pompes, je rentrais chez moi. Enfin voilà. Mais... Oui c'est ça, leur regard neutre en fait, ils ont été capables d'avoir un regard neutre sur ce qui arrivait. Ça m'a, ça m'a aidé oui bien sûr. »

Séverine, 49 ans, bénéficiaire de ARIHM

Cependant, les pairs à qui le sujet parle de sa dépression ne remplissent pas systématiquement cette fonction de soutien émotionnel et social. On peut aussi observer, notamment de la part du conjoint avec qui la relation est difficile, une forme d'incompréhension voir même de rejet. Georges a parlé de sa dépression à son ex-femme lorsqu'il était avec elle. La situation étant tendue entre eux, selon lui elle ne lui apportait pas de soutien.

Séverine à quant à elle beaucoup souffert du rejet et de la stigmatisation de son ex-mari

avec qui elle était depuis huit ans. En effet, la nouvelle de l'accouchement sous X de sa fille a été un traumatisme qu'elle n'a pas pu supporter. La voyant dans un état de souffrance psychique, son mari, qui, de par les éléments ressortant à son propos pendant l'entretien, a l'air particulièrement violent avec elle, lui a fait comprendre qu'elle était « folle » et l'a donc envoyée aux urgences (« *Il m'a collé aux urgences, si je me souviens bien, il m'a dit que j'étais folle que j'avais besoin de me faire soigner* »). Alors fragile et bouleversée par les événements, Séverine n'a pas remis en question cette assignation à la folie et ce traitement inapproprié de son mari envers elle quand elle est arrivée aux urgences : « *j'ai dit au psychiatre il faut m'hospitaliser, je suis folle* ». Alors prise en charge, Séverine ne voulait pas rentrer chez elle car avait peur de son mari. Elle a donc été transmise dans une clinique psychiatrique pas du tout adaptée à sa problématique de santé et en est alors sortie prématurément. En effet, dans le service où elle était hospitalisée, il y avait toute sorte de pathologies dont des pathologies qu'elle qualifie de lourdes (Alzheimer, troubles psychotiques). Lorsqu'elle est retournée chez elle et son mari, son état psychique s'était empiré, il l'a donc cette fois « *foutue à la porte* ». Son mari, qui l'a « *enfoncé par tous les moyens* » n'avait pas d'intérêt à la soutenir car avait une « *triple ou quadruple vie* » selon elle. Il se trouve que ce dernier travaillait dans la même entreprise que Séverine et avait un poste important. Ce statut particulier lui a alors permis de dire à toute l'entreprise que Séverine était « folle dingue ».

Avec du recul, Séverine est aujourd'hui consciente que l'association faite entre sa détresse psychique et la folie, si présente dans son discours et ses usages sociaux du trouble (« *je leur dit que je suis folle de la tête* », « *eux ils sont handicapés physiques et moi je suis folle* »), a été induite par son ex-mari (« *il me l'a bien mis dans la tête* »). Le comportement de son mari de faire comprendre à sa femme qu'elle est folle et qu'elle doit être hospitalisée car présente les symptômes de la dépression en dit long sur sa perception archaïque du trouble. En effet, son réflexe de l'envoyer aux urgences pour des pleurs et une humeur déprimée montre qu'il perçoit la souffrance psychique comme associée à la démence devant être pris en charge par un corps savant (service des urgences) en réalité pas du tout destiné à ce genre de problématiques de santé. Le fait qu'elle ait accepté d'y être interné montre donc son approbation à l'idée induite par son mari qu'elle « est folle » et doit « se faire soigner ». La poursuite de son parcours médical dans un service avec toute pathologies confondues, dont pathologies « lourdes », illustre aussi bien sa perception d'elle-même comme d'une « folle dingue ». Chez cet homme, on pourrait penser que cette assignation de son ex-femme à la folie et à la psychiatrie soit basée sur l'assignation qui a été faite pendant longtemps en médecine et en psychiatrie entre le corps

de la femme et la folie (qui est évoqué page 15-16, avec par exemple le lien établit entre la ménopause et la dépression par KRAEPLIN ou encore la construction de l'hystérie féminine par Jean-Martin CHARCOT) ayant encore des conséquence aujourd'hui sur les imaginaires collectifs (notamment des hommes). Nous ne sommes donc ici plus en dynamique comparative où l'homme et la femme sont côtes à côtes face au vécu de la dépression, cette interaction dresse une dynamique de confrontation dans laquelle l'homme va jouer un rôle dans le vécu de la femme en s'appuyant sur des clichés encore bien existants qu'il articule de par sa position dominante.

On voit dans cette partie que l'homme comme la femme décident de cacher leur trouble à leurs enfants dans le but respecter leurs différents rôles sociaux (de père et de mère). Le père fait cela dans le but de garantir son statut de garant de l'autorité du foyer et la mère pour continuer de garantir le bien-être de ses enfants et pour continuer de remplir ses fonctions de mère (communiquer et s'occuper des enfants). Les représentations sociales ont aussi un poids dans ce comportement des pères de cacher leur dépression à leurs enfants. Ces hommes ont déjà du mal à vivre personnellement leur dépression et donc cela ne ferait qu'alourdir leur auto-stigmatisation. Ces stratégies de défenses adoptées par ces hommes et ces femmes les prive d'un éventuel soutien que pourraient leur apporter leurs enfants, ce qui pourrait jouer en faveur de leur réinsertion.

Les différentes personnes enquêtées parlent de leur dépression plus facilement à leurs amis ou leurs frères et sœurs qui leur apportent une forme de soutien émotionnel et social et favorisent donc leur réinsertion. Chez certains enquêtés, le conjoint avec qui la relation ne se passe pas bien peut fournir de l'incompréhension et du rejet envers le sujet, mais on voit que ces comportements n'ont pas les mêmes effets sur la trajectoire de l'homme et de la femme. En effet, chez l'homme (Georges), ce comportement de la conjointe résulte simplement d'un manque de soutien, tandis que chez la femme (Séverine), l'incompréhension du conjoint a des conséquences violentes. En effet, on voit à travers le cas de Séverine que le conjoint ressentant de l'incompréhension, du rejet de la stigmatisation envers sa femme souffrant de dépression, est capable de définir sa « carrière dépressive ». Cette association à la folie et le traitement qu'a subie Séverine est lié à sa condition sociale de femme : cette soumission à la perception stigmatisante du conjoint ne peut s'opérer que si le sujet est dans une position dominée. Ici l'homme assigne la femme, sur qui il a rapport dominant, à la folie, ce qui fait sens pour le dominant comme pour le dominé compte tenu d'une réalité socio-historique dans laquelle les

femmes ont toujours été facilement associée à la folie et à la psychiatrie. On voit ici que les rapports de sexe qui organisent et structurent l'espace social ne s'arrêtent pas aux portes des hôpitaux et des cabinets médicaux⁴⁰.

⁴⁰ Béliard, Aude. « Introduction ». In *Des familles bouleversées par la maladie d'Alzheimer*, Érès., 9-21. Toulouse, 201

IV) Le parcours médical

Comme présenté dans l'introduction, la non-consultation et le non-traitement du trouble dépressif est significatif et constitue un problème majeur de santé publique. Les patients souffrant de troubles dépressifs auraient un taux de consultation allant de 20 à 50%. Près de la moitié des personnes dépressives déclarent n'avoir jamais été soigné⁴¹. Dans une enquête de l'Observatoire Régional de Santé Mentale des Hauts-de-France⁴², 55% des répondants (personnes à symptomatologie dépressive) soulignent des difficultés d'accès aux soins. La majorité d'entre eux n'ont pas confiance aux professionnels de santé mentale. Il est précisé dans les différentes études sur le non-accès aux soins chez les troubles dépressifs que les femmes ont significativement plus recours aux soins que les hommes (consultent proportionnellement plus et sont plus traitées). Malgré une amélioration du taux de recours aux soins en 2005 et 2010 (dont on constate tout de même une plus forte augmentation chez les femmes que chez les hommes), le sentiment d'information sur la nécessité de consulter reste bas.

Nous avons ici une population qui a recouru aux soins. En effet, les bénéficiaires de ARHIM ont, pour la plupart, la RQTH (qui est faite par un professionnel de santé) et même s'ils ne l'ont pas, ils bénéficient dès le début de leur prestation d'un rendez-vous avec un des psychiatres de la structure qui évalue leur état psychique/mental et leur aptitude à réaliser leur prescription. Nous n'avons donc ici pas accès à une population qui n'aurait pas eu recours aux soins (population constituant environ la moitié des personnes dépressives selon la littérature). Nous ne pouvons donc pas ici mesurer un élément très présent dans la littérature et dans les entretiens avec les psychiatres : l'idée que l'homme, de par sa socialisation et les représentations sociales, façonnant ses pratiques face à sa santé, refuserait de consulter (étant donné que tous les hommes interrogés ici ont consultés). Il semble cependant pertinent d'étudier leurs différentes trajectoires médicales pour y mettre en lumière d'éventuelles variations. On pourra donc dire que ces variations de genre représenteraient une « partie émergée de l'iceberg », car seraient palpables dans un échantillon constitué uniquement d'individus faisant partie de la moitié des individus dépressifs ayant consultés (conséquence de l'effet de sélection⁴³), quand on sait,

⁴¹ Lamboy, B., et C. Léon. « Prise en charge des personnes souffrant de troubles dépressifs ». *L'Encéphale* 32 (2006).

⁴² Dupuis, Emeline. « Non-recours aux soins et troubles dépressifs ». Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale des Hauts-de-France, 2016.

⁴³ Voir page 22-23

d'après les chiffres, que les hommes ont moins recours aux soins que les femmes.

Démarrer son parcours médical

On observe bon nombre de variations entre les différents parcours médicaux qui sont très hétérogènes chez les individus enquêtés. Cette hétérogénéité témoigne d'une pluralité des approches du trouble dépressif, d'une pluralité du rapport au corps médical mais aussi d'une pluralité des résultats de ces suivis médicaux.

On constate trois types de démarrage du parcours médical (qui démarre dans presque tous les cas par le médecin généraliste) : il y a ceux qui sont poussés à consulter par un membre de leur famille, ceux qui consultent pour avoir un arrêt de travail, et ceux qui ont déjà un suivi régulier avec leur médecin traitant, qui leur diagnostique alors une dépression (cas unique de Claudine).

Pour Filipe, Georges et Sylvie, la première consultation vers un médecin généraliste n'a pas été faite de leur propre initiative mais c'est un membre de leur famille qui les a poussés à y aller. Filipe a été conduit chez le médecin par son frère suite à des pensées suicidaires qu'il lui a communiquées, Georges a été envoyé en urgence par sa mère vers un médecin lors de son premier épisode dépressif quand il avait 21 ans et Sylvie a été poussée à consulter par son fils (*« Ben c'est un matin j'allais pas bien du tout, j'étais agitée, mon fils était là il m'as dit « je te prends les clés du voiture tu pars pas, tu prends rendez-vous chez le médecin » »*).

Après avoir été victime d'une erreur médicale, Malik, très affecté sur le plan psychique par cette confrontation avec la mort, a consulté un médecin généraliste afin d'être arrêté dans son emploi de chauffeur de taxi. C'est aussi le cas de Nathalie, qui a commencé par consulter un médecin généraliste pour avoir un arrêt maladie. Elle a ensuite continué à consulter ce médecin en parallèle avec son suivi avec un psychiatre pour que celui lui ci lui fournisse des arrêts de travail : elle ne voulait pas que l'arrêt soit signé par un professionnel de santé mentale.

« C'est lui qui me mettait des arrêts maladies au début peut être pour pas qu'il y ait marqué psychiatre. [...] J'avais pas envie qu'ils sachent que c'était un psychiatre, ça n'apparaît pas sur le volet numéro 3 de la sécurité sociale que c'est un psychiatre. Mais... Bon. Je m'étais dit ben peut-être que s'ils font une recherche...

[...] *Quand on voit un psychiatre aussi c'est pareil c'est pas... C'est pour les gens faibles, pas reconnu. Enfin je veux dire... C'est la même chose : parler de dépression et d'un psychiatre, qu'on fait une thérapie, des choses qui se font pas dans le monde du travail quoi. »*

Nathalie, bénéficiaire de ARIHM, 49 ans

On constate ici chez Nathalie non pas un sentiment direct de honte lié à l'association de la dépression à la faiblesse mais une conscience de cette représentation de la dépression et plus largement de la consultation d'un psychiatre dans son environnement professionnel. Pour ne pas être stigmatisée par ses collègues de travail, et pour maintenir son statut (étant responsable d'équipe), elle élabore alors une stratégie pour dissimuler cette prise en charge par un psychiatre qui pourrait être perçu comme un signe de faiblesse. On voit donc ici que la forme de honte que ressent Nathalie pour parler de sa dépression autour d'elle a des conséquences sur son parcours médical (et donc sur sa prise en charge et sa qualité).

Le médecin généraliste comme première étape

On observe que pour la quasi-totalité des enquêtés, la première consultation est la consultation d'un médecin généraliste. Cette tendance est observée dans la littérature scientifique. Selon une enquête européenne, 34,6% des patients souffrant de troubles dépressifs ont consulté un médecin généraliste et 21,4% un psychiatre. Une autre enquête réalisée en Ile-de-France accentue cette tendance avec les résultats suivants : 41% ont consultés un médecin généraliste et 14,5% un psychiatre⁴⁴. Dans l'enquête de l'Observatoire Régional de Santé Mentale des Hauts-de-France, 57% des répondants à symptomatologie dépressive ont débutés leur parcours médical en consultant un médecin généraliste.

Un des arguments donnés pour cette expliquer cette première orientation est la proximité avec le médecin généraliste (Claudine : « *Mon médecin généraliste je la connaissait depuis la grossesse de mon dernier qui a 20 ans aujourd'hui. Donc je lui parlais souvent de ce qui se passait au travail et elle me conseillait* »). Il est effectivement plus simple pour le sujet de parler de sa symptomatologie dépressive d'abord médecin traitant car il connaît le patient, ses antécédents, son climat familial, son intimité. Les médecins généralistes déclarent eux aussi

⁴⁴ Lamboy, B., et C. Léon. « Prise en charge des personnes souffrant de troubles dépressifs ». *L'Encéphale* 32 (2006).

avoir un rapport de confiance et « d'humanité » avec le patient que n'a pas le psychologue ou le psychiatre⁴⁵. Cette relation se bâtirait surtout grâce au suivi à long terme du sujet. Outre la proximité, le suivi régulier avec le médecin généraliste lui permet aussi d'être le premier professionnel à diagnostiquer la maladie et à la traiter (Claudine : « *Depuis la mort de maman je fais de la tension, donc tous les mois j'allais la voir pour mettre le tensiomètre mais quand je voyais que ça montait un peu j'allais tous les mois* »).

Dans les différents parcours de consultation des enquêtés, le médecin généraliste les redirige souvent vers des professionnels de santé mentale, la quasi-totalité des cas vers un psychiatre. Dans d'autres cas plus rares, le médecin généraliste prend en charge la dépression et le sujet choisit ensuite de son plein gré d'aller voir un psychiatre ou un psychologue (en même temps ou non). Selon une étude sur la prise en charge de la dépression en médecine de ville, la majorité des médecins généralistes français prennent charge chaque semaine des états dépressifs⁴⁶. Neuf médecins sur dix s'estimeraient efficaces dans la prise en charge de la dépression, 84% se pensent suffisamment formés pour diagnostiquer et traiter une dépression. Parallèlement, une personne dépressive sur quatre prise en charge par un médecin traitant ne serait pas traitée de façon appropriée. Les données recueillies ici montrent bien cette diversité de pratique des médecins généralistes face à la dépression ; certains prennent eux même le trouble en charge, ce qui n'est pas forcément adapté pour le sujet et sa problématique de santé, et d'autres préfèrent directement diriger le malade vers un professionnel de santé mentale (en général un psychiatre pour rester dans le médical). En ce qui concerne le traitement, les médecins généralistes qui prennent en charge des patients souffrant de dépression traitent leur trouble uniquement par médicaments (antidépresseurs et anxiolytiques). Si l'on se réfère à l'étude précédente, 66% des médecins généralistes interrogés proposent des antidépresseurs à leur patients. La prise en charge proposée au patient est en générale exclusivement médicamenteuse ou bien combinée (médicaments plus thérapie), et le traitement médical en question est souvent des antidépresseurs parfois accompagnés d'anxiolytiques. La proposition insuffisante de psychothérapie dans la prise en charge de la dépression par les médecins généralistes pourrait

⁴⁵ Linder, Audrey, Daniel Widmer, Claire Fitoussi, Yves de Roten, Jean-Nicolas Despland, et Gilles Ambresin. « Les enjeux de la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres ». *Santé Publique* Vol. 31, n° 4 (17 décembre 2019): 543-52.

⁴⁶ Hélène Dumesnil, Sébastien Cortaredona, Marie Cavillon, Fanny Mikol, Catherine Aubry, Rémy Sebbah, Hélène Verdoux et Pierre Verger. « Prise en charge de la dépression en médecine générale de ville », *L'information psychiatrique*, Volume 90 (2014): pages 341 à 352.

expliquer que, dans notre échantillon, les individus dépressifs pris en charges par leur médecin traitant aient décidé de consulter volontairement un autre professionnel de santé.

Accepter de voir un professionnel de santé mentale

En ce qui concerne l'étape de l'orientation vers un professionnel de santé mentale, on distingue aussi trois types de réactions : ceux qui n'hésitent pas car sentent en avoir besoin, ceux pour qui cela leur est égal et ne voient pas de réelle différence avec la consultation du médecin généraliste, et ceux qui y sont réticent car trouvent cela stigmatisant. Cette étape du parcours médical peut effectivement être vécue différemment que la première étape du médecin généraliste car désormais le sujet est sûr de souffrir de trouble de santé mentale. Peuvent alors s'activer les sentiments de stigmatisation existants chez certains des sujets à propos de la dépression et plus largement de la consultation d'un psychiatre. Claudine par exemple, n'était au début pas prête à consulter un professionnel de santé mentale car associait cela à la faiblesse (« *J'étais un peu butée parce que je me disais que j'étais forte, que j'allais m'en sortir sans consulter d'autres spécialiste* »). On voit ici que sa réticence à consulter un professionnel de santé mentale se base sur l'association de la souffrance psychique à la faiblesse. Georges lui ne pensais pas, au début de son premier épisode de souffrance psychique, avoir à consulter un psychiatre (qu'il a consulté de force au bout d'un mois de souffrance psychique), et l'a par la suite très mal vécu. Cette stigmatisation s'appuyait chez Georges sur l'assignation à la folie et à la psychiatrie de l'ancien temps.

« [G] *Y'a toujours on va dire le côté un peu hôpital psychiatrique qui ressort, où on internait les gens à l'époque et ceci, ils étaient fous, enfin voilà quoi. Bon moi la situation je l'ai pas forcément très bien acceptée non plus hein. De me faire, enfin déjà au départ...*

[K] *Vous aviez du mal avec l'idée d'aller voir un psy ?*

[G] *Ben déjà au départ c'était pas du tout dans mes pensées quoi. Puis bon ben après, après on se dit "ben oui je suis à moitié fou", enfin voilà... Des choses bêtes»*

Georges, bénéficiaire de ARIHM, 56 ans

Nous avons donc ici, sur un échantillon de sujets ayant consultés, des éléments nous éclairant sur les facteurs du nonaccès au soin dans les troubles dépressifs. Ces facteurs sont un sentiment de stigmatisation se basant sur les deux pôles antagonistes propres aux représentations de la

dépression et des problèmes de santé psychique que sont, d'un côté, l'assignation à la faiblesse et à la fragilité, et de l'autre, l'assignation à la folie et à la démence.

La satisfaction de la prise en charge par le professionnel de santé mentale

On observe des variations quant à la satisfaction des différentes prises en charges par les professionnels de santé mentale. On distingue encore ici trois groupes, ceux qui ont satisfaits par ce suivi car jugent cela indispensable, ceux qui n'émettent pas de jugement particulier sur cette prise en charge et qui, pour certains, ne voient pas la différence avec le médecin généraliste, et enfin ceux qui sont insatisfaits par la prise en charge que leur livre leur psychiatre, psychologue ou psychanalyste. En effet, les différents professionnels de santé mentale ont différentes méthodes pour traiter la pathologie de leurs patients, et certaines sont plus populaires que d'autres chez les différents sujets. C'est par exemple le cas de Nathalie qui se voyait totalement insatisfaite par sa prise en charge avec sa première psychiatre qui selon elle ne « *maîtrisait pas l'aspect médicamenteux* » et était plus centrée sur la psychothérapie. Elle a donc décidé de se tourner vers une psychiatre-homéopathe qui lui prescrivait de nombreux médicaments (régulateur d'humeur, « petit » antidépresseur, vitamines (C ou D), traitement pour qu'elle « arrête de réfléchir », homéopathie, acuponcture), ce qui la satisfaisait.

Le parcours médical fut en revanche beaucoup plus compliqué pour Malik et Georges, qui eux aussi ont été insatisfaits de leurs différentes prises en charges et se sont réorientés vers d'autres professionnels maintes et maintes fois. Malik, après avoir consulté un médecin généraliste, a consulté « *un tas* » de professionnels de santé mentale variés : psychiatres, psychologues, psychothérapeutes. Il a été insatisfait par nombreux de ces professionnels qui appliquaient diverses méthodes thérapeutiques. En ce qui concerne les psychiatres qui étaient plus centrés sur le médicamenteux, Malik n'en était pas satisfait car les médicaments avaient trop d'effets secondaires. Quant aux autres professionnels de santé mentale, comme notamment les psychothérapeutes, Malik jugeait leurs séances incohérentes : « *Je viens, j'ai des problèmes, le type me parles de ma relation avec ma mère, avec mon père... on perds du temps* ». Georges a lui aussi eu un parcours médical particulièrement long ponctué de sept étapes (avec six différents professionnels de santé consultés)⁴⁷. Après avoir consulté son médecin généraliste, celui-ci l'a dirigé vers un psychiatre. Comme Malik, il n'était pas satisfait de ce professionnel qui le traitait par méthode combinée (médicaments plus thérapie). Les médicaments n'avaient

⁴⁷ Voir dans les annexes

pas suffisamment d'effets pour « *atténuer son mal-être* » et la thérapie n'était pas productive car il avait le sentiment que le psychiatre ne l'écoutait pas : « *c'était bien souvent "hm. hm hm. ah. ah ouais".* ». Il s'est alors tourné vers un psychanalyste qui l'écoutait encore moins car s'endormait durant les séances, ce qui agaçait Georges qui a donc arrêté de le consulter. Il est alors retourné chez son premier psychiatre avec qui il prenait rendez-vous uniquement en cas de rechute pour qu'il lui donne des médicaments. Aujourd'hui Georges a déménagé et consulte un nouveau psychiatre avec qui la prise en charge se passe bien.

On peut donc souligner ici une variation de genre dans la satisfaction de la prise en charge par les professionnels de santé mentale. En effet, on voit dans notre échantillon que les hommes ont un parcours médical ponctué de bien plus d'étapes que les femmes. Cela peut paraître positif et sembler montrer que les hommes sont plus à l'aise avec les différents professionnels de santé mentale car en consultent plein, mais cela démontre en réalité que les hommes sont plus souvent insatisfaits des services de ces professionnels, ce pourquoi si se réorientent vers d'autres de nombreuses fois.

On voit aussi à travers les insatisfactions de Nathalie et Georges une variation dans la manière de se trouver un autre professionnel. Georges n'est pas satisfait par sa psychanalyse alors va retourner voir son psychiatre avec qui il n'était pas satisfait non plus. Nathalie n'étant pas satisfaite de son psychiatre et sachant pourquoi (car il n'est pas centré sur un traitement médicamenteux) elle va faire des recherches et prendre rendez-vous avec un professionnel bien spécifique (à la fois psychiatre et homéopathe, ce n'est pas commun). Cette variation nous questionne donc sur l'implication des hommes et des femmes dans la sélection de leurs médecins et donc dans la qualité de leur prise en charge. Un intérêt et une attention plus particulière du côté des femmes au monde médical et donc de la qualité de leur propre parcours médical pourrait alors s'ajouter dans la liste des facteurs de la sur-consultation et du sur-traitement des femmes par rapport aux hommes dans les troubles dépressifs.

Les effets de ces variations de genre dans le rapport aux professionnels de santé mental sur le parcours médical est flagrant dans les parcours « typiques » des hommes et des femmes enquêtées. Si on compare par exemple le parcours médical de Sylvie et de Georges⁴⁸, on voit nettement que celui de Georges est ponctuée de beaucoup plus d'étapes avec plusieurs médecins

⁴⁸ Voir dans les annexes page 76

généralistes et plusieurs professionnels de santé mentale (psychiatre et psychanalyste) tandis que la *carrière médicale* de Sylvie n'est ponctuée que de deux étapes avec un médecin généraliste et un psychologue.

Un parcours atypique

On pourrait qualifier le parcours médical de Séverine comme « atypique ». En effet, des différents parcours médicaux recueillis, celui de cette ancienne secrétaire de 49 ans sorts du lot⁴⁹. Tout d'abord, c'est la seule qui n'a pas débuté son parcours médical en consultant un médecin généraliste. Comme présenté dans le volet précédent des *usages sociaux des troubles*, Séverine a été envoyée par son mari aux urgences suite à son humeur dépressive car elle « *était folle* ». Elle a ensuite été envoyée vers une clinique départementale où elle était hospitalisée dans un service qui mélangeait des personnes avec toutes pathologies où elle ne se sentait pas du tout à l'aise et qu'elle a donc décidé de quitter.

« Ben je me disais je suis pas à ma place. Après je me disais "wow tu vas bien" [rires]. Ça dépendais... J'ai eu peur beaucoup, parce que il y avait des gens vraiment avec des pathologies lourdes. »

Séverine, bénéficiaire de ARIHM, 49 ans

Suite à cela, elle a consulté plusieurs psychiatres avant d'en trouver un qui le convenait. D'un commun accord avec ce psychiatre, elle a ensuite été hospitalisée plusieurs semaines dans une clinique psychiatrique, mais cette fois-ci dans un service spécialement dédié aux troubles de l'humeur. Dans ce service dans lequel elle resta trois semaines, elle fut satisfaite de sa prise en charge. Selon les chiffres, 2,8% des personnes ayant un épisode dépressif caractérisé sont susceptible d'être hospitalisé (pour ce trouble)⁵⁰, ce qui appuie donc la qualification du parcours médical de Séverine « d'atypique ». Séverine est aujourd'hui toujours suivie par son psychiatre qui l'a envoyé dans cette clinique à qui elle accorde une confiance significative et une pleine satisfaction de sa prise en charge.

On voit ici que la manière dont le mari de Séverine l'a traitée (évoqué dans le volet

⁴⁹ Voir dans les annexes

⁵⁰ Nestrigues, C., M. Coldefy, J. Mousques, et F. Daniel. « Une hétérogénéité des hospitalisations pour dépression liée aux parcours de soins en amont ». *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 66 (mars 2018): S23-24.

précédent des *usages sociaux du trouble*) a déterminé tout le parcours médical de cette dernière. Si son mari ne l'avait envoyée *se faire soigner* aux urgences parce *qu'elle était folle*, Séverine aurait sans doute eu une trajectoire médicale plus classique, sans passer par l'étape hospitalisation. Cela nous confirme donc dans l'idée que la *carrière dépressive* est un processus dans lequel les différentes étapes déterminent la suite de la trajectoire de l'individu.

Dans cette partie sur le parcours médical des enquêtés, on observe à un ensemble de parcours médicaux très hétérogènes (comme on le voit dans les annexes page 76). La consultation du médecin généraliste constitue quasi-systématiquement la première étape du parcours médical des personnes souffrant de dépression qui est secondé par une orientation vers un professionnel de santé mentale. Certains enquêtés sont alors réticents à aller voir un psychiatre ou un psychologue. Cette réticence s'appuie sur une stigmatisation basée sur l'assignation à la faiblesse ou à l'assignation à la folie. On observe des variations genrées quant à la satisfaction de la prise en charge par les professionnels de santé mentale. Dans notre échantillon, les hommes enquêtés sont en effet plutôt insatisfaits des services de leur psychiatre, psychologue ou psychanalyste et se réorientent donc vers d'autres professionnels plus souvent que les femmes. Ces dernières s'impliquent en effet plus dans la sélection de leur médecin (en plus d'en être rarement insatisfaites de base) ce qui leur garantit une meilleure qualité de leur prise en charge. Cette attention particulière des femmes pour le monde médical s'ajoute alors aux facteurs pouvant expliquer la sur-consultation et le sur-traitement des femmes par rapport aux hommes dans le cadre des troubles dépressifs.

V) Le vécu du traitement

Comme présenté dans le volet précédent, la prescription d'antidépresseurs est l'option la plus utilisée par les professionnels de santé face à un patient présentant un épisode dépressif. Un tiers des personnes dépressives ne répondent pas au premier antidépresseur prescrit. En France on estime que 30% des personnes diagnostiquées d'un trouble dépressif ont un traitement d'antidépresseur⁵¹. 25% des patients dépressifs recevraient un traitement adéquat pour leur dépression selon des estimations⁵².

Selon l'OMS, l'observance⁵³ des traitements de la dépression varie entre 40 et 70% (2013). Les déterminants associés à la non-observance d'un traitement d'antidépresseurs seraient avoir un âge élevé, être de sexe masculin, être issu d'une minorité ethnique et avoir un faible niveau d'études. Une étude sur la durée des traitements antidépresseurs en France démontre que la durée de traitement conforme aux recommandations prescrites serait associée au sexe féminin⁵⁴. Il existe plusieurs facteurs à la non-observance : des facteurs biologiques (effets secondaires indésirables, pas d'effets bénéfiques sur le sujet) et des facteurs socio-psychologiques (attitude négative face au traitement : non-acceptation de la maladie, peur de ne plus avoir de contrôle sur soi, peur d'y être accro s'appuyant sur l'amalgame entre l'antidépresseur et le produit stupéfiant). Selon la psychiatre Estelle BOTVINIK, il existe chez les patients dépressifs une peur des effets secondaires : peur de perdre le contrôle, peur d'être dépendant, peur d'être « abruti ». Suite à ces différentes appréhensions, plus de la moitié des patients ne suivraient pas les directives du traitement.

Les hommes et les femmes enquêtées prennent tous des antidépresseurs souvent accompagnés d'anxiolytiques. Certains enquêtés prennent d'autres médicaments comme des somnifères ou des thymorégulateurs.

Les données recueillies dans les entretiens dressent des variations manichéennes entre les hommes et les femmes dans la manière de vivre la prise d'antidépresseurs.

⁵¹ Blanc, Jean-Victor. « La représentation des antidépresseurs : individu, patient et société ; quelles influences sur l'adhésion thérapeutique ? », 2015.

⁵² J.P. Olié, M.C Mouren. « Rapport : Les antidépresseurs ». Académie Nationale de Médecine, 2014.

⁵³ Observance : comportement visant à suivre le traitement prescrit

⁵⁴ M. Tournier, A. Cougnard, S. Boutouaba-Combe, H. Verdoux. « Étude sur la durée des traitements antidépresseurs en France et ses déterminants à partir des bases de données de l'Assurance maladie ». L'Encéphale, 2010.

Le sentiment de bénéfice du traitement

En effet, on observe du côté des femmes un sentiment de nécessité et de bénéfice de leur traitement d'antidépresseurs. De par une aisance à consulter (qu'on a vu dans le volet précédent sur le *parcours médical*), les femmes perçoivent le traitement qui leur est prescrit comme indispensable : *« Ça m'a pas dérangé. Parce que j'avais bien conscience que c'était indispensable »* (Séverine). Les effets sont quant à eux bénéfiques chez toutes les femmes interrogées et leur confiance au professionnel qui les encadre favorise l'observance du traitement : *« Je me suis habitué parce que ça m'a fait du bien, ça me fait du bien, ça continue de me faire du bien. Et j'ai dit, tant qu'ils me diront pas d'arrêter je vais pas arrêter parce que je me sens encore sensible, fragile. »* (Claudine).

Ce sentiment de bénéfice apporté par le médicament est quant à lui bien plus limité chez les hommes. Filipe, Georges et Malik ne ressentent que partiellement les effets thérapeutiques qu'ont les antidépresseurs sur leur santé psychique, mais ce bénéfice est perçu comme passager.

« Je suis dépressif, même la tête elle fonctionne pas comme avant hein, ça. Même si vous prenez les médicaments, la tête elle fonctionne pas comme avant. Avec les médicaments, je me sens mieux. Mais je dis c'est pas comme avant »

Filipe, 52 ans, bénéficiaire de ARIHM

« Et les médicaments n'avaient pas d'effets sur vous ?

Ben si sûrement mais c'était pas suffisant, ça soignait pas le mal profond, visiblement que j'ai toujours. Il y a quelque chose qui est cassé qui est abîmé, qui n'a jamais été réparé quoi on va dire. Et c'est pas à coups de médicaments que apparemment ça marche »

Georges, 56 ans, bénéficiaire de ARIHM

On retrouve dans ses extraits d'entretiens la perception fataliste de la dépression qui avait été évoquée dans le volet *vécu personnel du trouble* par Malik. Les hommes interrogés perçoivent leur pathologie comme inguérissable et ne compte pas sur les médicaments pour aller vers le chemin de la réinsertion, bien que ces derniers leurs procurent un bénéfice passager.

Le vécu des effets secondaires

La dépression s'accompagne souvent de dysfonctions sexuelles qui peuvent être aggravées par la prise d'antidépresseurs. En effet le trouble dépressif a déjà des effets néfastes sur la libido ; des symptômes comme l'anhédonie (incapacité à ressentir du plaisir), la diminution de l'énergie ou encore le repli sur soi y participent. Cependant, la prise de médicaments antidépresseurs accentue les différentes difficultés autour de la libido que rencontrent les personnes dépressives. Par exemple, des troubles de l'érection sont observés chez 25% des hommes dépressifs en général et sur plus de 50% des hommes qui prennent un traitement d'antidépresseurs⁵⁵. Les dysfonctions sexuelles seraient quant à elle observées chez 48% des cas féminins. Ces effets contraignants se traduiraient chez l'homme par de l'impuissance et par une « frigidité » chez la femme⁵⁶. L'homme victime des effets secondaires des antidépresseurs rencontre des problèmes d'ordre technique concernant l'érection et l'éjaculation tandis que la femme rencontre des problèmes de baisse de désir et d'incapacité à ressentir du plaisir (à atteindre l'orgasme notamment).

Bien que les effets secondaires soient présents chez les hommes comme chez les femmes, on les retrouve dans les entretiens uniquement dans les entretiens des hommes. En effet, Malik a arrêté de prendre des antidépresseurs car lui causait des problèmes d'érections. Georges quant à lui évoque plusieurs effets secondaires liés à la prise d'antidépresseur : une impression que le « cerveau se vide », avoir du mal à trouver ses mots, de la fatigabilité, et surtout des problèmes de libido constituant un frein dans sa vie de couple et dans sa virilité. Selon la psychiatre Maria ILIOPULOS, les effets secondaires sur la libido et l'activité sexuelle serait un facteur de rejet chez les hommes, qui les pousserait à arrêter le traitement. Cette plainte des problèmes de libido dans les entretiens émanant exclusivement des hommes et le fait que ce soit un facteur de rejet du traitement uniquement chez les hommes et non chez les femmes (alors que ces effets sont autant présents chez les hommes que chez les femmes) laisse à penser que les effets secondaires sur la libido seraient moins tolérés chez les hommes. La psychiatre interrogée Estelle BOTVINIK interprète cela par le fait que la sexualité soit taboue chez les

⁵⁵ Rémy Martin-Du Pan, Pierre Baumann. « Dysfonctions sexuelles induites par les antidépresseurs et les antipsychotiques et leurs traitements ». *Revue médicale Suisse* Volume 4 (2008) : 758-62.

⁵⁶ Alabeatrix, Valérie. « L'observance médicamenteuse des patients sous antidépresseurs : une enquête en officine », 2002, 231.

femmes et donc qu'elles s'en plaignent moins que les hommes. Les femmes auraient d'autres effets secondaires plus contraignant comme la prise de poids qui serait plus difficile à supporter chez les femmes et la galactorrhée de lait dans les seins. Un autre biais est à souligner ici propre à l'interaction enquêteur-enquêté : étant un homme, les enquêtés de sexe masculin pourraient avoir plus d'aisance à me parler de leurs problèmes de libido que les enquêtées de sexe féminin.

On a donc ici une variation non pas d'ordre physique dans l'apparition d'effets secondaires sur la libido secondant la prise d'antidépresseurs, mais dans le vécu de ses effets contraignants. Cette variation s'articulant par le fait que les hommes se plaignent plus des dysfonctions sexuelles entraînées par la prise d'antidépresseur et stoppent leur traitement à cause de ça peut s'expliquer par le fait que l'atteinte à la libido soit plus contraignante pour l'homme son rôle d'homme (sa virilité) que chez la femme, qui a elle d'autres contraintes plus importantes comme notamment la prise de poids, qui constitue un obstacle dans son rôle de femme. Cette variation se base donc ici sur la socialisation genrée et la position sociale : l'homme se doit de garder un contrôle sur son corps et se doit de conserver sa position (sexuelle) dominante, tandis que la femme se doit de correspondre au standard de beauté féminin de la minceur. Les différents effets secondaires sont donc autant présents chez l'homme comme chez la femme mais ces derniers sont vécus de manière différente car constituent ou non des obstacles pour remplir leur rôle social d'homme ou de femme.

On observe donc dans le vécu du traitement tout d'abord une variation de genre dans le sentiment de nécessité du traitement. Les femmes, de par leur aisance à consulter, perçoivent le traitement comme indispensable. La confiance envers le professionnel qui les encadre favorise l'observance du traitement. Les femmes enquêtées indiquent aussi que les effets de leur traitement antidépresseurs sont bénéfiques sur elles. Les hommes quant à eux ressentent des effets bénéfiques limités des antidépresseurs sur leur état psychique. Ils se plaignent aussi d'effets secondaires qui seraient moins tolérés chez eux que chez les femmes. En effet, il ressort des entretiens que ces effets sur l'activité sexuelle représenteraient une entrave à leur virilité, de par leur rôle social d'homme. Cela représenterait alors un facteur de rejet qui les pousserait à arrêter le traitement. Cet élément peut alors constituer un des facteurs expliquant l'accès aux traitements moindre chez les hommes dépressifs par rapport aux femmes dépressives.

Conclusion

Face à la problématique de santé publique que constitue le ratio de deux femmes pour un homme diagnostiqués pour trouble dépressif, cette étude met en lumière les variations de genre dans les différentes étapes de la « carrière dépressive » des hommes et des femmes faisant face à la dépression. Ce travail sociologique montre que les représentations sociales, la socialisation genrée, les rôles sociaux et les conditions sociales des hommes et des femmes déterminent leur vécu de la maladie (et donc leurs comportements face à la consultation et au traitement).

Tout d'abord, les hommes et les femmes souffrant de trouble dépressif ne présentent pas les mêmes symptômes car ont des modes d'expression de leur mal-être différents compte tenu de leur socialisation genrée. Les symptômes féminins étant utilisés comme symptômes de référence par le corps médical, il est donc plus compliqué pour les hommes de se faire diagnostiquer et donc traiter pour troubles dépressifs par les professionnels de santé. Nous pouvons pointer deux facteurs à cela : une plus grande aisance des femmes à consulter et l'utilisation centrale de la psychologie féminine par le corps savant en santé mentale occidentale (depuis l'avènement de la psychologie à la fin du XIX^{ème} siècle et ses conséquences encore aujourd'hui). En ce qui concerne le vécu personnel de la maladie, on constate que les hommes et les femmes ont différentes manières de parler de leur souffrance, ce qui est cohérent compte tenu de la façon dont leur mal-être s'exprime (symptômes actifs pour les hommes qui utilisent des termes plus violents et symptômes passifs pour les femmes qui utilisent des termes plus sensibles). Dans cet échantillon d'individus allant de 49 à 61 ans, hommes comme femmes ressentent une forme de honte face à leur statut de personne dépressive. Cette forme de honte est cependant plus lourde pour les hommes car constitue une barrière à leur acceptation de la maladie (et donc une susceptible barrière à une consultation et à un accès aux soins). Cette auto-stigmatisation si forte chez les hommes s'appuie sur le contraste entre les représentations sociales de l'individu de sexe masculin et les représentations sociales de la dépression. Cette honte affectant les hommes et les femmes souffrant de trouble dépressif ne les empêche cependant pas de parler de leur pathologie à certains de leurs proches (amis, frères et sœurs) qui leur apportent une forme de soutien émotionnel et social, ce qui favorise leur réinsertion. Il est cependant systématiquement observé chez les parents enquêtés un blocage pour mettre leurs enfants au courant de leur dépression. Cette stratégie mise en place afin de conserver leurs rôles sociaux de père (garantir l'autorité, représenter la force) et de mère (garantir le bien-être des membres de la famille, rester attentionnée) leur prive donc d'un éventuel soutien émotionnel et

social que pourrait leur garantir leurs enfants (et favoriser le rétablissement). Dans certains cas, les pairs peuvent ne pas apporter de soutien au sujet souffrant de dépression. Lorsque ce pair entretient une relation dominante sur le sujet, il peut alors déterminer lui-même la tournure que prendra sa « carrière dépressive ». Cela s'illustre dans le cas de Séverine qui, par le biais de sa condition sociale de femme, se fait emmener de force aux urgences par son mari violent, ce qui entravera alors son chemin vers la réinsertion. En ce qui concerne l'accès aux soins, on observe dans cette étude que les hommes sont plus souvent insatisfaits de leurs suivis par des professionnels de santé mentale (psychologue, psychiatre, psychanalyste, psychothérapeute). De l'autre côté, on voit que les femmes s'impliquent plus dans la sélection de leurs médecins ce qui leur garantit donc une meilleure qualité de leur prise en charge. De plus, les femmes ressentent un sentiment de bénéfice et de nécessité du traitement antidépresseur que leur prescrit leur professionnel de santé mentale ce qui n'est pas le cas des hommes dépressifs. Les effets secondaires qu'ont les antidépresseurs sur la libido des hommes et des femmes qui en prennent sont moins tolérés par les hommes, ce qui constitue un facteur de rejet qui les pousseraient à arrêter le traitement. Cette intolérance présente uniquement chez les hommes pourrait résulter d'un empêchement à remplir des fonctions sociales d'hommes garantissant la domination sexuelle.

On constate donc que ce champ de variations crée des inégalités qui expliquent que les hommes aient deux fois moins recours aux soins et soient deux fois moins traités que les femmes pour dépression. Les facteurs de la socialisation genrée, des représentations sociales et des fonctions sociales de l'homme le placent dans une position défavorisante face au diagnostic, à l'accès aux soins et à l'observance du traitement de la dépression. La femme, quant à elle, est dans une position privilégiée dans la mesure où elle accepte plus facilement sa dépression, sa maladie se fait plus facilement dépister, sa prise en charge est de meilleure qualité et elle prend plus facilement ses antidépresseurs. Cependant, de par sa condition sociale dominée, la femme peut être victime du pouvoir d'un de ses pairs masculins sur elle (et toléré par la suite par le corps médical) déterminant sa trajectoire et entravant sa réinsertion. Celui-ci qui ne comprendra pas son trouble et le rejettera pourra donc la traiter comme une « folle » (ici en l'occurrence en l'envoyant aux urgences). Ces inégalités dressent alors l'image d'un environnement social dans lequel les hommes seraient exclus de l'accès à l'aide médicale et psychiatrique et dans lequel les femmes y seraient poussées.

Cette étude peut contribuer à documenter les différences de genres dans le parcours des personnes dépressives et à faire connaître cette réalité et ses effets, en particulier auprès du corps médical. En effet, bien que les variations de genre dans les symptômes, dans la démarche de consultation et dans l'observance du traitement antidépresseur soient des éléments connus par les professionnels de santé mentale⁵⁷, cette étude porte l'accent sur la façon dont les variations de genre influent sur le vécu personnel de la maladie et sur les usages sociaux du trouble. Effectivement, ces éléments ressortant des entretiens ne sont pas des éléments présents habituellement dans des entretiens avec des psychiatres (ni même avec des coach professionnels). Ces dimensions sont pourtant déterminantes dans la situation des personnes qu'ils prennent en charge.

Bien entendu, la méthodologie employée reposant sur les récits de vie fait émerger des éléments qui vont au-delà du cadre strict de notre question de recherche sur les variations de genre. Mais le matériau recueilli pourrait tout autant être analysé par le prisme d'autres déterminants qui interviennent dans le vécu du trouble dépressif, comme la classe sociale ou l'origine culturelle.

Outre sa fonction éclairante sur le parcours des personnes dépressives, cette étude met en lumière les effets de la construction sociale du genre sur la santé des individus. En effet, les hommes souffrant de dépression, en voulant se conformer aux attentes sociales qui leurs sont assignés, négligent leur santé mentale en consultant significativement moins que les femmes. Ces comportements contribuent donc aux inégalités de santé et donc aux inégalités face à la mort. En effet, le risque de suicide est augmenté lorsqu'une personne souffre de dépression, et on sait d'autant plus que les hommes ont tendance à répondre à leur mal-être par un suicide (réussi). Ce qu'il y a d'original ici, c'est qu'on réfléchit aux conséquences de la construction sociale du genre en montrant qu'elles peuvent être néfastes, comme ici pour les hommes qui se retrouvent en quelque sorte « victimes » de ces représentations genrées incorporées. Si on pointe souvent les inégalités que subissent les femmes (les violences conjugales, la distribution sexuée du monde du travail plaçant les femmes dans des domaines professionnels subalternes), on voit ici que la construction sociale du genre a aussi des impacts négatifs sur les hommes, et ici en l'occurrence sur leur santé. Ce qui peut contribuer à la réflexion sur la question du genre et interpellé ceux qui s'y préoccupent le moins car ils pensent en tirer bénéfice : les hommes.

⁵⁷ Entretiens des psychiatres Maria ILIOPOULOS et Estelle BOTVINIK

Bibliographie

- Alabeatrix, Valérie. « L'observance médicamenteuse des patients sous antidépresseurs: une enquête en officine », 2002, 231.
- Annick Gerber, Kim Hoang, Nam Nguyen, et Scheherazade Fischberg. « Dépression masculine ». *Revue Médicale Suisse* 12 (2016): 1614-19.
- Badinter, Elisabeth. *XY De L'identité Masculine*. Odile Jacob., 1992.
- Becker, Howard. *Outsiders*. Métailié., 1963.
- Béliard, Aude. « Introduction ». In *Des familles bouleversées par la maladie d'Alzheimer*, Érès., 9-21. Toulouse, 2019.
- Béliard, Aude, et Jean-Sébastien Eideliman. « Mots pour maux. Théories diagnostiques et problèmes de santé ». *Revue française de sociologie* Vol. 55, n° 3 (20 août 2014): 507-36.
- Bellamy, Roel, et Caria t. « Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale », 2004, 12.
- Bertrand, Julie, Jean-Christophe Charles, Marie-Pierre Chuffart, et Laurence Diederichs-Diop. « Le non-recours : une approche qualitative en Provence-Alpes-Côte d'Azur ». Dispositif régional D'observation sociale provence-alpes-côte D'azur, 2014.
- Birck, Gisèle, et Clément Bonnet. « Le Club ARIHM ». *Poche - Santé mentale*, 3 octobre 2017, 41-58.
- Blanc, Jean-Victor. « La représentation des antidépresseurs : individu, patient et société ; quelles influences sur l'adhésion thérapeutique? », 2015.
- Blanc, Jean-Victor *Pop & Psy : comment la pop culture nous aide à comprendre les troubles psychiques*. Plon. Paris, 2019.
- Briffault, Xavier, Aude Caria, et Claude Finkelstein. « La dépression : en savoir plus pour en sortir ». INPES, 2007.
- Canguilhem, Georges. *Le normal et le pathologique*. PUF., 1943.
- Castel, Robert. « Bastide R., Sociologie des maladies mentales. » *Revue française de sociologie* 7, n° 2 (1966): 243-46.
- Clément, Serge, et Monique Membrado. « Des alcooliques pas comme les autres? La construction d'une catégorie sexuée ». ENSP, 2001.
- Cousteaux, Anne-Sophie. « Le masculin et le féminin au prisme de la santé et de ses inégalités sociales », 2012.
- Cousteaux, Anne-Sophie, et Jean-Louis Pan Ké Shon. « Le mal-être a-t-il un genre? » *Revue française de sociologie* Vol. 49, n° 1 (4 août 2008): 53-92.

- Darmon, Murielle. « La notion de carrière : un instrument interactionniste d'objectivation ». *Politix* n° 82, n° 2 (1 décembre 2008): 149-67.
- Darmon, Murielle. *Devenir anorexique : une approche sociologique*. La Découverte. Paris, 2013.
- Delanoë, Daniel. « La question des troubles psychiques attribués à la ménopause ». In *Femmes et hommes dans le champ de la santé*, 2001.
- Depuis, Emeline. « Non-recours aux soins et troubles dépressifs ». Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale des Hauts-de-France, 2016.
- Devreux, Anne-Marie. « Les rapports sociaux de sexe : un cadre d'analyse pour des questions de santé ? » In *Femmes et hommes dans le champ de la santé*, 2001.
- Durkheim, Emile. *Le Suicide*. PUF. Paris, 1897.
- Ehrenberg, Alain. *La fatigue d'être soi*. Odile Jacob., 1998.
- Ehrenberg, Alain. *La Société du malaise*. Odile Jacob, 2010.
- Ehrenberg Alain. *Le Culte de la performance*. Calmann-Lévy. Sciences Humaines et Essais, 1991.
- Ehrenberg Alain. *L'Individu incertain*. Calmann-Lévy. Sciences Humaines et Essais, 1994.
- Erving Goffman. *Stigmate*. Les éditions de minuit., 1975.
- Fainzang, Sylvie. « Les stratégies paradoxales. Réflexions sur la question de l'incohérence des conduites des malades ». *Sciences Sociales et Santé* 15, n° 3 (1997): 5-23.
- François, Beck, et R. Guignard. « La dépression en France (2005-2010) : prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population, baromètre santé 2010 ». *La Santé De L'homme* 421 (1 janvier 2012): 43-45.
- Ganem, Valérie, Isabelle Gernet, et Christophe Dejours. « Le travail : que signifie ce terme en clinique et psychopathologie du travail ? » *L'information psychiatrique* Volume 84, n° 9 (2008): 801-7.
- Garnoussi, Nadia. « Dire et relire sa dépression, entre construction biographique et critique sociale parmi des membres des classes moyennes « intellectuelles » ». *¿ Interrogations ?*, Publics/non-publics : questions de méthodologie, n° 24 (2 juin 2017).
- Garnoussi, Nadia. « Une maladie comme une autre ? Logiques de redéfinition de la dépression et du vécu dépressif ». *Lien social et Politiques*, n° 67 (2012): 17-32.
- Gédance, D. « L'abord psychanalytique de la dépression ». *Revue médicale Suisse* 1. 1231 (2003).
- Goffman, Erving. *Asile*. Editions de Minuit., 1961.
- Hélène Dumesnil, Sébastien Cortaredona, Marie Cavillon, Fanny Mikol, Catherine Aubry, Rémy Sebbah, Hélène Verdoux et Pierre Verger. « Prise en charge de la dépression en médecine générale de ville », *L'information psychiatrique*, Volume 90 (2014): pages 341 à 352.
- Isabelle Ville. « Le Handicap comme épreuve de soi. Politiques sociales, pratiques institutionnelles

- et expérience ». *Sciences de l'Homme et Société*, 2008.
- J.P. Olié , M.C Mouren. « Rapport : Les antidépresseurs ». Académie Nationale de Médecine, 2014.
- Lamboy, B., et C. Léon. « Prise en charge des personnes souffrant de troubles dépressifs ». *L'Encéphale* 32 (2006).
- Linder, Audrey, Daniel Widmer, Claire Fitoussi, Yves de Roten, Jean-Nicolas Despland, et Gilles Ambresin. « Les enjeux de la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres ». *Sante Publique* Vol. 31, n° 4 (17 décembre 2019): 543-52.
- Lovell, A., et R. Fuhrer. « Troubles de la santé mentale, la plus grande “fragilité” des femmes remise en cause ». *La santé des femmes*, 1996, 252-83.
- M. Tournier, A. Cougnard, S. Boutouaba-Combe, H. Verdoux. « Étude sur la durée des traitements antidépresseurs en France et ses déterminants à partir des bases de données de l'Assurance maladie ». *L'Encéphale*, 2010.
- Myriam Winance. « Handicap et normalisation. Analyse des transformations du rapport à la norme dans les institutions et les interactions ». *Politix*, n° 66 (2004).
- Nestrignes, C., M. Coldefy, J. Mousques, et F. Daniel. « Une hétérogénéité des hospitalisations pour dépression liée aux parcours de soins en amont ». *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 66 (mars 2018): S23-24.
- Ogrodniczuk, John S., et John L. Oliffe. « Men and Depression ». *Canadian Family Physician* 57, n° 2 (2011): 153-55.
- Philippe Tremblay, Catherine Garnier. « Une étude des représentations sociales de la dépression chez les patients, les professionnels et les étudiants à travers les enjeux entourant son traitement ». *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale* 1, n° 97 (2013): 39-67.
- Quivy, Raymond, Jacques Marquet, et Luc Van Campenhoudt. *Manuel de la recherche en Sciences Sociales*. Dunod. 5ème édition, 2017.
- Ravaud, Jean-François, et Isabelle Ville. « Les disparités de genre dans le repérage et la prise en charge des situations de handicap ». *Revue française des affaires sociales*, n° 1 (2003): 225-53.
- Rémy Martin-Du Pan, Pierre Baumann. « Dysfonctions sexuelles induites par les antidépresseurs et les antipsychotiques et leurs traitements ». *Revue médicale Suisse* Volume 4 (2008): 758-62.
- Roelandt, J-L, A Caria, L Defromont, A Vandeborre, et N Daumerie. « Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France ». *L'Encéphale* Supplément 1 au N°3 (2010): 7-13.
- Shon, Jean-Louis Pan Ké, et Géraldine Duthé. « Trente ans de solitude... et de dépression ». *Revue française de sociologie* Vol. 54, n° 2 (11 juin 2013): 225-61.
- Sicot, François. « La maladie mentale, quel objet pour la sociologie ? » *Deviance et Societe* Vol. 30,

n° 2 (2006): 203-32.

Velpry, Livia. « Subjectivité et psychiatrie ». *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem* N° 4, n° 1 (2010): 115-33.

Zempleni, Andreas. « La maladie et ses causes ». *L'Ethnographie* 96_97 (1985): 13-44.

Annexes

Grille d'entretien (semi-directif)

Sujet : individu ayant souffert de trouble dépressif dans le passé ou encore souffrant en situation de réinsertion (possédant un certain « recul » pour en discuter)

Présentation : Bonjour, je suis étudiant en sciences sociales et je réalise une étude sur le vécu du trouble dépressif selon le sexe. L'idée est d'étudier les différences entre l'homme et la femme dans la dépression. Mon rôle n'est pas de faire le psychologue avec vous, je suis apprenti-sociologue et mon exercice est différent, je ne cherche pas à expliquer ou à chercher des causes à votre expérience mais mettre en avant les réactions suscitées autour de vous, votre propre ressenti sur votre vécu ainsi que la manière dont vous avez été traité.

Sachant que nos échanges ne dépasseront pas les frontières de mon enquête et votre identité ne sera pas dévoilée, cela ne vous dérange pas si je vous enregistre? L'enregistrement sera supprimé une fois retranscrit et la retranscription supprimée une fois l'enquête terminée.

1. Entrée dans la « carrière dépressive »

Pour commencer précisez moi quel terme vous met le plus à l'aise : trouble dépressif, dépression, épisode dépressif... ?

Racontez moi un peu comment tout a commencé

A quel moment vous avez mis un mot sur ça?

A partir de quand avez vous compris que votre trouble était une maladie?

Avez-vous déjà vécu des troubles similaires auparavant?

2. Ressentis vis-à-vis du trouble et usages sociaux du trouble

Comment se déroulait une journée ?

Comment gériez-vous cela au quotidien?

Comment ça se passait avec votre famille?

Comment ça se passait au travail? Vous travailliez?

Qu'est-ce qui a été le plus dur pour vous personnellement ?

En avez vous parlé à vos proches? Quels proches précisément?

Au bout de combien de temps?

Quelle a été leur réaction?

Y avait-il des proches à qui vous ne pouviez pas en parler? Pourquoi?

Hormis vos proches, évoquez/évoquiez-vous votre trouble à d'autres personnes ?

Pouvez vous qualifier la dépression comme une maladie?

Vous sentiez-vous incompris?

Dans le dernier film de Cédric Klapisch « Deux moi », un jeune homme souffrant de trouble dépressif en parle à sa famille qui ne comprends pas car il n'as pas l'air d'un « fou », est-ce une situation que vous avez déjà vécu? Le fait d'être associé à la folie

Etiez vous à l'aise à en parler aux gens ?

Selon vous quelle était l'image que vous renvoyez aux autres ?

Pensez vous que cette image et ces jugements sur vous était liés au fait que vous soyez une femme/un homme?

Comment vous sentiez vous en tant que femme/homme ? Avez-vous l'impression que trouble a-t-il affecté votre féminité / masculinité?

Qu'est-ce qui a changé dans votre vie ?

Est-ce que votre personnalité à changée ?

La dépression vous empêche-t-elle de remplir ce rôle? Pourquoi?

Avant d'avoir vécu cela, quelles représentations aviez vous des personnes souffrants de troubles dépressifs?

Pourquoi aviez vous ces représentation? Certains membres de votre entourage ont-ils tenus des discours susceptibles d'influencer cette vision des choses?

Connaissez/Connaissiez vous d'autres individus souffrant de trouble dépressif (pendant votre trouble)? Vous ont-ils apporter une forme de soutien?

Avez vous connu d'autres formes de mal-être que la dépression avant l'arrivée de ce trouble (alcoolisme, pensées suicidaires, tentatives de suicide, autres addictions)?

3. Questions relatives aux soins

Avez vous consulté?

Au bout de combien de temps?

Vers quel professionnel de santé vous êtes vous d'abord tourné et pourquoi?

Qu'est-ce que ce professionnel vous a expliqué sur vos problèmes?

Avez-vous été satisfait par ce professionnel?

Vous êtes vous tournés vers d'autres professionnels?

Vous êtes vous tournés vers d'autres types d'aides (yoga, spiritualité...)?

Quel traitement(s) avez-vous appliqué ? (antidépresseurs, psychothérapies...)

Quels soins avez vous appliquez actuellement?

Comment vivez-vous la prise de médicaments?

4. Evaluation de la structure et concept de réadaptation par le travail

Quel est selon vous le rôle de cette structure?

Qu'est-ce qui a changé dans votre style de vie depuis que vous y êtes suivi(e)?

Avez-vous le sentiment que cette structure vous aide?

Les services que proposent cette structure sont-ils, selon vous, adaptés aux problématiques de santé auxquelles vous faites-face?

Pensez-vous que le travail peut-vous aider à aller mieux / Le travail vous a-t-il permis d'aller mieux?

Parlez moi de votre / vos expérience(s) professionnelle(s) qui ont suivi votre encadrement à ARIHM? (Pendant ARIHM?)

Êtes-vous plutôt craintif ou plutôt déterminé à reprendre le travail?

Ces expériences ont-ils eu des effets sur votre personnalité / confiance en vous?

Vous avez déjà travaillé avec le titre de travailleur handicapé pour votre dépression ?

Le collectif de travail était au courant de votre situation ?

Selon vous, quels regards les autres travailleurs portaient sur vous?

Vous sentiez-vous intégré à un groupe?

Cela a-t-il modifié la perception que vous aviez de vous?

Cela a-t-il modifié la perception que votre entourage avait de vous?

Anciens : avez vous encore le statut de travailleur handicapé ?

5. Talon sociologique

Quel est votre âge?

Quelle est votre profession?

Quel est votre niveau de diplôme ?

Quelle est la nature de votre ménage?

Quelle est votre nationalité?

Questions de fin

Avec du recul, comment voyez-vous la situation que vous avez vécu et comment voyez-vous l'avenir?

Parcours médical de Sylvie

Médecin généraliste

Poussée à consulter par son fils un matin

- Arrêtée 5 semaines
- Antidépresseurs (qu'elle a arrêté par la suite)

Psychologue

2 fois par mois
« pas de différence » avec le médecin généraliste

- 1 antidépresseur par jour
- Marche plutôt bien
- N'as pas hésité à voir un psy

Parcours médical de Séverine

Urgences de Poissy

Le jour des attentats
Envoyée par son mari
« tu es folle »

Clinique d'Yvelines

Toutes sortes de pathologies mélangées dans le même service
→ Peur
Médecins inaccessibles
→ Allait encore plus mal
→ Est sortie prématurément

Psychiatre

Depuis la clinique d'Yvelines (toujours suivie par lui)
Confiance en lui – Satisfaite
Voir un psy : indispensable
→ Antidépresseurs, axiolytiques

Hôpital de Montesson

Pavillon troubles de l'humeur
Beaucoup plus cohérent
→ Pas peur
→ Bénéfique

Parcours médical de Georges

1^{er} épisode
21 ans

Médecin du service militaire
Apparemment pas de traitement

2^{ème} épisode
24 ans

Médecin de famille (généraliste)
Appelé en urgence par sa mère
État dépressif depuis 1 mois

3^{ème} épisode
30 ans

Psychiatre 1
Pas satisfait
Médicaments : effets mais pas suffisant
Impression que le psychiatre ne l'écoutait pas « Hm. Hm. Ah. Ouais. »

Déménagement

Psychanalyste
→ Pas satisfait
S'endormait pendant les séances

Arrêt du suivi Psychiatre 1
Le voyait uniquement en cas de rechute où il lui donnait des médicaments (antidépresseurs et anxiolytiques)

Médecin généraliste de sa nouvelle ville

Psychiatre 2
Médicaments