

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LE RAPPORT DES GENS ATTEINTS DE DÉPRESSION
AVEC LA PRISE D'ANTIDÉPRESSEURS

ESSAI DOCTORAL
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE, PROFIL PROFESSIONNEL

PAR
DAVID DORAIS

AVRIL 2025

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.04-2020). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	iv
RÉSUMÉ.....	v
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1. CADRE CONCEPTUEL ET MÉTHODOLOGIE.....	3
1.1 Cadre conceptuel.....	4
1.1.1 Contexte théorique de la dépression.....	4
1.1.2 Problématique.....	7
1.1.3 Recension des écrits.....	10
1.1.4 Objectif de recherche.....	16
1.1.5 Cadre de recherche.....	16
1.2 Méthode de recherche.....	19
1.2.1 Participants.....	19
1.2.2 Méthode de cueillette des données.....	20
1.2.3 Cadre méthodologique.....	21
1.2.4 Procédure d'analyse.....	24
1.3 Critères de rigueur.....	30
1.4 Considérations éthiques.....	32
CHAPITRE 2. ANALYSE DES DONNÉES.....	34
2.1 Schéma narratif.....	34
2.2 Ordre du récit.....	41

2.3 Rythme du récit.....	44
2.4 Histoire de la dépression.....	49
2.5 Histoire de la prise d'antidépresseurs.....	54
2.6 Action du médicament sur la maladie.....	62
2.7 Schéma actantiel.....	64
2.8 Le médicament comme actant imaginaire.....	70
CHAPITRE 3. INTERPRÉTATION DES DONNÉES.....	75
3.1 Schéma narratif.....	75
3.1.1 Problématisation du récit.....	76
3.1.2 Approfondissement des étapes.....	77
3.1.3 Situation initiale négative.....	78
3.1.4 Caractère de crise de la Complication.....	79
3.1.5 Investissement narratif dans les péripéties.....	80
3.1.6 Absence de l'avenir chez un participant.....	82
3.2 Ordre du récit.....	83
3.3 Rythme du récit.....	85
3.4 Histoire de la dépression.....	90
3.5 Histoire de la prise d'antidépresseurs.....	95
3.6 Action du médicament sur la maladie.....	100
3.7 Schéma actantiel.....	102
3.8 Le médicament comme actant imaginaire.....	108

3.9 Discussion.....	110
3.9.1 Une attitude ambivalente.....	111
3.9.2 Une remise en question de l'identité.....	112
3.9.3 Une reconstruction identitaire à travers le récit.....	118
CONCLUSION.....	124
1. Synthèse du projet de recherche.....	124
2. Limites de l'étude.....	125
3. Applications cliniques.....	126
4. Pistes de recherche future.....	128
ANNEXE A. CANEVAS D'ENTREVUE.....	130
BIBLIOGRAPHIE.....	131

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.1 Participants.....	20
Tableau 2.1 Schéma narratif.....	38
Tableau 2.2 Ordre du récit.....	44
Tableau 2.3 Dynamisme du récit.....	46
Tableau 2.4 Moments privilégiés par le récit.....	47
Tableau 2.5 Oscillations narratives autour de la Résolution.....	48
Tableau 2.6 Histoire de la dépression.....	53
Tableau 2.7 Histoire de la prise d'antidépresseurs.....	61
Tableau 2.8 Action des antidépresseurs sur la dépression.....	64
Tableau 2.9 Schéma actantiel.....	70
Tableau 2.10 Représentation imaginaire du médicament.....	73

RÉSUMÉ

L'objectif de cette recherche est d'examiner le rapport que les gens atteints de dépression entretiennent avec la prise d'antidépresseurs. Il s'agit d'une recherche qualitative qui soumet à une analyse narrative neuf récits de dépression et de prise d'antidépresseurs recueillis auprès d'hommes et de femmes vivant à Montréal (Canada). Cette étude se penche sur la structure des récits, recourant notamment à deux outils issus des études littéraires, soit le schéma narratif et le schéma actantiel. L'analyse narrative permet de prendre en compte le point de vue diachronique dans le rapport aux antidépresseurs ainsi que d'observer l'impact identitaire de la dépression et de la médication sur la personne (par le biais du concept d'identité narrative). Nos résultats montrent que le rapport des participants avec les antidépresseurs est marqué par l'ambivalence, une attitude qui correspond à ce que la recherche antérieure a démontré. Nous observons aussi que l'apparition du médicament dans le récit de dépression complexifie ce dernier au lieu de l'amener vers une conclusion ; le médicament joue donc un rôle narratif d'adversaire (à l'instar d'un personnage secondaire) plutôt que de favoriser la résolution de l'intrigue. Enfin, nous observons que les histoires des participants présentent un mélange de rigueur et de souplesse qui nous paraît découler de la force du récit comme matrice identitaire, conférant aux gens qui se racontent un sens de soi cohérent, sens de soi qui a été mis à mal par le trouble dépressif.

INTRODUCTION

La dépression est un trouble de santé mentale répandu, causant des problèmes sur les plans physique et psychologique en plus de constituer un fardeau financier pour les employeurs et les gouvernements. Sur le plan phénoménologique, elle entraîne une détresse identitaire ainsi qu'un sens du temps déformé. L'un des traitements reconnus est la prise d'antidépresseurs. Toutefois, l'adhésion à la prescription pharmacologique pose parfois problème, certains patients hésitant à prendre leur médicament quand ils estiment que celui-ci risque de créer plus de problèmes que de bénéfices. Cette attitude nous amène à nous demander quel rapport les gens atteints de dépression entretiennent avec la prise d'antidépresseurs, question qui constitue le sujet de notre essai doctoral.

Pour mener à bien cette recherche, nous utilisons la méthode d'analyse narrative, qui consiste à recueillir des récits de dépression et de prise d'antidépresseurs, puis à les étudier sous l'angle de la structure narrative qu'ils adoptent. Cette approche permet de prendre en compte l'évolution du rapport que les participants entretiennent avec leur médicament (point de vue diachronique) et ainsi de laisser place aux aspects positifs comme négatifs de leur expérience. Notre étude s'intéresse avant tout à la forme des récits recueillis, raison pour laquelle nous utilisons deux outils issus des études littéraires, soit le schéma narratif et le schéma actantiel. Nous avons recueilli neuf récits, que nous analysons en fonction de leur structure et du sens qui s'en dégage.

Le premier chapitre de cet essai présente le cadre conceptuel dans lequel se place le sujet de la dépression et des antidépresseurs de même que la méthode d'analyse narrative à laquelle nous recourons. Il se termine en abordant les critères de rigueur de notre étude.

Le deuxième chapitre analyse les résultats obtenus. L'outil du schéma narratif nous permet d'identifier les différentes *étapes* des récits que nous avons recueillis, leur *ordre* de présentation ainsi que leur *rythme*. Nous procédons ensuite à une formalisation des *histoires de dépression* faites par les participants pour en abstraire un récit-type commun. Nous trouvons ainsi une structure en cinq étapes où se succèdent le moment où la

maladie a débuté, le cours qu'elle a suivi, son caractère de crise ou non, son état actuel et son déroulement prévu dans l'avenir. De même, nous identifions un *récit-type de prise d'antidépresseurs* dans lequel s'alignent, dans l'ordre chronologique, le moment où la consommation a commencé, le rythme de la consommation, le changement éventuel de molécule, le statut actuel de la prise de médicament et le plan d'avenir (continuer ou cesser la consommation). Par la même occasion, nous faisons un croisement entre ces deux histoires en examinant *l'effet* que les participants perçoivent comme étant celui de la médication sur la maladie. Enfin, par le biais du schéma actantiel, nous observons les diverses *quêtes* qui s'expriment à travers les témoignages recueillis ainsi que la fonction donnée à l'antidépresseur dans ces quêtes. Nous terminons en considérant sous quelle *forme imaginaire* les participants représentent l'actant qu'est le médicament.

Le troisième chapitre fait l'interprétation des mêmes données (présentées en italique dans le paragraphe précédent) : nous les reprenons les unes après les autres pour en tirer des observations générales. Nous résumons ces dernières dans une section de discussion, qui établit trois constats sur le rapport que les participants à notre étude entretiennent avec leur médicament : ils font preuve d'une attitude ambivalente (qui se reflète autant dans leur propos que dans nos résultats souvent mitigés) ; la prise de médication se présente comme un problème supplémentaire plutôt que comme une solution à la maladie (les récits de maladie se complexifient avec la prise de médicament, au lieu de se muer en des récits de teneur autre) ; en concordance avec le concept d'identité narrative de Paul Ricoeur, le récit de maladie apparaît comme un exercice qui permet aux participants d'étoffer leur identité (leurs récits offrent un mélange de solidité et de souplesse, alors que les récits dépressifs se caractérisent par la fragmentation ou le manque de variété).

Enfin, la conclusion fait un récapitulatif de notre recherche, puis présente les limites de notre étude, ses applications cliniques potentielles et des pistes possibles de recherche future.

CHAPITRE 1

CADRE CONCEPTUEL ET MÉTHODOLOGIE

Trouble mental handicapant basé sur un profond sentiment de tristesse et de désespoir, la dépression affecte la personne sur les plans physiologique, affectif, cognitif et comportemental. Elle entraîne une diminution notable du bien-être psychologique, une perte de plaisir pour les activités normales ainsi qu'une perte d'énergie et des troubles liés au sommeil, à l'appétit et à la concentration. Selon l'Organisation mondiale de la santé, la dépression toucherait plus de 300 millions de personnes et serait une cause d'incapacité majeure dans le monde (OMS, 2018). Toujours selon cette organisation, des prédictions laissent prévoir qu'en 2030 la dépression sera le fardeau en santé mentale le plus important dans le monde (WHO, 2012). Dans un survol de différentes études épidémiologiques récentes, Barlow et Durant (2016) prévoient qu'environ 16% de la population mondiale connaîtra un trouble dépressif caractérisé au cours de sa vie et qu'environ 6% de la population générale a connu ce même trouble au cours des douze derniers mois.

Au Canada, la prévalence de la dépression est relativement importante. On estime que 5% des hommes connaîtront un épisode dépressif dans leur vie ; ce chiffre double (10%) en ce qui concerne les femmes (CPA, 2017). En 2012, Statistique Canada a conclu que la dépression constituait le trouble de santé mentale le plus commun au pays, touchant 4,7% de la population. En ce qui concerne le Québec, en 2010, la dépression touchait 5% des adultes selon l'Institut de la statistique du Québec (Lesage, Bernèche et Bordeleau, 2010). De manière plus large, en 2012, 12,2% de la population québécoise âgée de 15 ans et plus avait vécu un épisode dépressif¹ au cours de sa vie (9,3% pour les hommes et 15% pour les femmes) (Baraldi, Joubert et Bordeleau, 2015).

¹ Épisode dépressif défini comme ceci : « sur une période d'au moins deux semaines, la présence d'un sentiment de tristesse ou la perte d'intérêt ou de plaisir pour les activités normales, associées à certains symptômes tels qu'une diminution de l'énergie, un changement au niveau du sommeil et de l'appétit, des difficultés à se concentrer, un sentiment de culpabilité, un sentiment de désespoir ou des idées suicidaires ».

Dans le monde du travail, les problèmes de santé mentale constituent un fardeau majeur, qui peut affecter la capacité à se trouver ou à conserver un emploi, la présence au travail et la productivité. Corbières et Durand (2011) citent de nombreux chiffres concernant plusieurs pays industrialisés (États-Unis, Canada, Australie, Union européenne) : dans tous ces pays, les problèmes de santé mentale entraînent des pertes se chiffrant en milliards de dollars et causent quatre impacts majeurs dans le domaine du travail, soit la retraite anticipée, l'absentéisme, la baisse de productivité des travailleurs continuant à travailler et l'invalidité de longue durée.

Au Canada, en 2003, on estimait le poids économique de la maladie mentale à 51 milliards de dollars ; ce montant était basé sur les coûts en soins de santé et la perte de productivité dus à la réduction de la qualité de vie liée à l'état de santé² (Lim et al., 2008). Smetanin et al. (2011) proposent des chiffres sensiblement plus bas, estimant que les coûts directs totaux de la maladie mentale (excluant la démence) atteignaient 22 milliards de dollars au Canada en 2011, la majeure partie de ces coûts provenant de la prestation de services sociaux et de l'aide au revenu ; les mêmes auteurs affirment que, d'ici 2041, ce montant aura été multiplié par 4,6. En ce qui concerne la dépression en tant que tel, les chiffres sont plus difficiles à trouver, mais Wilson (2017) calcule que l'impact économique de ce seul trouble se chiffre à 32,3 milliards de dollars canadiens, soit plus du double des dépenses du gouvernement en soins de santé mentale et en soins communautaires.

1.1 Cadre conceptuel

1.1.1 Contexte théorique de la dépression

Au-delà des données épidémiologiques et économiques, la dépression est un mal profond qui affecte intimement la personne qui en souffre. Il convient de se déplacer sur le plan existentiel pour appréhender les impacts majeurs de la dépression sur l'identité. On peut définir l'identité comme la perception que l'on a de soi-même. Plus spécifiquement, nous

² En anglais, *health-related quality of life* (HRQOL). Il s'agit d'un indice mesuré par le *Health Utilities Index Mark 3* (HUI3) et comprenant huit échelles différentes : vue, audition, capacité de parole, mobilité, dextérité, émotion, cognition et douleur.

empruntons notre définition de l'identité à Van Doeselaar et al. (2018), qui nomment trois éléments constitutifs de ce concept : le caractère distinctif (ne pas être comme les autres), la cohérence (se percevoir comme la même personne à travers diverses situations) et la continuité (se percevoir comme semblable à travers le temps). En contrepartie, lorsque l'identité est affectée, cela entraîne des sentiments de confusion, d'incohérence et de d'incompréhension.

La dépression affecte directement l'identité de la personne, au point de mener parfois à la contemplation de sa propre mort. D'ailleurs, la dépression est l'un des troubles mentaux qui sont étroitement liés aux suicides complétés, comme le montre Bachmann (2018) en se basant sur plusieurs données accumulées depuis le début des années 2000. Le sentiment de cohésion de la personne de même que le sentiment de mériter d'avoir une place dans le monde sont mis à mal par le trouble dépressif.

Dans une intéressante étude quantitative, Kretschmer et Storm (2017) ont analysé le lien entre la dépression et cinq grands thèmes existentiels (la mort, l'isolement, l'identité, la liberté et le sens). Sur un échantillon de 221 étudiants universitaires australiens, la corrélation entre la dépression (mesurée par le Beck Depression Inventory II, 1996) et la détresse identitaire (mesurée par l'Identity Distress Scale, 2004) était de .64 ($p < .001$), donc considérée comme positive et significative.

Pour leur part, Luyten et Fonagy (2016), dans un chapitre sur les liens entre le soi et la dépression, examinent sur le plan théorique comment la dépression fragilise le sens de cohésion du self, le laissant vulnérable à des émotions qui affectent son intégrité :

Depression is associated with a range of subjective experiences that seriously threaten the coherence of the self: feelings of sadness, guilt, shame, helplessness, hopelessness, and despair disrupt the continuity of the self and are felt as extremely painful and inescapable. (p. 71)

Toujours sur le plan théorique, Kopala-Sibley et Zuroff (2020) font une revue de littérature qui se penche sur la façon dont quatre modèles provenant de la

psychodynamique, de la psychologie sociale, de l'humanisme et de l'éthologie conceptualisent le lien entre le soi et la dépression. Les auteurs constatent que, dans toutes ces théories, une relation étroite existe entre les symptômes dépressifs et des déficits dans l'identité. En effet, ils soulignent de quelle façon l'intériorisation de normes de comportement sévères (auxquelles les figures d'attachement ont jadis lié la valeur de l'enfant) conduit généralement à un sentiment d'échec, qui mène à des sentiments de culpabilité, de honte et de nullité (*worthlessness*). Ce phénomène accroît la détresse identitaire et rend la personne plus vulnérable à la dépression.

Par ailleurs, le sens du temps est aussi affecté par la dépression, sujet sur lequel le champ de la psychiatrie existentielle se penche depuis déjà longtemps (Binswanger, 1987 [1960] ; Minkowski, 2013 [1933]). Cet impact est spécialement important en regard de notre méthodologie, qui s'appuie sur l'analyse narrative. Cette méthode de recherche prend en compte la trame chronologique des récits, c'est-à-dire la façon dont le passé, le présent et l'avenir s'entrelacent. L'effet de la dépression sur le vécu subjectif du temps est donc d'intérêt pour nous.

Ratcliffe (2015) consacre un chapitre de son livre sur la phénoménologie de la dépression à l'expérience temporelle vécue par les personnes dépressives. Plusieurs phénomènes mentionnés dans des témoignages montrent que la structure du temps est affectée, et ce, de diverses manières. On observe ainsi un relâchement du temps, un sentiment de lenteur insupportable. Cela est dû à une forme de désynchronisation de la personne avec le flot temporel. Plus précisément, cette dernière bascule du temps implicite (tel que vécu de manière presque inconsciente quand on est engagé dans des activités significatives) au temps explicite (tel que vécu et mesuré objectivement, par exemple quand on attend un autobus). La personne dépressive sent donc qu'elle est décrochée d'un temps qui est significatif pour elle, et les choses deviennent mécaniques.

Surtout, toujours selon Ratcliffe, la dépression entraîne une perte des perspectives d'avenir. Plus rien ne nous tire vers l'avant, l'avenir paraît clos : « *The immediate and long-term future offers only "more of the same"; there can be nothing new* » (p. 180). Le monde paraît ainsi étranger à la possibilité d'action, de changement. C'est une perte de

l'aspect téléologique du temps : le monde n'est plus modelé par des projets qui lui confèrent du sens. La personne comprend que le temps va de l'avant (temps explicite), mais elle ne voit pas d'avancement significatif pour elle-même dans cette transition (perte du temps implicite).

Une telle absence de transformation temporelle affecte aussi le passé : si nous n'allons plus dans aucune direction, les événements anciens n'ont plus de pertinence, car ils ne « pointent » plus vers rien : « *when the past is no longer experienced in the light of a significant future, it is encountered as dead, close* » (p. 192). Détaché de l'avenir, le passé semble ainsi partir à la dérive. Il apparaît lointain, perdu au fond des âges. La disparition de la possibilité de changement oblitère donc le passé aussi bien que l'avenir. De là le sentiment de stagnation temporelle que l'on trouve dans la dépression. Enfin, le présent lui-même devient statique, comme contaminé par un passé dont il constitue le prolongement : tous deux sont vécus comme immuables, fermés à jamais, dépourvus d'orientation. Le passé se répète, intact, et envahit le présent, amenant la personne à se sentir comme un fantôme.

En somme, sur le plan philosophique et théorique, plusieurs auteurs soulignent l'impact existentiel profond de la dépression, qui déstructure aussi bien le sens de la temporalité que la cohésion de l'identité.

Dans ce contexte, la question du traitement de pose : comment remédier à un tel mal? Et une fois les solutions identifiées, qu'en est-il de l'adhésion des personnes atteintes de dépression à leur traitement?

1.1.2 Problématique

Quel traitement est le plus approprié pour soigner la dépression? Parmi différentes possibilités, le recours aux antidépresseurs est conçu comme l'un des modes de traitement privilégiés.

Une vaste méta-analyse menée récemment a prouvé leur efficacité par rapport au placebo (Cipriani et al., 2018). La médication semble également aussi efficace que la thérapie cognitive-comportementale (DeRubeis, Siegle et Hollon, 2008 ; Gartlehner et al., 2015), voire plus efficace (Zhou et al., 2020)³. Les résultats pointent donc en direction d'une combinaison de la médication et de la psychothérapie. Toutefois, on peut émettre l'hypothèse que, devant le manque d'accès à la psychothérapie pour nombre de personnes (Lattie, Stiles-Shields et Graham, 2022), plusieurs médecins et patients se tournent vers la médication seule, à défaut de pouvoir obtenir une combinaison des deux modalités de traitement.

Considérant l'efficacité, la facilité d'accès et les coûts relativement faibles de la médication (par rapport au suivi psychologique), il n'est pas étonnant que la prescription d'antidépresseurs ait connu une croissance dans les dernières années, ayant passé de 10,6% à 13,8% en dix ans environ aux États-Unis (Brody et Gu, 2020) et ayant presque doublé en Angleterre durant une période similaire (Iacobucci, 2019). Cette augmentation est particulièrement notable chez les adolescents aux États-Unis entre 2015 et 2019 (Express Scripts, 2020) et au Canada entre 2012 et 2016 (Lukmanji et al., 2020). Aux États-Unis, la vente d'antidépresseurs a connu une hausse marquée en raison de la pandémie de COVID19 et on s'attend à ce qu'elle continue à croître à un taux annuel de 2,9% pour atteindre une valeur de 18,29 milliards de dollars américains en 2027 (Fortune Business Insights, 2024).

Toutefois, malgré l'efficacité bien établie de la pharmacologie dans le traitement de la dépression, la prise d'antidépresseurs pose problème en termes d'adhésion (ou compliance) au traitement. En effet, un nombre important de patients abandonnent trop tôt leur traitement pharmacologique, phénomène qui nuit au processus de rémission.

³ À ce propos, les recommandations de l'American Psychological Association, basées sur des revues systématiques de littérature et des méta-analyses ainsi que sur des observations cliniques, sont mitigées quant à la combinaison antidépresseurs et psychothérapie : « *combined treatments of psychotherapy and pharmacotherapy are more effective than either of the treatments alone in some subpopulations, but the costs, risk of side effects, and demands on patients are greater* » (APA, 2019, p. 54).

Il faut d'abord savoir de quoi l'on parle lorsqu'il est question de non-adhésion au traitement. Rathbone et al. (2017) la décrivent largement comme « *how well a patient takes their prescription medicines* » (p. 403). Ils signalent toutefois que cette notion peut connaître diverses définitions pour peu qu'on se penche sur les recherches menées sur le sujet. Selon les travaux examinés dans leur revue systématique de 22 études, la non-adhésion se décline selon différentes conceptualisations : il s'agit parfois d'une croyance, parfois d'une attitude, parfois d'un comportement ponctuel ou parfois d'un ensemble de comportements.

Le modèle ABC (*Ascertaining Barriers for Compliance*) de Vrijens et al. (2012) entend remédier à ce flou en proposant une conceptualisation précise de la non-adhésion pharmacologique. Cette dernière est ainsi divisée en trois aspects comportementaux : i. la non-amorce (*non-initiation*) : ne pas aller chercher sa première ordonnance à la pharmacie ; ii. la mise en action défailante (*suboptimal implementation*) : ne pas prendre ses médicaments à la fréquence ou à la posologie prescrite (généralement à chaque jour) ; iii. le non-maintien (*non-persistence*) : interrompre prématurément le traitement.

Il est difficile de trouver des statistiques précises sur le pourcentage de patients atteints de dépression qui ne respectent pas leur prescription d'antidépresseurs. Lingam et Scott (2002), dans une revue de littérature sur l'adhésion au traitement dans le cas de troubles de l'humeur (études publiées entre 1976 et 2001), ont calculé que la non-compliance touchait entre 10% et 60% des patients, avec une médiane de 40%. Ils attribuent cette large fourchette à des différences méthodologiques notables entre les études, notamment en ce qui touche la définition du concept d'adhésion au traitement et la longueur de temps admise comme faisant (ou non) partie de l'adhésion. Pour leur part, Zolnoori et al. (2018), citant une étude de 2014 qui s'est déroulée en Espagne, avancent qu'entre 30 et 68% des patients n'adhèrent pas à la prescription. Une autre étude, menée auprès de 829 personnes aux États-Unis, a montré qu'une majorité de patients (42,4%) interrompaient leur traitement d'antidépresseurs au cours du premier mois et que seulement 27,6% d'entre eux poursuivaient la prise de médicament au-delà de 90 jours (Olfson, Marcus,

Tedeschi et Wan, 2006)⁴. Une étude récente (Unni, Gupta et Sternbach, 2024) menée auprès de plus de 11 000 personnes aux États-Unis et en Europe montre que le taux de non-adhésion aux antidépresseurs est respectivement de 42,9% et de 46,2%.

L'inobservance pharmacologique entraîne divers problèmes. Dans une revue systématique de 11 articles étudiant les résultats qui découlent de la non-adhésion aux antidépresseurs, Ho et al. (2016) notent que les patients qui n'adhèrent pas au traitement pharmacologique sont plus susceptibles de connaître des rechutes, des visites à l'urgence, des hospitalisations, une aggravation de la dépression ainsi qu'une diminution dans le taux de réponse au traitement et de rémission de la maladie.

Bref, l'interruption précoce de la prise d'antidépresseurs semble un phénomène courant, qui provoque des conséquences négatives sur l'état de santé de la personne souffrant de dépression.

Les raisons pour lesquelles les patients choisissent de ne pas adhérer à leur prescription de médicament sont variées, et plusieurs recherches ont été menées sur ce sujet. Nous allons passer en revue les grandes conclusions qui s'en dégagent.

1.1.3 Recension des écrits

Les études menées sur la réticence des gens à consommer des antidépresseurs cherchent à identifier les cognitions présentes chez les patients, qui les poussent à ne pas se conformer à leur prescription, compromettant ainsi leur rémission.

Les premières recherches sur la non-compliance, à partir des années 1970, se basaient sur une vision du patient comme un être passif, censé absorber son médicament sans se poser de questions (Vermeire, Hearnshaw, Van Royen et Denekens, 2001). Dans cette perspective, la résistance à la prise de médicament était interprétée comme une réaction

⁴ Les lignes directrices actuelles (NICE, NIMH, APA, OMS) recommandent une utilisation allant de 6 à 12 mois.

irrfléchie de la part d'un patient qui refusait de manière déraisonnable de collaborer à sa propre guérison.

Cependant, à partir des années 2000, on se met à voir le patient comme une personne impliquée activement dans son processus de rétablissement (Demyttenaere, 1997 ; Gibson, Cartwright et Read, 2014 ; Smardon, 2008 ; Vermeire, Hearnshaw, Van Royen et Denekens, 2001). La résistance au médicament n'est plus considérée comme un entêtement irrationnel, mais comme une décision réfléchie de la part du patient qui, s'il décide de ne pas suivre le régime médicamenteux prescrit, semble prendre cette décision en s'appuyant sur des considérations qui lui apparaissent valables. La prise d'antidépresseurs ne se fait pas de manière aveugle et inconsciente : c'est un choix qui découle d'un ensemble de considérations. Les croyances, expériences et préférences du patient déterminent son désir ou non d'adhérer au traitement prescrit.

De ce changement de conception du patient (d'un être passif à un être sensé, réfléchi et impliqué dans son traitement) découlent les études qui tâchent de cerner les cognitions à l'œuvre quand les patients décident de ne pas observer la prescription médicale. Toutefois, comme nous le mentionnons ci-dessous (section 1.5), la plupart de ces études ont pour prémisse plus ou moins explicite l'idée selon laquelle le refus de prendre des antidépresseurs est une difficulté qu'il convient de régler. Il y a donc une visée pragmatique qui cherche à solutionner ce qui est vu comme un problème.

Les croyances identifiées comme nuisant à la prise régulière d'antidépresseurs sont diverses. Russell et Kazantzis (2008) recourent au modèle cognitif de l'autorégulation (*Self-Regulatory Model*), qui repose sur l'évaluation coût/bénéfice. Selon ce modèle, le patient décide de prendre ses médicaments s'il y voit (selon ses propres critères) plus d'avantages que d'inconvénients. C'est ce type de croyances qu'évalue le *Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ)*, à partir duquel on peut établir un quotient qui met en relation le sentiment de nécessité (*necessity*) et les préoccupations (*concerns*). Le but de l'étude de Russell et Kazantzis est d'examiner le lien entre les croyances des patients par rapport aux antidépresseurs (telles que mesurées par une adaptation du BMQ au traitement de la dépression) et l'observance pharmacologique chez 85 participants en

Nouvelle-Zélande. De manière intéressante, les résultats ne montrent aucune corrélation entre un sentiment de nécessité et l'observance pharmacologique (ce n'est pas parce que quelqu'un sait que sa médication est importante qu'il va la prendre), mais montrent une corrélation positive entre l'inobservance et les préoccupations (si quelqu'un croit que sa médication va lui nuire, il risque de ne pas la prendre). La préoccupation la plus significative se révèle être liée au stigmate social : les participants se disent particulièrement inquiets de l'opinion des autres personnes sur leur consommation d'antidépresseurs, au point que ce jugement extérieur pourrait compromettre leur persistance dans le traitement.

Dans la revue systématique de 22 études dont l'objet était l'expérience vécue des patients par rapport à l'adhésion aux médicaments, Rathbone et al. (2017) établissent que l'un des grands critères influençant cette dernière est l'évaluation, par le patient, du rapport entre le besoin qu'il a de prendre la médication et les risques qu'il encourt ce faisant. On retrouve donc le modèle coût/bénéfice. Cette fois, les résultats sont plus précis puisque les auteurs identifient deux sous-critères : d'une part, le patient compare les effets secondaires et la disparition des symptômes dépressifs (les effets secondaires sont souvent vus comme inévitables, mais acceptables s'ils sont compensés par une atténuation de la détresse psychologique) ; d'autre part, ce qui pèse dans la balance est le prix du médicament (le patient évalue si le déplacement jusqu'à la pharmacie – dans les cas d'éloignement géographique – et l'investissement financier – dans les cas de non-couverture par les assurances – en valent la peine).

Partant eux aussi de la prémisse selon laquelle la compliance est liée aux croyances des patients envers la médication, Zolnoori et al. (2018) ont mené une recherche à devis mixte dont l'objectif était d'examiner quels facteurs (personnels et cliniques) affectaient ces croyances. Le corpus consistait en des témoignages spontanés de patients sur un forum en ligne axé sur la santé mentale. Combinant des facteurs tirés de la littérature et des facteurs émergeant du corpus, les chercheurs ont déterminé un ensemble de critères d'évaluation qui pouvaient influencer l'attitude par rapport aux médicaments. Les résultats montrent que l'attitude négative envers les antidépresseurs est surtout liée à

quatre facteurs : l'inefficacité du médicament ; la détresse due aux effets négatifs de la consommation ou du sevrage (90% des témoignages recueillis faisaient état d'effets négatifs dus à la prise d'antidépresseurs, et 55% décrivaient cela comme hautement désagréable) ; le manque d'information sur la médication ; et la courte durée de consommation (les gens dont la consommation d'antidépresseurs était inférieure à trois mois avaient des attitudes plus négatives). En bout de ligne, ces perceptions mènent à une attitude négative, qui elle-même mène à une inobservance pharmacologique.

Dans une revue de 21 articles scientifiques publiés en 2019 et 2020 (en grande majorité des recherches qualitatives), Marasine et Sankhi (2021) trouvent une foule de raisons qui expliquent la non-adhésion aux antidépresseurs. Les chercheurs classent ces raisons en cinq catégories : les facteurs sociodémographiques (ex. les femmes et les gens de moins de 40 ans sont moins compliants) ; les facteurs liés aux patients eux-mêmes (ex. distraction ou croyances biaisées) ; les facteurs liés à la médication (surtout ses effets secondaires) ; les facteurs socioculturels (ex. en Chine, en Inde et en Malaisie, la dépression est vue comme une affliction de l'âme qui révèle le manque de valeur intrinsèque de l'individu) ; et les facteurs logistiques (éloignement des centres de service). Malheureusement, cette revue de littérature n'opère pas un tri parmi les diverses raisons de non-adhésion à la pharmacothérapie qui sont répertoriées, ce qui nous aurait permis de voir lesquelles semblent avoir le plus de poids dans la décision des gens d'abandonner la prise d'antidépresseurs.

Enfin, dans une récente étude d'envergure se penchant sur les raisons de non-compliance chez les patients de six pays répartis sur deux continents (États-Unis d'un côté, France, Allemagne, Italie, Espagne et Royaume-Uni de l'autre), Unni, Gupta et Sternbach (2024) montrent que la principale raison pour laquelle les Américains cessent de prendre leurs antidépresseurs est le simple oubli, tandis que les patients des pays européens font un calcul en vertu duquel la consommation d'antidépresseurs entraîne plus d'inconvénients que d'avantages. Les deux considérations principales qui amènent les Européens à abandonner leur régime pharmacologique sont l'inquiétude à l'égard des effets à long terme et la présence d'effets secondaires.

On peut conclure des recherches sur le sujet que la non-compliance par rapport aux antidépresseurs découle de croyances et de perceptions variées, qui relèvent surtout du modèle coût/bénéfice. Si le patient abandonne son traitement, ce n'est pas par ignorance ou entêtement, mais souvent parce que, pour lui, les avantages de la pharmacologie ne surpassent pas les problèmes qu'elle risque d'engendrer, de son point de vue.

En lien avec la non-adhésion à la prescription, on trouve une attitude méfiante des gens à l'égard des antidépresseurs. Une telle ambivalence a été relevée plusieurs fois par la recherche depuis l'avènement des ISRS.

Dès 2002, Hoencamp, Stevens et Haffman notent, dans un échantillon de 233 patients aux Pays-Bas, des attitudes d'hésitation envers les antidépresseurs. Du côté des cognitions négatives, par exemple, 70% des participants disent croire que la médication ne règle pas vraiment les problèmes d'une personne ; et 43% des gens considèrent que la médication les rend dépendants de leur médecin. Par contre, du côté des cognitions positives, 75% des mêmes participants estiment que la médication leur donne du courage ; 87% disent se sentir mieux grâce aux antidépresseurs ; et 75% voient les antidépresseurs comme un remède usuel acceptable, similaire à l'insuline pour traiter le diabète.

Aikens et ses collègues (2005) formalisent l'ambivalence dans un intéressant modèle. Ils considèrent que les croyances envers les antidépresseurs varient selon deux axes : la perception (faible ou forte) par la personne d'avoir besoin d'un traitement et l'impression (faible ou forte) que le traitement sera dangereux. Il résulte de ces deux couples de perceptions une matrice formée de quatre attitudes possibles par rapport aux antidépresseurs : i. scepticisme (ceux qui considèrent qu'ils ont peu besoin de traitement et que le traitement possède un haut risque de danger) ; ii. ambivalence (haut besoin de traitement et haut degré de danger du traitement) ; iii. indifférence (faible besoin et faible risque) ; iv. acceptation (haut besoin et faible risque).

Les auteurs ont étudié l'adhésion au traitement pharmacologique de 81 patients d'une clinique du Michigan, durant une durée médiane de 75 semaines. Leurs résultats montrent

que l'adhésion varie grandement et que son meilleur prédicteur, parmi une multitude de facteurs, est l'attitude des personnes à l'égard des antidépresseurs : les gens ayant une attitude d'acceptation démontrent la plus grande adhésion au traitement, et les gens ayant une attitude de scepticisme, la plus basse.

En 2014, une revue de littérature menée par Gibson, Cartwright et Read et axée sur la perspective des patients sur les antidépresseurs témoigne du fait que les gens ont généralement des opinions négatives sur la médication, préférant l'avenue psychothérapeutique. Bien que les gens disent être actifs dans l'adoption des médicaments, ils déplorent le manque d'information de la part du médecin et disent adopter la solution pharmacologique en l'absence d'autres options offertes.

Pour leur part, Ridge et al. (2015) relèvent également une posture d'ambivalence chez les personnes prenant des antidépresseurs. Leur étude secondaire porte sur un corpus de récits de dépression recueilli au Royaume-Uni et en Australie auprès de 107 personnes entre 2003 et 2012. À la suite de l'étude initiale, les chercheurs ont eu l'idée de réétudier leur corpus sous un nouvel angle, celui de la légitimité morale de la prise d'antidépresseurs. Après une analyse thématique, les auteurs concluent qu'une ambiguïté morale pèse sur les antidépresseurs : les gens souffrant de dépression adhèrent aux réticences sociales concernant la médication, jugée à la fois comme utile et comme honteuse. Toutefois, ces gens finissent par développer des contre-discours de légitimation, pour être plus en phase avec leur expérience personnelle de prise d'antidépresseurs, expérience qu'ils jugent somme toute positive et bénéfique. Le rapport des gens avec la prise d'antidépresseurs est donc marqué par la complexité :

The "imaginary" of antidepressants as put forward by our participants invites us to consider their use as about managing complex and contradictory moral interpretations in circumstances evocative of shame. (p. 59-60)

Plus récemment, en 2022, une revue de littérature de McMillan et al. axée sur l'expérience de jeunes patients dépressifs avec la prise d'antidépresseurs montre des attitudes à la fois positives et négatives par rapport à la médication. L'un des thèmes majeurs émergeant des 27 études analysées est le bénéfice que procure la médication. Les

jeunes de 13 à 24 ans disent, entre autres, se sentir plus stables émotionnellement, avoir de meilleurs résultats scolaires et entretenir de meilleures relations avec les autres. Toutefois, dans plusieurs études, les jeunes soulignent également les inconvénients des effets secondaires, qui nuisent à l'adhésion au traitement pharmaceutique.

En somme, plusieurs études montrent que les gens prenant des antidépresseurs y voient autant de bénéfices que d'inconvénients, ce qui produit une attitude d'indétermination devant la solution pharmacologique.

1.1.4 Objectif de recherche

Considérant l'attitude ambivalente des gens atteints de dépression par rapport à la prise d'antidépresseurs, l'objectif de notre recherche est d'explorer le rapport qu'ils entretiennent avec le médicament, tel que ce rapport se présente dans le récit de dépression. Ainsi, dans un cadre narratif qui favorise la mise en forme de l'expérience et l'attribution de sens, nous cherchons à comprendre la signification que les gens donnent à la prise d'antidépresseurs, en lien avec la vision qu'ils ont de leur trouble mental et de leur identité. Comment le médicament est-il perçu ? Comment les représentations de soi sont-elles affectées par la prise de médication ? Nous voulons ainsi parvenir à mieux cerner la manière dont les gens se positionnent, à travers leur histoire de dépression, lorsqu'ils sont confrontés à la nécessité de consommer des médicaments pour améliorer leur état.

1.1.5 Cadre de recherche

La recension des écrits montre que les études faites sur le sujet du rapport aux antidépresseurs partagent quatre caractéristiques, auxquelles notre recherche tente d'apporter un complément. Ces caractéristiques sont les suivantes :

- i. l'approche cognitive-comportementale : les études abordent la non-compliance à partir d'un filtre comportemental (les patients ne prennent pas les médicaments prescrits) et expliquent ce phénomène à partir d'une grille cognitive (en tâchant de trouver les croyances qui nuisent à la prise de médication).

- ii. le point de vue synchronique : les comportements et cognitions des patients sont conçus comme étant stables dans le temps, toujours les mêmes, décrits comme un système d'habitude et de références qui ne varierait jamais.
- iii. la perspective centrée sur le problème : la majorité des écrits se centrent uniquement sur la réticence à prendre le médicament, vue comme un obstacle à la guérison ; selon cette perspective, le rapport avec le médicament est nécessairement difficile et problématique.
- iv. la visée pragmatique : le but, explicite ou non, des travaux est d'arriver à voir comment amener les patients à mieux respecter leur prescription médicale.

Notre recherche a pour but d'apporter un supplément de connaissances en allant au-delà des paramètres dans lesquels se situent les recherches menées jusqu'à ce jour ; car ces paramètres, s'ils donnent aux travaux publiés leur cohérence et leur pertinence, constituent en même temps des limites. Notre étude entend contribuer à éclairer d'autres dimensions de ce phénomène de non-adhésion. Voici comment elle élargit le cadre de la compréhension du rapport des gens aux antidépresseurs :

- i. l'approche humaniste-existentielle : au lieu de voir les participants sous l'angle de leurs agissements et de leurs croyances, nous examinons la vision que les gens atteints de dépression expriment, à travers leurs récits, à propos des médicaments qui leur sont prescrits. Nous examinons également quelle place ils leur donnent dans l'histoire de leur maladie, qui appartient elle-même à leur histoire de vie. C'est l'expérience personnelle vécue qui nous intéresse, les cognitions ayant déjà été bien étudiées. L'angle d'approche qui permet de compléter le modèle cognitif-comportemental et que peut procurer la psychologie humaniste-existentielle est celui du sens ou de la signification que les gens attribuent à leur expérience vécue. Bien sûr, le processus qui consiste à donner du sens débouche sur un ensemble de cognitions, mais il va au-delà, impliquant la manière dont la personne se conçoit elle-même en termes d'identité, et conçoit son rapport aux autres, au monde qui l'entoure et à la trajectoire de sa propre vie. Il s'agit donc de partir d'une conception différente de l'être humain, vu ici non plus comme un agent d'actions et

un porteur de croyances, mais comme une personne engagée dans son existence, qui cherche à lui donner du sens et se définit par rapport au monde tel qu'elle le conçoit, dans un rapport dialectique. Comme nous le verrons plus loin, la méthodologie de l'analyse narrative permet de cerner cet aspect du sens et comment celui-ci prend forme pour chaque personne.

- ii. le point de vue diachronique : le modèle cognitif-comportemental atteint un degré d'abstraction par le biais duquel l'individu est conçu comme une source stable d'actions et de pensées. L'approche existentielle, pour sa part, souligne que l'existence est nécessairement inscrite dans le temps et transformée par lui. En ce sens, notre recherche examine dans quelle mesure le rapport avec le médicament change. Évolue-t-il? De quelle manière? Selon quelles étapes? Comme nous allons le voir, la méthode de l'analyse narrative, par sa prise en considération de la trame temporelle, est un outil privilégié pour tenir compte de cet aspect diachronique dans le rapport aux antidépresseurs.
- iii. la perspective englobante : pour éviter de biaiser la question et pour permettre aux participants de témoigner de leur expérience totale de la prise de médication, notre recherche ne se concentre pas seulement sur la réticence ou la méfiance face aux antidépresseurs, mais laisse la place à des expériences profitables. Le but est de parvenir à capter toutes les nuances de l'expérience vécue, sans la réduire à quelque chose de problématique. À ce propos, Gibson, Cartwright et Read (2014) soulignent que la plupart des études sur la prise d'antidépresseurs ont été faites dans une perspective négative, qui s'attarde aux obstacles :

the research has developed out of a concern to understand the barriers to antidepressant use and reasons for nonadherence. While the weight of evidence for negative views of antidepressants among patients is compelling, it would be important to have more studies that investigate the positive experiences of antidepressants. (p. 94)

La psychologie, surtout en ce qui concerne les troubles de santé mentale, pèche parfois par une sorte de « pathologo-centrisme », en vertu duquel seul ce qui pose problème mérite d'être pris en considération. Pourtant, les expériences positives font aussi partie de la vie psychologique et méritent d'être considérées. En ce sens,

nos questions d'entrevue sont assez larges et générales pour permettre aux participants de manifester, s'il y a lieu, leur rapport positif avec la médication. De nouveau, le point de vue diachronique s'avère utile, car il laisse le champ libre pour que l'ambiguïté puisse s'exprimer, à travers le témoignage de transformations et de passages entre des expériences positives et négatives.

iv. la visée exploratoire : de l'attention exclusive au problème découle une volonté de régler celui-ci. Si cette visée concrète est compréhensible et louable, elle restreint l'intérêt exploratoire d'une recherche et risque de perdre de vue l'expérience intime vécue par les gens atteints de dépression. L'accent n'est pas mis sur le vécu interne (ou phénoménologique) de la prise de médication. L'objectif pragmatique semble plus compter que la réalité vécue. En d'autres mots, à trop vouloir guérir, on finit par négliger la personne. L'approche inductive qu'adopte notre recherche a pour but d'être ouvert à l'expérience vécue par les patients, de la comprendre sans chercher à la modifier pour la faire correspondre à un modèle normatif.

Ainsi, dans le but d'apporter un éclairage complémentaire aux études déjà menées, notre recherche adopte un cadre que l'on peut désigner comme phénoménologique. Nous nous intéressons au sens que chaque participant donne à son expérience de prise d'antidépresseurs, sans la réduire à une expérience ardue qui nécessite d'être corrigée. Les transformations de cette expérience selon l'axe temporel sont considérées, dans le but de se tenir au plus près de la façon dont les gens atteints de dépression créent de la signification à partir de leur engagement dans un régime pharmacologique.

1.2 Méthode de recherche

1.2.1 Participants

Le recrutement des participants s'est fait surtout via les réseaux sociaux et un peu par bouche à oreille. Nous avons demandé à des gens de notre entourage (qui appartiennent à des milieux différents du nôtre) de relayer l'annonce de notre recherche sur leurs pages Facebook. Cette annonce a aussi été affichée sur la page Facebook du quartier de Montréal où nous habitons. Mercier-Hochelaga-Maisonneuve est un quartier où la

population vit en moyenne dans des conditions difficiles : la défavorisation sociale y est parmi les plus élevées de l’agglomération, et le niveau de réussite scolaire y est parmi les plus bas (Comité de gestion de la taxe scolaire de l’île de Montréal, 2023).

Les critères d’inclusion étaient d’être majeur, d’avoir reçu un diagnostic de dépression et d’avoir consommé des antidépresseurs. Les critères d’exclusion étaient une proximité personnelle avec nous et un diagnostic autre que la dépression (par exemple, une personne qui nous a contacté prenait des antidépresseurs, mais pour traiter l’anxiété). En tout, neuf personnes ont donné leur témoignage. Nous avons cessé le recrutement de participants quand nous avons senti que nous atteignons une saturation des données. Le Tableau 1.1 présente les caractéristiques démographiques.

Tableau 1.1 Participants

	sexe	âge	dernier niveau de scolarité complété	durée de la dépression (à partir du diagnostic)	durée de la prise d’antidépresseurs	statut marital
1	H	32	cégep	2018-2023	2020-	célibataire
2	F	24	baccalauréat	2018-	2018-	célibataire
3	F	27	maîtrise	2007-	2007-	en couple
4	F	23	baccalauréat	2021-	2021-	en couple
5	F	45	maîtrise	2008-2020	2014-	célibataire
6	H	26	baccalauréat	2019-	2019-	en couple
7	F	30	cégep	2018-2021	2018-2021	en couple
8	F	31	maîtrise	depuis l’enfance	2021-	en couple
9	F	38	baccalauréat	2006-2011	2008-	en couple

1.2.2 Méthode de cueillette de données

Nous avons nous-même mené les entrevues semi-dirigées, dont la durée a varié entre 40 et 60 minutes. La plupart des rencontres se sont faites en personne, deux se sont faites en visioconférence. Pour les rencontres en personne, les entrevues ont été enregistrées sur notre ordinateur portable à l’aide d’un logiciel de traitement sonore. Pour les rencontres en visioconférence, elles ont été enregistrées en format audio-vidéo, dont nous n’avons ensuite conservé que la piste audio, éliminant la bande vidéo.

Considérant que notre objectif de recherche était de comprendre le rapport aux médicaments tel qu'il émerge dans l'histoire de dépression, nous avons suivi les recommandations de Earthy et Cronin (2008) pour inciter les personnes interviewées à aller plus naturellement vers la forme narrative et pour permettre au récit de se dérouler plus aisément. Les auteurs suggèrent les choses suivantes : poser des questions liées à la chronologie ; poser des questions larges et ouvertes ; encourager les participants à se référer à des moments précis de leur vie ; poser peu de questions. Notre première question, la plus importante, a donc été « Pouvez-vous me raconter l'histoire de votre dépression, ainsi que la place que les médicaments y ont prise? » À partir de cette amorce, nous avons laissé les récits des participants suivre leur cours. Nos interventions ont consisté le plus souvent en des reformulations (pour nous assurer de bien saisir le propos) et en des demandes de clarification. On trouvera notre canevas d'entrevue dans l'Annexe A.

Enfin, toutes les entrevues ont été transcrites par nous-même.

1.2.3 Cadre méthodologique

Notre recherche s'inscrit dans un devis qualitatif et un paradigme constructiviste, selon lequel l'expérience vécue par chaque personne est relative et construite par elle-même, se manifestant dans l'interaction sociale (Pontoretto, 2005).

Plus spécifiquement, la démarche d'analyse employée est l'analyse narrative : nous étudions la place que prend le médicament et la valeur qui lui est attribuée à même les récits de dépression.

Depuis la *Poétique* d'Aristote, le récit ou l'intrigue (*mythos*) est conçu comme un principe ordonnateur : une histoire a pour caractéristique de mettre ensemble et de relier, par des liens de succession et de causalité, des événements disparates, ce qui permet de leur conférer du sens.

Cette fonction organisatrice du récit, déjà présente dans la tradition herméneutique, a été abordée à partir des années 1980 dans une perspective existentielle, le récit ayant alors été conçu comme la capacité de se raconter, et ainsi de se comprendre et de se donner une identité. Selon cette idée, pas d'identité sans narration : on existe seulement par le récit (que l'on fait de soi et que les autres font de nous). Dans le domaine anglo-saxon, c'est notamment Jerome Bruner (1985, 1990) qui a développé cette idée selon laquelle la construction même de la réalité passe par la narration. Du côté français, Paul Ricoeur (1983-1985, 1990) se distingue par ses contributions à la philosophie du temps, du récit et de l'identité. On lui doit notamment la notion d'identité narrative, sur laquelle nous nous appuyons dans le chapitre consacré à l'interprétation des données.

En parallèle à l'exploration philosophique de la narration, on a vu se développer dans les sciences humaines un intérêt pour les récits de maladie. Cette approche connue en anglais comme celle des *illness narratives* constitue un développement important dans la sociologie médicale, l'anthropologie et la psychologie. Elle met l'accent sur le vécu subjectif des personnes atteintes de maladie, incluant aussi bien leurs interprétations personnelles que les normes sociales dont leurs récits se font l'écho. Au cours des années 1970 et 1980, il a été de plus en plus reconnu que les connaissances médicales n'étaient pas uniquement fondées sur des explications biologiques, mais aussi sur les expériences vécues par les patients. L'un des livres fondateurs qui formalise l'étude des récits de maladie en sciences sociales est l'ouvrage d'Arthur Kleinman *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition* (1988). Kleinman y soutient que les récits aident les gens souffrants à donner de la cohérence aux perturbations causées par la maladie, et sont essentiels aux cliniciens pour être mieux informés sur l'expérience des patients et ainsi offrir des soins de santé plus efficaces. À travers des concepts tels que les modèles explicatifs (*explanatory models*), les travaux de Kleinman ouvrent la voie à une exploration plus approfondie de la façon dont les individus donnent un sens à leurs maladies.

À partir des années 1990 puis durant les années 2000, l'étude des récits de maladie s'est considérablement étendue à diverses disciplines. On a de plus en plus reconnu la valeur

de ces récits pour donner un aperçu de la façon dont les facteurs culturels, sociaux et personnels influencent les expériences et les comportements en matière de santé. Les travaux de Rita Charon (2007) en médecine narrative ont particulièrement mis en évidence le rôle du récit dans la pratique clinique. Charon plaide pour une meilleure formation des médecins dans le but d'améliorer les soins prodigués. Elle développe notamment le concept de compétence narrative, qui désigne la capacité des praticiens à reconnaître, assimiler et interpréter les histoires de souffrance d'autrui, approfondissant l'empathie et l'engagement envers les patients.

Si les récits de maladie portent souvent sur les affections physiologiques, ils touchent également les troubles mentaux. La dépression, entre autres, a inspiré de nombreux écrits. D'une part, des écrivains ont fait part de leur expérience personnelle, alimentant un corpus de témoignages qui veulent rendre compte de la réalité vécue directement par les personnes aux prises avec ce trouble (Styron, 1990 ; Solomon, 2001 ; Clark, 2008). D'autre part, des études dans le sillage des *illness narratives* se sont penchées sur les récits de dépression, littéraires ou non, pour en observer les caractéristiques. Notamment, l'ouvrage de David A. Karp, *Speaking of Sadness* (1997), se veut une exploration de la manière dont les gens vivent la dépression. Consistant en l'étude qualitative d'une cinquantaine d'entrevues menées auprès de personnes dépressives, le livre met en évidence divers thèmes qui émergent de ces récits personnels, entre autres le sentiment de déconnexion d'avec le monde, la difficulté de mettre en mots la souffrance, la solitude due au stigmat social et le processus de recherche de sens.

Notons que l'étude de Karp est représentative des autres travaux étudiant les récits de dépression, c'est-à-dire qu'elle se concentre avant tout sur les thèmes saillants dans les histoires recueillies auprès des personnes et ne parle que peu de l'aspect structural des récits. Or, comme nous allons l'expliquer ci-dessous, notre intérêt de recherche et notre approche méthodologique ne reposent pas tant sur le contenu des récits que sur la forme qu'ils prennent, c'est-à-dire sur la manière dont les histoires sont racontées. À ce titre, il existe moins de travaux qui s'attachent à décrire la structure des récits. Outre le livre de Karp, relevons un article de Schreiber (1996), travail de théorie ancrée qui formule un

schéma narratif général à partir de dix récits de dépression faits par des femmes. Nous y reviendrons dans le chapitre sur l'interprétation de nos résultats.

La même chose peut être dite des études portant sur les récits de prise d'antidépresseurs : elles se concentrent d'abord et avant tout sur la thématique de ces histoires, mettant en relief les idées des gens sur le médicament, dans lesquelles s'entremêlent opinions personnelles et discours sociaux. Dans une perspective influencée par le concept de modèle explicatif de Kleinman, ces articles éclairent la manière dont les gens conçoivent leur prise d'antidépresseurs. Dans la section de recension des écrits ci-dessus, nous avons présenté les principales observations qui se dégagent de ces travaux. Un article de Knudsen et collègues (2002) de même qu'un livre de Metzl (2003) abordent des récits de consommation d'antidépresseurs selon une perspective structurale, c'est-à-dire qu'ils les analysent entre autres en fonction de la forme prise par l'histoire racontée, et non pas en fonction de son contenu. Nous en parlerons également dans le chapitre sur l'interprétation de nos résultats.

1.2.4 Procédure d'analyse

En plus de ce large intérêt pour les récits de maladie dans les sciences humaines et sociales, des méthodologies concrètes basées sur le récit ont été développées dans le champ de la recherche qualitative. Ce que l'on appelle l'analyse narrative s'intéresse ainsi aux histoires recueillies par les chercheurs, en les interprétant selon différents paramètres. Le champ de l'analyse narrative est foisonnant, incluant une multitude de pratiques, et il peut être ardu de s'y retrouver. Riessman (2008) en propose une typologie simple, cohérente et utile, en trois volets : 1. analyse thématique (s'intéresse au contenu de l'histoire, à ce qui est raconté, le *quoi*) ; 2. analyse structurale (s'intéresse à la manière dont l'histoire est racontée, à la forme que prend le récit, le *comment*) ; 3. analyse dialogique/performative (s'intéresse au contexte dans lequel l'histoire est communiquée, c'est-à-dire l'identité des personnes en jeu, le moment de l'échange, les motivations guidant chacun des interlocuteurs, soit le *qui*, le *quand* et le *pourquoi*).

Pour notre part, nous avons adopté l'analyse structurale, qui nous semblait offrir deux avantages comparativement aux autres approches : par rapport à l'analyse thématique, elle permet de prendre en compte l'ordre dans lequel les événements sont placés dans le récit, ce qui peut amener une compréhension plus nuancée du propos, à laquelle l'analyse thématique (prise dans l'atemporalité du *quoi*) n'a pas accès ; par rapport à l'analyse performative, elle offre un degré d'abstraction, de schématisation qui permet de comparer les récits entre eux pour en voir ressortir les similarités et les différences, ce qui contribue encore une fois à une compréhension plus fine du propos. Il est à noter que ces méthodes d'analyse ne s'excluent pas, mais se complètent. Nous incluons une part d'analyse thématique dans notre recherche, en nous penchant sur le contenu des récits, notamment par rapport à la représentation des médicaments, de la dépression et du soi. Toutefois, nous nous en tenons principalement à une analyse structurale pour examiner le rapport des gens aux antidépresseurs.

En ce sens, notre analyse s'appuie concrètement sur deux outils d'analyse provenant des études littéraires, plus précisément de la narratologie. Il s'agit du schéma narratif et du schéma actantiel.

Le schéma narratif est une structure simple et commune, déjà présente chez Aristote (qui identifie dans la fable un principe d'agencement des actions en début, milieu et fin). C'est un modèle utilisé dans la théorie littéraire moderne, plus précisément dans la sémiologie et le structuralisme, courants critiques en vogue en France dans les années 1960-1970. Ces courants sont eux-mêmes issus du formalisme russe des années 1920-1930, notamment des travaux de Vladimir Propp sur le conte de fées.

Le schéma narratif est une manière de formaliser les récits en les découpant en grandes séquences, qui demeurent identiques peu importe les histoires racontées. À partir de ce concept, divers modèles ont été proposés au fil du temps. Celui qui a fini par s'imposer dans l'usage, surtout dans l'aire francophone, est le schéma quinaire développé par Paul Larivaille (1974). Selon ce schéma, toute histoire se divise en cinq étapes :

- i. Situation initiale : les éléments essentiels à l'histoire (personnages et lieux) sont présentés et décrits.
- ii. Complication : l'équilibre de la situation initiale est perturbé par un événement disruptif.
- iii. Action : cette phase présente toutes les péripéties vécues par les personnages pour remédier à la perturbation. Ce sont des actions entreprises en réaction au problème introduit à l'étape précédente.
- iv. Résolution : la phase d'action débouche sur une certaine solution.
- v. Situation finale : l'histoire atteint un équilibre final découlant de la résolution

Comme on le constate, ce modèle est fortement causal : chaque étape (sauf la première, bien entendu) est une réponse narrative à celle qui la précède. Le schéma quinaire propose donc un modèle intégré assujéti à une stricte logique.

Quant au schéma actantiel, il s'agit d'un modèle présenté par le linguiste et sémioticien Algirdas Julien Greimas en 1966. Il permet de formaliser les relations qui existent, dans tout récit, entre les divers actants de l'histoire. Un actant n'est pas à confondre avec un acteur ou un personnage. Il s'agit plutôt d'une catégorie abstraite désignant une personne, un objet, un événement, une idée qui intervient dans l'histoire et y joue un rôle actif.

Le schéma actantiel propose un modèle à six actants dont les relations résument la structure de tout récit. La figure 1 présente cette configuration théorique dont l'axe principal est la quête d'un Sujet pour obtenir un Objet. La désignation de ce dernier actant comme objet d'une recherche provient d'un Destinateur, et la quête se fait au bénéfice d'un récepteur (le Destinataire). Il se peut que le Destinateur et le Destinataire soient le Sujet lui-même : il se donne une quête pour son propre bénéfice. Cela montre qu'un même élément (personnage, objet, idée, etc.) peut jouer plusieurs rôles en même temps. Par ailleurs, dans sa quête, le Sujet reçoit l'aide de certains actants (les Adjuvants) et doit surmonter certains obstacles ou faire face à certains adversaires (les Opposants). De ce modèle se dégagent trois axes reliant des paires d'actants : Sujet et Objet sont unis

sur l'axe du désir ; Destinateur et Destinataire sont unis sur l'axe de la communication ; Adjuvants et Opposants sont unis sur l'axe du pouvoir.

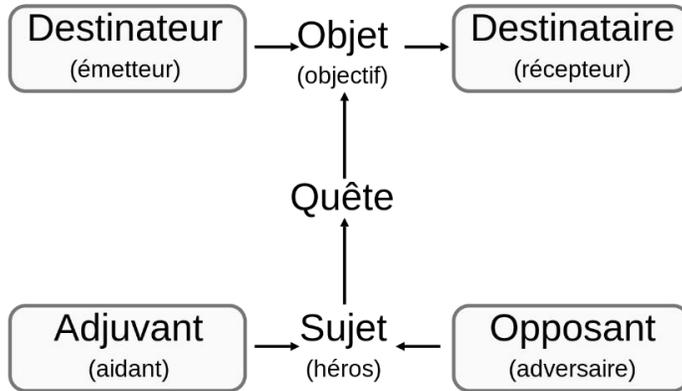


Figure 1 – Le schéma actantiel (Wikipédia, page « Schéma actantiel »)

À partir de ces deux modèles, schéma narratif et schéma actantiel, nous avons procédé au codage en même temps que nous avons fait la transcription des entretiens. Pour rendre l'analyse et le codage plus aisés, nous avons découpé le texte transcrit en petits blocs de temps (*timestamps*) d'environ une minute ou une minute et demie, en nous basant sur le rythme naturel du récit fait par les participants. Chaque bloc de temps a été associé à l'une ou l'autre des cinq étapes du schéma narratif. Il est arrivé parfois que, à l'intérieur d'un même bloc de temps, le récit passe d'une étape à l'autre. Nous avons également, dans un document à part, fait un résumé (en une ou deux phrases) de chacune des sections du schéma narratif. Il est important de souligner que nous avons respecté la séquence selon laquelle les événements nous ont été racontés, même si cette séquence était désordonnée. Nous n'avons pas cherché à recréer l'ordre chronologique du récit ; le but était d'observer son cours plus ou moins linéaire.

Donnons un exemple tiré de l'entretien du participant 6. Il commence son récit par la Situation initiale, qui couvre tout un bloc de temps, plus les trois quarts du bloc suivant. Son propos se résume au fait qu'il a entrepris son baccalauréat en 2017 et que cela lui a causé un stress élevé. Il enchaîne ensuite sur la Complication (visite d'urgence chez le

médecin en 2019 et prescription d'antidépresseurs) mais, trois blocs plus loin, il revient sur la Situation initiale le temps d'un bloc, pour préciser que, au cours du baccalauréat, il a eu recours aux ressources de psychothérapie de son université, sans grand bénéfice. Ces blocs de temps successifs ont donc été notés, dans la transcription, comme appartenant à la Situation initiale, puis à la Complication, puis à nouveau à la Situation initiale, tandis que dans un document à part nous avons résumé en une phrase chacune le contenu de cette Situation initiale et de cette Complication.

L'analyse en vertu du schéma narratif nous a permis de retracer les grandes étapes de l'histoire de la maladie du participant, tout en respectant l'ordre dans lequel cette histoire a été racontée et en observant les sections privilégiées par le récit (c'est-à-dire celles auxquelles le plus de temps est consacré). Nous avons aussi pu cibler, à l'intérieur de l'histoire de dépression, la forme prise par l'histoire de la prise de médicaments : quand commencent-ils à être pris? à quelle fréquence? avec quels impacts? Les éléments mis en relief par cette analyse avant tout narrative et structurale offrent un riche matériel d'interprétation.

En ce qui concerne le schéma actantiel, nous avons identifié, à partir des entrevues, les six actants de chaque récit. Dans chaque cas, nous avons noté quel était l'objet de la quête, et quels étaient les adjuvants et opposants. Nous avons entre autres porté attention à la place du médicament dans ce schéma. En outre, gardant en tête notre intérêt diachronique, nous avons observé si la quête se modifiait au fil de l'histoire : la relation avec le médicament se transformait-elle et, si oui, dans quelle direction? L'objectif était de laisser une place à la nature ambiguë de l'expérience de prise d'antidépresseurs, qui pouvait être éprouvée à la fois (ou successivement) comme désirable et rébarbative. L'analyse narrative offre cette finesse que ne permettent pas d'autres approches méthodologiques, comme l'analyse de contenu qui se retrouve parfois à opposer des blocs figés, en apparence contradictoires. À l'inverse, l'analyse narrative permet de tenir compte de l'aspect temporel et de la nature changeante de la relation entre patient et médicament. En cela, elle rejoint les avantages que Gibson, Cartwright et Read (2014) identifient comme étant ceux de l'approche qualitative :

[qualitative] research points to the value of investigating a temporal process in relation to antidepressants as well highlighting the possibility that patients may have a mixture of good and bad aspects as part of their experience with antidepressants. (p. 89)

Toutes ces informations sur le schéma actantiel ont été inscrites dans un fichier à part, où nous avons également pris en note des éléments thématiques qui nous paraissaient intéressants, notamment en lien avec l'attitude des participants et de leur entourage à l'égard des antidépresseurs.

Enfin, un dernier élément d'analyse découle du propos de Rathbone et al. (2017), pour qui l'expérience des patients en lien avec la prise de médicaments se joue sur le plan de l'identité (définition de soi et interaction entre soi et l'autre). À partir de la revue systématique de 22 études qualitatives portant sur la consommation de médicaments variés, les auteurs concluent que la médication est vue comme ayant une identité propre, ce qui en retour influence l'identité du patient (par exemple, il ne se sent plus lui-même, il doit redéfinir sa vie). Les patients construisent l'identité de leur médicament à travers diverses interactions (avec le médicament lui-même, avec leur entourage, les professionnels, la littérature sur la maladie, etc.) qui influencent leur adhésion. Bref, la prise de médicament entraîne un enjeu identitaire, et l'adhésion est un processus dynamique qui repose sur l'interaction entre des acteurs sociaux. Les médicaments agissent donc comme de véritables acteurs (*embodied actors*) dans la vie des gens et ils jouent un rôle similaire à celui que jouent nos semblables dans nos existences. Citant une étude de Dingwall et Wilson (1995) sur la profession de pharmacien, Rathbone et al. parlent de la « transformation symbolique » dont les médicaments sont l'objet et par laquelle « *[they change] from biochemical to social entities* » (p. 429-430).

En ce sens, la dernière question que nous avons posée aux participants avait pour but de donner une forme concrète au médicament, pour contribuer à l'incarner dans le récit. Cette question d'imagination était celle-ci : « Si le médicament était une personne, comment la décririez-vous ; et quelle relation diriez-vous que vous avez avec elle? » Nous avons voulu examiner quelle valeur (positive ou négative) était prêtée au médicament à la relation avec lui à travers la symbolisation qui en était faite.

1.3 Critères de rigueur

Tracy (2010) propose huit grands critères de qualité pour une recherche qualitative. Ce sont i. la pertinence (*worthy topic*) ; ii. la rigueur étoffée (*rich rigor*) ; iii. la sincérité ; iv. la crédibilité ; v. la résonance (capacité à affecter les lecteurs) ; vi. la contribution significative ; vii. l'éthique ; viii. la cohérence signifiante (*meaningful coherence*).

Ces critères s'avèrent tous valables, mais l'auteure reconnaît elle-même que, selon le type de recherche menée, certains sont amenés à acquérir plus d'importance. Pour notre part, comme nous l'avons montré dans les sections précédentes, si le sujet de la prise d'antidépresseurs nous apparaît spécialement valable dans le contexte actuel d'augmentation de leur consommation (critère de pertinence) et si nous considérons avoir mené une recherche étoffée et rigoureuse (critères de crédibilité et de rigueur), nous voulons aussi mettre l'accent sur la sincérité, la résonance et la cohérence signifiante.

En ce qui concerne le critère de sincérité, soit la capacité à démontrer de l'honnêteté et de la transparence, nous devons énoncer nos présupposés. Nous étions assez certains que les participants auraient une vision négative des antidépresseurs, qu'ils manifesteraient de la méfiance (présupposé en accord avec la littérature, voir par exemple Knudsen, Hansen, Traulsen et Eskildsen, 2002 ; Prins, Verhaak, Bensing et van der Meer, 2008). Dans les faits, la plupart des propos n'étaient pas entièrement négatifs, plutôt mitigés, alors que certains témoignages ont été positifs, ce qui nous a surpris.

Nous devons aussi mentionner que, ayant nous-même pris des antidépresseurs durant de nombreuses années, nous en avons une vision personnelle négative, qui est sans doute à la racine de notre sujet de recherche : nous cherchons à savoir comment d'autres personnes vivent et gèrent leur rapport possiblement conflictuel avec ce type de médicament. Nous avons été conscient de notre préjugé négatif durant la tenue des entrevues et l'analyse des données, évitant autant que possible de projeter nos propres perceptions sur les données récoltées en entrevue.

Pour ce qui est du critère de résonance, c'est-à-dire la capacité à refléter aux lecteurs, de manière vivante et évocatrice, les témoignages des participants, nous y tenons pour deux raisons. D'une part, la nature du matériau, les récits de dépression, fait qu'il se prête à une présentation prenante, la forme narrative favorisant d'elle-même l'identification et la résonance émotive. D'autre part, l'approche humaniste que nous adoptons tient à conserver à chaque participant sa qualité de personne entière, et non à la limiter au rôle de fournisseur de renseignements ; la qualité de l'écriture permet de rendre plus vivante la présentation des différents participants. Notre background en littérature a pu nous aider à évoquer les témoignages à travers une forme plus travaillée sur le plan artistique (sous-critère de mérite esthétique) dans le but de conférer toute leur ampleur aux témoignages recueillis.

En termes de cohérence, soit la capacité à arrimer la recherche menée avec les buts poursuivis, nous avons d'abord fait une entrevue pilote filmée qui a ensuite été regardée par notre directeur. Celui-ci nous ayant fait des commentaires par rapport au fait que nous ne demandions pas assez de précision à la personne sur certains éléments de son histoire, cette première entrevue pilote n'a pas été retenue. Nous en avons fait une seconde, qui a également été visionnée par notre directeur et à laquelle il a donné son aval. Elle a donc été retenue et elle constitue le témoignage du participant 1.

Par ailleurs, une fois complétés la transcription, le codage des entrevues et l'analyse partielle, nous avons soumis le tout à trois personnes pour obtenir leur avis et ainsi nous approcher d'un accord interjuge dans l'analyse et l'interprétation partielle des données. Ces trois personnes étaient des collègues au doctorat en psychologie. D'approche humaniste, ces personnes adoptaient dans leurs propres recherches une approche soit qualitative, soit quantitative. Chacune a reçu la transcription complète d'une entrevue et notre découpage selon le schéma narratif, ainsi que nos notes par rapport au schéma actantiel et à l'image symbolique du médicament. Nous leur avons aussi présenté brièvement notre devis basé sur l'analyse narrative (avec laquelle tous n'étaient pas familiers).

Ces trois personnes nous ont fait leurs commentaires sur notre travail, tant par rapport à la pertinence de nos éléments d'analyse que par rapport à l'exactitude de leur application. Leurs remarques ont porté surtout sur l'application des critères d'analyse et non sur la validité propre de ceux-ci. Ces remarques peuvent se classer en quatre catégories : i. différence d'analyse (une personne considère que le participant fait moyennement des retours en arrière dans son récit, alors que nous avons indiqué qu'il en faisait beaucoup ; une autre personne considère que la dépression a connu un début ponctuel dans l'histoire du participant, alors que nous avons déduit de celle-ci que sa maladie avait plutôt un cours chronique depuis l'enfance) ; ii. différence d'interprétation (une personne considère que la représentation imagée du médicament faite par le participant est assez positive, alors que nous la considérons comme ambivalente) ; iii. demande d'approfondissement (deux personnes nous ont souligné que nous aurions pu aller plus loin dans l'exploration du passé ou des modes de traitement autre que la pharmacologie, et que nos questions semblaient se concentrer sur l'expérience plus directe de dépression et de prise d'antidépresseurs) ; iv. mise de l'avant de certains éléments thématiques (une personne a attiré notre attention sur le fait que, pour un participant, la molécule enlève les émotions négatives, mais aussi les positives et que cela l'empêche de savoir qui elle est vraiment, ce que nos notes ne reflétaient pas).

Au vu de ces commentaires, soit nous avons ajusté notre analyse en la nuancant, soit nous l'avons gardée intacte en la confirmant par une relecture de la transcription.

1.4 Considérations éthiques

Cette recherche a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté des sciences humaines de l'UQAM (CERPÉ). Les personnes participantes ont été invitées à prendre part à un entretien semi-dirigé d'une durée de 60 à 90 minutes, au cours duquel elles ont été appelées à partager leur expérience de la dépression et de l'usage des antidépresseurs. Avant l'entretien, un formulaire de consentement leur a été présenté, détaillant les objectifs, les risques et les avantages du projet, ainsi que les modalités de participation volontaire et de retrait à tout moment, y compris après l'entrevue.

La confidentialité des données a été assurée par l'anonymisation (usage de codes numériques) des enregistrements et des transcriptions ainsi que par la protection électronique des documents contenant les noms des participants. Seul le chercheur principal a eu accès aux données, qui seront conservées pendant cinq ans après la publication de l'étude, puis détruites.

Une liste de ressources d'aide a été remise aux participants en cas de malaise lié à l'entretien. Toutes les précautions ont été prises pour éviter que les propos publiés ne permettent d'identifier qui que ce soit.

CHAPITRE 2

ANALYSE DES DONNÉES

Ce chapitre porte sur l'analyse des données recueillies à travers les témoignages des participants. En accord avec notre méthodologie axée sur l'analyse narrative, les entrevues ont été étudiées sous l'angle de leur structure narrative et de la manière dont le contenu y est exprimé. Huit catégories ont servi à l'analyse des données, ce qui détermine les huit sections du chapitre.

Les trois premières sections se concentrent sur les analyses faites en fonction du schéma narratif, outil provenant des études littéraires. Nous utilisons ce modèle pour examiner la structure des récits : leur découpage (section 2.1), leur ordre (section 2.2) et leur rythme (section 2.3). Les trois sections suivantes s'attardent au contenu des histoires racontées par les participants : histoire de dépression (section 2.4), histoire de prise d'antidépresseurs (section 2.5) et lien entre les deux (section 2.6). Nous faisons ensuite appel à un autre outil littéraire, celui du schéma actantiel (section 2.7). Enfin, la dernière partie analyse les réponses des participants à une question qui vise à donner au médicament la forme d'un protagoniste dans leur récit de maladie (section 2.8).

Certaines de ces catégories étaient prévues dès l'élaboration du projet, en vertu de notre approche méthodologique. D'autres ont émergé au cours de la transcription des entrevues pour tenir compte des éléments récurrents observés dans les récits. Nos catégories d'analyse combinent donc une approche déductive provenant de la théorie et une approche inductive provenant des données empiriques.

2.1 Schéma narratif

Au chapitre précédent, nous avons décrit en quoi consiste le schéma narratif et quelles sont les cinq étapes identifiées par le théoricien Paul Larivaille, qui permettent de découper n'importe quelle histoire : i. Situation initiale ; ii. Complication ; iii. Action ; iv. Résolution ; v. Situation finale. Notre travail d'analyse a consisté à appliquer ce

modèle, conçu à l'origine pour des œuvres de fiction, à des témoignages réels de dépression.

En étudiant les entrevues faites dans le cadre de notre projet, nous nous sommes aperçus que, à la structure causale du schéma narratif, se superposait une structure chronologique qui mettait plutôt l'accent sur une succession temporelle.

Cette observation appelle quelques explications. Dans le modèle de Larivaille, l'avant-dernière étape ne constitue pas un temps précis, mais la solution aux problèmes. Cette étape découle logiquement de l'étape précédente, presque sous forme mécanique : considérant les difficultés rencontrées (étape iii), il faut appliquer un remède (étape iv). Le moment où ce remède est apporté compte pour peu : l'important est que l'on défasse le nœud.

Par comparaison, dans les témoignages que nous avons recueillis, l'étape de Résolution ne concerne pas nécessairement le fait de régler les problèmes. Elle concerne plutôt l'état actuel de la personne par rapport à la dépression et à la prise d'antidépresseurs. Les participants spécifient toujours où ils en sont maintenant avec ces questions. Bien entendu, cette position découle de l'étape d'Action précédente, mais ce qui nous semble surtout notable est l'ancrage dans le temps actuel. Dans chaque témoignage, cette étape ne vise pas tant à affirmer « Voilà comment j'ai surmonté les obstacles » qu'à constater « Voilà où j'en suis maintenant ». Il ne s'agit pas ici d'opposer deux types de rapport (causal vs temporel), mais de noter la primauté qui est accordée, dans les récits des participants, à l'aspect temporel (« je parle de mon état actuel ») sur l'aspect causal (« j'explique comment j'ai remédié à mes ennuis »).

De même, dans les entrevues, l'étape de Situation finale consiste en une projection dans l'avenir. Chaque participant s'interroge sur le cours que sa dépression risque de suivre et sur la pertinence de maintenir ou d'arrêter la prise d'antidépresseurs. Par comparaison, dans le modèle de Larivaille, l'étape finale concerne un état d'équilibre sur lequel l'histoire se termine. Encore une fois, dans ce modèle provenant des études littéraires, il ne s'agit pas d'un temps particulier, mais d'une suite logique qui découle de la résolution

des problèmes : considérant la réponse trouvée, voici l'état final auquel parvient le protagoniste.

Chez les participants à notre enquête, il n'y a pas de situation terminale, déjà présente ou à venir, qui viendrait résonner comme un point d'orgue. Il y a plutôt des interrogations, des prédictions, des doutes, des craintes qui concernent le futur. De nouveau, c'est l'aspect temporel qui nous paraît prééminent. Chaque personne envisage le temps qui s'en vient, ce qui se profile à l'horizon, et cherche à le décrire à la lumière de ce qu'elle connaît actuellement.

Bien sûr, dans les témoignages, un lien de causalité relie les étapes (l'avenir est envisagé en fonction d'un présent qui lui-même découle du passé), mais la trame chronologique nous semble avoir la priorité. Les gens répondent aux questions « où en suis-je maintenant et vers où est-ce que je m'en vais? » Pour cette raison, nous avons choisi d'ajuster le schéma narratif classique en changeant légèrement la dénomination (en gras) des avant-dernière et dernière étapes :

- i. Situation initiale
- ii. Complication
- iii. Action
- iv. Résolution (**État actuel**)
- v. Projection dans l'avenir**

Une part de l'analyse a consisté à découper en cinq étapes narratives chacune des histoires recueillies. L'étape la plus délicate à déterminer a été la deuxième, celle de la Complication. En effet, dans le modèle théorique, c'est un moment charnière avant lequel les choses sont relativement tranquilles et après lequel les péripéties s'enchaînent. En d'autres mots, c'est le point pivot à partir duquel les circonstances deviennent tellement graves qu'elles provoquent une intervention notable du héros.

Dans le cas des récits des participants, systématiquement, la Complication renvoie à une crise dépressive qui émerge et à une consultation médicale faite dans l'urgence. Un

équilibre (parfois précaire) existait, qui est rompu. Jusque-là, la personne souffrait, mais somme toute les choses restaient sous contrôle : les modes de *coping* permettaient de maintenir une stabilité. Quand survient l'événement déclencheur, la personne prend conscience d'un problème et y réagit immédiatement. À partir de ce moment, les symptômes sont jugés avec plus de sérieux, imposant une prise en charge médicale temporaire et, parfois, la mise en place d'un régime pharmacologique. Les Actions qui suivent découlent de ce tournant.

On trouvera dans le Tableau 2.1 le découpage en séquences des neuf récits.

Par ailleurs, il nous a paru important de déterminer dans quelle mesure le récit s'attardait à chacune des cinq étapes. Certaines d'entre elles prenaient-elles plus de place que les autres dans le cours de la narration? Pour évaluer cet aspect, nous avons procédé de manière à la fois quantitative et qualitative. D'abord, un critère numéral a été déterminé, comptabilisant les petits blocs temporels dont la succession forme le récit. Cela nous a ensuite permis de classer les étapes en trois grandes catégories pour déterminer si le récit s'arrêtait sur chaque étape un peu, moyennement ou beaucoup.

Plus précisément, notre critère mesurable s'appuie sur l'horodatage (*timestamping*) en vertu duquel nous avons découpé les récits. Ceux-ci ont tous été divisés en blocs d'une minute en moyenne, selon les pauses naturelles entre les phrases et dans le cours de la narration. Nous avons ensuite décidé qu'**un seul** bloc de temps consacré à une étape signifiait que celle-ci était **peu** traitée ; que **deux à quatre** blocs de temps consacrés à une étape signifiait que celle-ci était **moyennement** traitée ; et que **cinq** blocs de temps ou plus consacrés à une étape signifiait que celle-ci était **beaucoup** traitée. Dans le Tableau 2.1, les étapes auxquelles le récit s'attarde peu sont indiquées en rouge ; celles auxquelles le récit s'attarde moyennement sont indiquées en jaune ; et celles auxquelles le récit s'attarde beaucoup sont indiquées en vert.

Tableau 2.1 Schéma narratif

	SITUATION INITIALE	COMPLICATION	ACTION	RÉSOLUTION (ÉTAT ACTUEL)	PROJECTION DANS L'AVENIR
P1	au secondaire, cégep et début vie adulte, a des gros down épisodiques	début âge adulte, parle à son médecin de ses down	début prise des AD, plusieurs essais de molécules à cause des effets secondaires	ça va bien, est stable grâce aux AD combinés avec le gym	aimerait se sevrer à cause des effets secondaires, et des interactions avec d'autres médicaments
P2	fin du secondaire difficile	arrêt de travail au cégep	changements de médicament, puis sevrage	va un peu mieux	veut tenter d'arrêter les AD, mais la dépression pourrait revenir
P3	dépressive dès la 6 ^e année du primaire, prend du Prozac un certain temps puis arrête, mais dépression reste cyclique	échec au stage en psychoéducation et, en 2016, grosse rechute de dépression, décide de recommencer le Prozac, diagnostic de dysthymie	change Prozac pour citalopram (plus favorable à grossesse et allaitement)	est sous contrôle, continue les AD pour rester stable	risque permanent de rechute
P4	longue période marquée par des symptômes dépressifs, mais hésitation à prendre des AD	microagression récente exacerbe les symptômes, consultation et prise d'AD	effets longs à se faire sentir	va bien	aimerait arrêter, hésite
P5	émotive à l'adolescence (automutilation), puis relation toxique début âge adulte	séparation en 2008, diagnostic de dépression, prescription d'AD (mais préfère ne pas en prendre)	alternance de prises d'AD, rechutes, et consultations de pys et médecins	n'est plus en dépression, est à l'aise avec le fait d'être sur les AD, constate les résultats concrets du médicament	pense à arrêter, grande ambivalence envers les AD
P6	beaucoup de stress au bac	gros stress en fin de session (automne 2019), va demander de l'aide médicale	pandémie de COVID empire les choses, essaie d'arrêter les AD	se considère encore en dépression, continue à prendre les médicaments, mais ambivalence	aimerait arrêter les AD, mais y voit des avantages

P7	abus sexuel à 3-4 ans, entre en thérapie à 4-5 ans ; adolescence rebelle et thérapie familiale	autour de 26 ans, décide de consulter à cause d'une période difficile dans sa vie	début prise d'AD, fonctionnent bien (même si elle arrête une fois)	tout va bien grâce à la thérapie	[partie absente du récit]
P8	enfance et adolescence difficiles (gangs de rue)	mort de la mère en 2021, crise dépressive, décide de prendre des AD	affirmation des effets positifs des AD	est mariée et a une famille grâce aux médicaments	ne se voit pas arrêter les médicaments, est là-dessus à long terme et à l'aise avec ça
P9	gros épisode dépressif lors d'un stage à l'étranger	dépression existentielle, se met à prendre des AD	arrêt et reprise des AD un an plus tard ; burn-out dix ans plus tard	n'est plus en dépression et continue les AD	ambivalente à l'idée d'arrêter

Légende
étape peu traitée = rouge
étape moyennement traitée = jaune
étape beaucoup traitée = vert

Au sujet du temps consacré à chaque étape, on peut constater une diversité, mais quelques remarques d'ensemble peuvent être faites. Ainsi, de manière générale, il est rare que le récit s'arrête peu à des étapes : sur un total de 45 étapes (cinq étapes dans chacun des neuf récits), seules cinq sont relatées rapidement.

On peut aussi noter que l'un des participants (numéro 7) ne mentionne pas d'avenir, ce qui est lié au contenu de son histoire ; nous y reviendrons dans la section sur l'interprétation des résultats.

Outre cela, on peut observer que l'étape de Complication est moins investie narrativement (codée en vert trois fois sur neuf), alors que les Actions le sont plus (codées en vert six fois sur neuf). Une telle différence a du sens en regard du contenu de ces étapes. En effet, la Complication est un moment pivot généralement limité dans le temps, alors que les Actions sont des péripéties étendues et parfois désordonnées : long moment existentiel fait d'essais et d'erreurs, de changements de molécule et de tentatives de sevrage.

En ce qui concerne le contenu, les Situations initiales sont très variées. Certaines remontent à la petite enfance pour décrire une situation d'abus sexuel (participant 7), tandis que d'autres se situent à l'âge adulte, par exemple lors d'un stage de collaboration humanitaire à l'étranger (participant 9). L'étape de la Complication, comme nous l'avons mentionné, est assez uniforme : une crise dépressive survient, amenant la personne à aller consulter un médecin en urgence.

Généralement, la troisième étape, celle de l'Action, est centrée sur la prise d'antidépresseurs : gestion du dosage et des effets secondaires, suivi des effets positifs, changement éventuel de molécule, alternance d'arrêts et de reprises, etc. Il faut souligner que la désignation unique d'« Action » recouvre en réalité plus d'une péripétie. Le Tableau 2.1 les condense en un seul résumé, mais dans la réalité des témoignages les actions sont multiples.

Par exemple, nous avons résumé l'Action du participant 8 à une manifestation claire des effets positifs des antidépresseurs, mais dans les faits son récit comporte quatre péripéties : 1. au début de la prise de médicaments, ils la font dormir et elle reste à la maison à cause de la pandémie ; 2. deux mois plus tard, elle décide de changer pour la venlafaxine ; 3. elle constate de nombreux effets positifs des antidépresseurs (elle arrête de boire, a plus d'énergie, a plus l'impression d'être

elle-même) ; 4. elle tombe enceinte et continue la prise de médicaments pour rester stable émotionnellement.

En ce qui concerne l'étape de l'État actuel, elle s'articule toujours autour d'une seule question : la dépression est-elle sous contrôle ou non?

Enfin, la partie qui s'intéresse à la Projection dans l'avenir gravite elle aussi autour d'une question centrale : la personne prévoit-elle arrêter les médicaments ou continuer à les prendre?

2.2 Ordre du récit

Une fois que le schéma narratif établi, une deuxième perspective s'ouvre. Il convient de vérifier dans quel ordre le récit est fait : les événements sont-ils relatés en ordre chronologique ou dans le désordre?

L'ordre chronologique se définit par le respect de l'enchaînement causal des étapes : celles-ci sont racontées dans la suite logique où elles se sont produites. La séquence Situation initiale → Complication → Action → Résolution → Situation finale est donc respectée. Par contre, dans une histoire racontée de façon désordonnée, certaines de ces étapes sont interverties.

Comme on le verra dans le chapitre suivant, nous interprétons le respect de l'ordre chronologique comme une marque de structuration de l'identité. En effet, cette dernière se bâtit à même le déroulement du récit, ce que théorise le concept d'identité narrative (Ricoeur, 1990). Le fait qu'un témoignage soit linéaire montre la solidité et la sécurité qu'offre le récit comme mode de construction du soi dans le temps, spécialement lorsqu'il s'agit d'aborder un sujet comme la dépression, trouble qui malmène le sens de soi.

À l'inverse, lorsque le récit est raconté de façon non linéaire, deux procédés sont à l'œuvre. Tous deux consistent à faire des sauts dans le temps.

D'une part, le récit peut revenir dans le passé et aborder des événements qui, selon l'ordre chronologique, se sont produits auparavant, mais n'ont pas été abordés jusqu'ici. On parle d'analepses pour désigner ces retours dans le passé (on connaît mieux le terme anglais de

flashback). D'autre part, le récit peut anticiper sur le cours des événements, mentionnant tôt des événements qui n'arriveront que plus tard dans l'enchaînement normal des épisodes. On parle de prolepses pour désigner ces sauts vers l'avenir (on connaît peut-être le terme anglais de *flashforward*).

La mise en œuvre d'analepses et de prolepses dans le récit crée donc un flot moins lisse et produit un récit moins linéaire, qui pourrait témoigner d'un sens du soi plus fragile et fragmenté. Nous avons d'ailleurs vu, dans le chapitre précédent, comment la dépression peut être conçue comme un trouble qui attaque le sens de la temporalité et de l'identité. Au chapitre suivant, nous argumenterons que l'ordre chronologique présent chez les participants, malgré un certain nombre d'analepses et de prolepses, témoigne d'une résistance à cette dissolution du temps et du soi à cause de la dépression.

Dans le cas des récits de dépression faits par les participants à notre étude, tous comportent des analepses ou des prolepses. Néanmoins, ces sauts dans le temps se trouvent en nombre varié. Il convenait donc de déterminer la part du récit qu'ils occupaient. Observant que, dans l'ensemble des récits recueillis, le nombre d'analepses ou de prolepses variait entre zéro et cinq (nombre de fois où un saut dans le temps est fait), nous avons établi la règle qu'**un ou deux** sauts dans le temps équivalaient à **un peu** d'ampleur ; que **trois ou quatre** sauts dans le temps équivalaient à une présence **moyenne** ; et que **cinq** sauts dans le temps signalaient qu'il y en avait **beaucoup**.

Une note s'impose en ce qui concerne les prolepses. Nous avons dû décider si la cinquième étape du schéma narratif, celle de la Projection dans l'avenir, représentait une prolepse, puisqu'elle décrit des événements non encore advenus. Nous avons décidé de ne pas la considérer comme une prolepse lorsque le témoignage du participant se concluait bel et bien sur cette étape (qui se trouvait ainsi à sa place naturelle). En contrepartie, nous avons décidé de considérer la Projection dans l'avenir comme une prolepse quand elle ne concluait pas le récit.

Par exemple, chez le participant 3, l'avenir est mentionné tôt (la personne dit être presque certaine de refaire une dépression si, à l'avenir, elle cesse de prendre les médicaments), mais ensuite la personne revient à la Complication (moment où elle est rentrée de voyage au début de

la vingtaine et a connu une importante rechute dépressive). Dans un cas comme celui-là, la Projection dans l'avenir compte comme une prolepse.

Enfin, à partir du décompte des sauts dans le temps (vers le passé et vers le futur), nous avons dû déterminer si chacun des récits était fait en ordre chronologique ou non. La question était délicate : à partir de combien d'analepses et de prolepses considère-t-on que le récit est tellement déconstruit qu'il ne peut plus être considéré comme linéaire? Dans le domaine des études littéraires, il n'existe aucune règle absolue, et l'appréciation est généralement intuitive : telle ou telle narration *semble* plutôt ordonnée ou désordonnée. Ainsi, on reconnaît que *L'Odyssee* d'Homère est un récit peu chronologique, les aventures d'Ulysse étant racontées dans le désordre et alternant avec les péripéties de son fils Télémaque, tandis que *Gargantua* de Rabelais est considéré comme un récit linéaire allant de la naissance à l'âge adulte du héros. Mais il n'existe aucune loi définie permettant de trancher.

En ce qui concerne notre étude, nous avons établi la règle que **beaucoup** d'analepses conjuguées à **beaucoup** de prolepses (donc un total de dix sauts dans le temps) équivaldraient à un récit morcelé, en manque de synthèse. Dans les faits, aucun récit n'atteint cette marque. Ils peuvent donc tous être considérés comme étant racontés dans l'ordre chronologique, ce qui semble démontrer un sens de soi relativement solide et cohérent. Notre critère d'un récit non linéaire peut avoir l'air sévère, mais on peut noter que, même avec un critère qui aurait été plus inclusif, par exemple une combinaison de **beaucoup** d'analepses et d'un nombre seulement **moyen** de prolepses (ou l'inverse), un seul récit (le numéro 8) aurait pu être considéré comme non linéaire.

Le Tableau 2.2 synthétise tous ces résultats concernant l'ordre du récit. Nous y avons indiqué les trois récits qui ne commencent pas par l'étape 1 (Situation initiale), car cela nous semblait digne de mention.

Tableau 2.2 Ordre du récit

	ordre du récit	analepses	prolepses
P1	chronologique /non linéaire [commence avec étape 2]	aucune/ un peu /moyen/beaucoup	aucune/ un peu /moyen/beaucoup
P2	chronologique /non linéaire	aucune/un peu/moyen/ beaucoup	aucune/ un peu /moyen/beaucoup
P3	chronologique /non linéaire	aucune/ un peu /moyen/beaucoup	aucune/un peu/ moyen /beaucoup
P4	chronologique /non linéaire	aucune/ un peu /moyen/beaucoup	aucune/ un peu /moyen/beaucoup
P5	chronologique /non linéaire [commence avec étape 2]	aucune /un peu/moyen/beaucoup	aucune/un peu/ moyen /beaucoup
P6	chronologique /non linéaire	aucune/un peu/ moyen /beaucoup	aucune /un peu/moyen/beaucoup
P7	chronologique /non linéaire [commence avec étape 4]	aucune/ un peu /moyen/beaucoup	aucune/ un peu /moyen/beaucoup
P8	chronologique /non linéaire	aucune/un peu/moyen/ beaucoup	aucune/un peu/ moyen /beaucoup
P9	chronologique /non linéaire	aucune /un peu/moyen/beaucoup	aucune /un peu/moyen/beaucoup

2.3 Rythme du récit

Pour avoir une image représentative des récits qui sont faits, il faut également inclure le rythme auquel ils se déroulent (ce que l'anglais appelle le *pacing*). Tous les récits comportent cinq étapes et sont racontés dans l'ordre ou dans le désordre, mais qu'en est-il de leur tempo? Sont-ils haletants ou languissants? Dynamiques ou statiques? Quel cours suivent-ils? Sur quels épisodes la narration s'attarde-t-elle? Comment les étapes s'entrelacent-elles les unes aux autres? Cet angle d'analyse permet de montrer le profil de chaque récit, de rendre compte de l'allure qu'il prend.

Pour déterminer le rythme des récits, le premier élément à prendre en compte concerne leur dynamisme. En vue d'établir si un récit était dynamique ou non, nous avons dressé la liste de critères suivante :

- i. Nombreux rebondissements : nous avons examiné si l'étape de l'Action comportait un grand nombre de péripéties. En effet, plusieurs événements entraînent un rythme plus énergique et assurent à l'histoire une diversité plus importante. À travers les récits recueillis, nous avons constaté que le nombre de péripéties oscillait entre un et sept, pour une moyenne de 3,8. Nous avons donc décidé que, avec quatre péripéties et plus, le récit pouvait être considéré comme dynamique.
- ii. Cours inégal : nous avons considéré que si le récit s'attardait de manière à peu près égale à chaque étape il était plus statique, tandis que s'il s'attardait beaucoup à certains épisodes et peu à d'autres il devenait plus varié et donc plus animé. Pour déterminer l'équilibre ou non de chaque récit, nous nous sommes fiés au Tableau 2.1 et à son code de couleurs : si une ligne contenait deux couleurs, nous avons considéré que le cours du récit était stable, et si une ligne contenait trois couleurs, nous avons considéré qu'il était instable.
- iii. Nombreux sauts dans le temps : il nous a semblé qu'un grand nombre d'analepses et de prolepses rendait un récit moins linéaire et donc plus entraînant. Dans les récits recueillis, le nombre de sauts dans le temps oscillait entre zéro et huit, pour une moyenne de quatre. Nous avons donc décidé que, avec quatre sauts dans le temps et plus, un récit pouvait être considéré comme dynamique.
- iv. Peu de digressions : enfin, il arrive aux participants, dans leurs témoignages, de délaisser le récit des événements pour s'attarder à des considérations plus théoriques qui n'ont pas d'impact narratif, c'est-à-dire qu'elles ne font pas avancer le récit. De telles réflexions touchent une foule de sujets, que la personne s'interroge sur sa structure de personnalité, parle du rôle de son entourage dans la perception des antidépresseurs ou dénonce la facilité avec laquelle les antidépresseurs sont prescrits de nos jours. Nous avons considéré qu'un grand nombre de digressions ralentissait le récit, nuisant à son progrès et créant un sentiment de stagnation. Dans les témoignages des participants, le nombre de digression oscille entre deux et huit, pour une moyenne de 4,4. Nous avons donc établi que, avec quatre digressions et moins, le récit était dynamique.

Le Tableau 2.3 rassemble toutes ces données. Nous avons indiqué en vert les critères faisant que le récit peut être vu comme dynamique. Nous avons considéré que, si trois de ces critères étaient atteints pour un même récit, celui-ci pouvait être jugé comme ayant du dynamisme. Il en résulte que quatre récits sont dynamiques, car ils conjuguent, selon des configurations variées, un grand nombre de péripéties, un cours inégal, plusieurs sauts dans le temps et peu de digressions.

Tableau 2.3 Dynamisme du récit

	nombre de péripéties à l'étape Action	cours du récit	nombre de sauts dans le temps	nombre de digressions	récit dynamique
P1	6	égal/inégal	2	2	
P2	7	égal/inégal	6	8	√
P3	2	égal/inégal	6	2	√
P4	1	égal/inégal	3	4	
P5	5	égal/inégal	4	5	
P6	2	égal/inégal	3	8	
P7	6	égal/inégal	4	2	√
P8	4	égal/inégal	8	4	√
P9	2	égal/inégal	0	5	

Par ailleurs, un autre élément touchant le rythme du récit est la prédilection de celui-ci pour certains épisodes : à quelle(s) étape(s) le participant choisit-il de s'attarder? Cette attention à certains moments privilégiés donne du relief au récit, créant en quelque sorte des « pics » narratifs qui prennent de l'importance par rapport aux autres épisodes.

En conséquence, pour chaque récit, nous avons relevé tous les moments auxquels cinq blocs de temps (*timestamps*) ou plus étaient consacrés. Comme on le voit dans le Tableau 2.4, le résultat est très varié : toutes les étapes sont couvertes, de la Situation initiale (SI) à la Résolution (R) en passant par la Complication (C), et différentes Actions (A) ou digressions. On remarque aussi que certains participants ne donnent préséance à aucune étape (participant 9), alors que d'autres prennent le temps d'approfondir plusieurs moments de leur récit (participant 8).

Deux observations d'ensemble émergent de ce portrait. D'un côté, la Projection dans l'avenir est absente comme étape privilégiée. En effet, aucun récit ne met l'accent sur ce moment, ce qui est

notable considérant que tous les autres éléments du schéma narratif sont représentés. De l'autre côté, la plupart des récits (sept sur neuf) n'accordent leur prédilection qu'à un nombre restreint d'épisodes (de zéro à deux). Cela crée des reliefs plus « accidentés », comme des paysages au-dessus desquels seuls un mont ou deux s'élèveraient.

Tableau 2.4 Moments privilégiés par le récit

P1	SI et A1
P2	A3
P3	R
P4	C et R
P5	A3, A4 et R
P6	digression sur les effets positifs et négatifs des médicaments
P7	SI et A1
P8	SI, C, A3, A4, R et trois digressions
P9	aucun

Enfin, au cours de la transcription et de l'analyse, nous nous sommes aperçus d'une configuration particulière du récit que nous n'avions pas prévue au départ. Nous avons constaté que, chez plus d'un participant, il arrivait que le récit, une fois qu'il touchait la Résolution (État actuel), entrait dans une succession de prolepses, d'analepses et de digressions, tout en revenant de temps à autre à la Résolution. Ainsi, la situation présente de la personne servait en quelque sorte d'ancrage temporel autour duquel gravitaient d'autres blocs narratifs.

Comme avec le respect de l'ordre chronologique, une telle configuration nous paraît reliée à la construction de l'identité à travers la narration. Une telle oscillation d'éléments autour de l'étape de l'État actuel peut indiquer que quelque chose se passe sur le plan de l'identité narrative. Nous reviendrons au chapitre suivant sur cette observation, qui nous paraît révélatrice du rôle que le récit peut jouer dans l'exploration des sphères d'existence de la personne.

Dans certains cas, l'étape de Résolution arrive remarquablement tôt dans le récit (par exemple à la neuvième minute sur plus de 40 minutes dans le cas du participant 2), entraînant ensuite une longue suite d'oscillations autour de ce pôle.

Dans le cas du participant 3, la Résolution est annoncée tôt en prolepse (dès la quatrième et la cinquième minutes), avant que le récit ne progresse chronologiquement à travers les Actions, puis parvienne naturellement à la Résolution, pour ensuite faire alterner des digressions, des Projections dans l’avenir et des retours à la Complication autour de cet état actuel, auquel le récit revient toucher encore à deux reprises. Ce type d’agencement singulier commande des remarques que nous ferons dans le chapitre suivant. Pour l’instant, il suffit de constater qu’environ la moitié des participants (cinq sur neuf) adoptent cette configuration narrative.

Tableau 2.5 Oscillations narratives autour de la Résolution

P1	
P2	√
P3	√
P4	√
P5	√
P6	
P7	
P8	√
P9	

Bref, pour refléter avec justesse le profil particulier de chaque récit, il est approprié de tenir compte de son rythme. Ce concept inclut le dynamisme, qui repose sur de nombreuses péripéties, un cours inégal, plusieurs sauts dans le temps et peu de digressions. Le rythme touche aussi les moments privilégiés par le récit de même que la présence d’oscillations narratives autour de la Résolution.

Nous pouvons donc observer des configurations variées touchant le rythme des récits recueillis : certains d’entre eux peuvent être considérés comme dynamiques, ou s’attardent à peu d’épisodes, ou présentent des oscillations autour de la situation actuelle de la personne.

Après nous être attardé sur la structure des récits que nous avons recueillis, nous nous penchons à présent sur leur contenu, pour observer ce que les gens décrivent de leur expérience de dépression et de prise de médicament.

2.4 Histoire de la dépression

Avant la récolte des données, nous avons résolu d'examiner la teneur des récits de dépression qui seraient faits. Comme nous l'avons mentionné au chapitre précédent en abordant notre méthodologie, s'il existe, dans la littérature des *illness narratives*, plusieurs travaux portant sur les récits de dépression, peu d'entre eux s'attardent à la structure même de ces récits, c'est-à-dire aux étapes narratives qui les constituent. Nous avons donc opté pour une approche inductive et choisi de composer un modèle à partir des témoignages que nous avons recueillis. De fait, ceux-ci montrent une uniformité dans leurs paramètres, ce qui permet d'en tirer un schéma homogène et cohérent. On n'a pas affaire ici à un type précis d'histoire, mais à un modèle général permettant de refléter l'ensemble des récits faits par les participants.

Notons d'emblée que les récits respectent tous l'ordre chronologique, c'est-à-dire que leur structure repose sur une séquence alignant passé, présent et avenir. Ils s'inscrivent ainsi dans une trame temporelle solide qui assure un cadre aux événements racontés.

La portion du passé est celle qui est la plus élaborée, recouvrant trois étapes différentes.

D'abord, les participants mentionnent si leur dépression a eu un début précis et identifiable, ou si elle a toujours été plus ou moins présente. Comme on le voit dans le Tableau 2.6, trois des participants peuvent nommer un moment précis où leur dépression a commencé : soit en sixième année du primaire (avec idéations suicidaires, hospitalisation et prescription de Prozac), soit au secondaire au moment de la puberté (les hormones entraînant une humeur plus négative), soit au baccalauréat (à cause du stress lié à un milieu universitaire compétitif). Dans les six autres cas, les symptômes dépressifs semblent avoir été présents depuis aussi longtemps que la personne se souvient. Dans certains cas, cette mention est explicite. Ainsi, le participant 9, possédant un vocabulaire psychologique, se réfère au modèle du *Big Five* pour se décrire comme ayant une personnalité marquée par le névrotisme. Déclarant qu'elle s'est toujours sentie fragile, la personne observe : « on naît avec un certain tempérament, donc j'ai quand même un pourcentage élevé de névrotisme en partant. Il y a une part d'apparis, il y a une part de génétique, je suis pas mal sûre qu'il y a une part de génétique quand même dans mon cas. »

Le participant 7, pour sa part, retrace sa petite enfance à la lumière d'un trauma qu'il y a subi : les symptômes dépressifs qui l'ont amené en thérapie dès ses 3-4 ans pourraient être liés aux abus sexuels qu'il a vécus à cet âge. Pour les autres personnes, aucune précision n'est faite, mais il se dégage de leurs récits l'impression que la dépression a toujours représenté une sorte de nuage sombre qui pesait sur leur vie, sans qu'un point de départ puisse être identifié. Il en va ainsi du participant 2, qui remarque avec une certaine résignation : « Je pense que c'est un peu dans ma nature. Je suis très mélancolique. Je suis capable d'être souvent triste, puis j'ai pas le bonheur facile. »

Ensuite, le deuxième aspect qui concerne le passé et qui se retrouve dans tous les témoignages est le cours suivi par la dépression : la maladie a-t-elle été constante ou épisodique? Dans la totalité des cas, le cours a été fluctuant : la maladie était plus saillante à certains moments, et pour ainsi dire absente à d'autres. Il arrive que la personne précise la cause de ces fluctuations. Dans certains cas, il s'agit de l'impact de l'hiver. Le participant 1, parlant de sa jeunesse au secondaire, dit :

c'est ça, la dysthymie, un genre de petite déprime qui revient de temps en temps, une couple de fois par année, ou bien une fois par année. Ça a été un peu tout le long, un peu style dépression saisonnière. [...] Donc, je sais pas c'est quoi l'impact de la lumière du soleil en tant que tel, mais je sais que c'est beaucoup lié au mode de vie qui ralentit pendant l'hiver. Donc, c'est plus comme ça que je l'attribue. Puis aussi, j'ai comme eu pas mal de mauvaises expériences de temps des Fêtes, donc souvent le temps des Fêtes je trouvais ça difficile, donc il y a une question de temporalité.

Dans d'autres cas, il s'agit de variations endogènes : les symptômes vont et viennent au gré des humeurs, comme si le mal était doté de sa propre dynamique et décidait par lui-même de s'imposer ou de refluer. Dans d'autres cas encore, les personnes soulignent que des événements extérieurs sont venus les affecter et provoquer des chutes dépressives.

À ce propos, la troisième étape qui concerne le passé est le caractère de crise des épisodes dépressifs. Même si l'ensemble des gens décrivent un cours sporadique à leur dépression, certains vivent des creux pénibles mais tolérables, alors que d'autres semblent tomber dans des abîmes de souffrance. Cinq personnes sur neuf entrent dans cette dernière catégorie : dans leurs récits, les

épisodes dépressifs sont particulièrement éprouvants et prennent l'allure de crises qui nécessitent une intervention.

Il n'est d'ailleurs pas rare que l'un de ces moments aigus constitue la Complication dans le schéma narratif. Pour le participant 4, une microagression vécue à un bureau de poste ravive des souvenirs de traumas sexuels dans l'enfance et cause une détresse qui l'amène à aller consulter un médecin et à prendre des antidépresseurs, chose qu'il repoussait depuis longtemps. De même, pour le participant 8, c'est le décès de sa mère qui cause une crise et le convainc de prendre des médicaments. Le participant 9, quant à lui, mentionne une série de crises : un effondrement lors d'un stage de coopération à l'étranger, puis deux ou trois ans plus tard une « dépression existentielle » (la personne n'arrivant pas à choisir ce qu'elle veut faire dans la vie) qui conduit aux urgences, puis encore, une douzaine d'années après, un burn-out qui, précise la personne, la met en arrêt de travail, mais ne constitue pas une dépression en tant que tel, car à ce moment les médicaments lui assurent une stabilité psychologique. Pour cette personne, la dépression représente à chaque fois une chute épouvantable qu'elle tient à éviter de revivre : « Je ne souhaite pas ça à personne. C'est la chose la plus horrible que j'ai jamais vécue. »

La quatrième étape de l'histoire de dépression concerne le présent : aux yeux du participant, dans l'état actuel des choses, la maladie est-elle encore active? Comme on le voit dans le Tableau 2.6, quatre participants sur neuf disent que leur dépression est maintenant inactive, devenue apparemment une histoire du passé. Cette disparition est due entre autres à l'action des antidépresseurs (nous y reviendrons plus loin dans ce chapitre), mais ce n'est pas la seule raison. Ainsi, pour le participant 1, la solution à la dépression réside dans une combinaison de médicaments, de psychothérapie et, à ne pas négliger, d'activité physique : « Moi, j'ai souvent dit que le gym coûte vraiment moins cher qu'un psy. Un mois de gym, ça coûte autant qu'une heure de psy, puis ça marche mieux. »

Bien que cinq personnes considèrent que leur dépression est encore active, toutes jugent qu'elle est sous contrôle, et ce, en partie grâce aux médicaments. Les gens voient leur dépression comme en dormance, mais à des degrés divers. En effet, il arrive que les symptômes soient tout juste maîtrisés et restent proches de la surface. Par exemple, le participant 6, en se basant sur une expérience passée d'arrêt des médicaments, témoigne du fait que les pensées suicidaires risquent

à tout moment de revenir, ainsi que les creux dans l'humeur qui sont pénibles à vivre. La personne recourt à une combinaison de médicaments, de psychothérapie, de sport, d'activités sociales et de passe-temps personnels pour arriver à tenir en échec la dépression. Même dans cette situation, elle considère que la maladie n'est qu'en latence et risque de se manifester à nouveau si les modes de *coping* se relâchent.

Le fait que la dépression ne soit que momentanément tenue à distance est étroitement lié au fait qu'elle risque de se poursuivre. Cette cinquième étape de l'histoire de dépression concerne l'avenir. Du point de vue des participants, y a-t-il des possibilités que le trouble se manifeste encore dans les années à venir? Pour sept personnes, c'est le cas. Le participant 3 est catégorique sur ce point, se fiant à un avis médical :

ce qu'elle m'avait dit, ma médecin, c'est qu'avec mon état, c'est comme un peu une bombe à retardement. Je vais en refaire, une autre dépression majeure, si je n'en prends pas [des antidépresseurs]. Peut-être pas demain, peut-être pas dans six mois, peut-être dans deux ans, on le sait pas... Ben t'sais, rendu là... T'sais, elle avait dit, c'était comme presque sûr que j'allais en refaire une autre si j'en prenais pas.

Deux personnes jugent que la dépression n'a pas de chances de revenir. Dans le cas du participant 1, les choses ne sont toutefois pas claires : il ne parle pas de l'avenir de sa dépression, mais comme il la considère terminée pour l'instant et comme il prévoit cesser la prise de médicaments, nous pouvons conclure que la dépression s'est bel et bien éteinte pour lui. Le cas du participant 7 est particulier : comme on l'a vu dans le Tableau 2.1, c'est la seule personne à ne pas inclure d'étape de Projection dans l'avenir dans son schéma narratif. Pour elle, la situation est claire, le cas est réglé :

- Diriez-vous que vous êtes en dépression en ce moment?
- Non.
- Non? Est-ce que rétrospectivement, vous pourriez dire que vous l'avez été, en dépression, ou que c'était d'autre chose?
- Non, j'ai été en dépression. [...]
- Dans ce cas-là, seriez-vous capable de dire depuis combien de temps vous n'êtes plus en dépression?
- Je pense que je dirais depuis au moins juillet, juin-juillet 2021.
- À peu près six mois après avoir arrêté [la médication]?
- Oui, parce qu'on a emménagé dans un nouveau condo, puis c'est près de cette date-là. Oui, ça va bien.

En somme, l'histoire de dépression telle qu'on peut la construire à partir des témoignages recueillis présente une structure chronologique qui comporte cinq éléments. Le passé est la période la plus investie narrativement, couvrant le début de la dépression, le cours qu'elle a suivi et le caractère de crise des épisodes. En ce qui concerne le présent, la dépression est soit active, soit inactive. Et pour ce qui est de l'avenir, les personnes jugent différemment si la maladie risque de revenir.

À cette histoire de dépression s'ajoute celle de la prise de médicaments : quel récit est fait de l'arrivée des antidépresseurs dans le cours de la maladie? C'est le point que nous allons maintenant aborder.

Tableau 2.6 Histoire de la dépression

	PASSÉ			PRÉSENT	AVENIR
	début	cours	épisodes ont un caractère de crise	état actuel	risque de retour
P1	précis/a toujours été là	constant/ épisodique	oui/ non	dépression active/ inactive	oui/ non
P2	précis/a toujours été là	constant/ épisodique	oui/ non	dépression active/inactive	oui/non
P3	précis/a toujours été là	constant/ épisodique	oui/ non	dépression active/inactive	oui/non
P4	précis/a toujours été là	constant/ épisodique	oui/non	dépression active/inactive	oui/non
P5	précis/a toujours été là	constant/ épisodique	oui/non	dépression active/ inactive	oui/non
P6	précis/a toujours été là	constant/ épisodique	oui/ non	dépression active/inactive	oui/non
P7	précis/a toujours été là	constant/ épisodique	oui/non	dépression active/ inactive	oui/ non
P8	précis/a toujours été là	constant/ épisodique	oui/non	dépression active/inactive	oui/non
P9	précis/a toujours été là	constant/ épisodique	oui/non	dépression active/ inactive	oui/non

2.5 Histoire de la prise d'antidépresseurs

À l'histoire de la dépression se superposent les aléas de la prise de médicaments. Ce lien naturel entre maladie et médication est renforcé par la première question de notre grille d'entrevue : « Pouvez-vous me raconter l'histoire de votre dépression, ainsi que la place que les médicaments y ont prise? » C'est donc sans surprise que les participants font état des transformations de leur relation avec les antidépresseurs, relation ambiguë marquée aussi bien par le doute et la méfiance que par l'espoir et la gratitude.

Comme nous l'avons mentionné dans le premier chapitre, il existe à notre connaissance peu d'études qui abordent les récits de prise d'antidépresseurs sur le plan de la structure narrative (alors qu'il existe plusieurs analyses thématiques). En ce sens, c'est sans a priori en termes de résultats que nous avons examiné les récits que nous avons recueillis, observant les récurrences entre les divers témoignages. Comme on le voit dans le Tableau 2.7, une structure fort semblable à celle de l'histoire de dépression se dégage des récits des participants : il s'agit d'une structure chronologique où la portion du passé est prédominante. Ces deux histoires (dépression et prise de médication) se superposent donc harmonieusement. Les cinq éléments que nous avons pu identifier (trois pour le passé, un pour le présent, un pour l'avenir) se retrouvent sous une forme similaire dans l'histoire de dépression et à travers les témoignages des participants.

Le premier élément concernant le passé est le moment où la prise de médication débute : s'enclenche-t-elle dès l'apparition des symptômes dépressifs ou plus tard?

Dans quatre cas sur neuf, la consommation des médicaments se fait sur-le-champ, dès la consultation auprès du médecin en raison de symptômes saillants. Que cette consultation se fasse tôt (en sixième année du primaire pour le participant 3) ou plus tard (au baccalauréat pour le participant 6) ne change rien à l'affaire : la prescription faite par la personne soignante est aussitôt appliquée par la personne malade.

Dans les cinq autres cas, la prise de médicaments se fait après-coup. Les raisons du délai tournent toujours autour de réticences personnelles, parfois parentales quand la prescription est faite avant la majorité de l'enfant, réticences qui sont de divers ordres (par exemple, la peur des effets

secondaires, la peur d'émoussement des émotions positives ou la méfiance envers les compagnies pharmaceutiques). Le délai peut être long entre la recommandation médicale et le choix du patient de la suivre. Cela peut s'étirer sur quelques années.

Ainsi, l'histoire du participant 4 contient une longue phase d'hésitation devant la perspective de prendre les médicaments. Depuis le cégep, cette personne se sent fatiguée, rumine beaucoup, ne ressent plus de plaisir. Au début de l'université, une amie lui suggère de prendre des médicaments. La personne y réfléchit, en parle à sa psychologue, mais en fin de compte s'abstient d'y recourir, de peur d'éprouver moins d'émotions positives. Une fois ses études terminées, la personne trouve un premier emploi, qui s'avère décevant et fait naître des symptômes dépressifs et anxieux. Un médecin prescrit des antidépresseurs, et la personne est encouragée à en prendre à l'instar de son nouveau conjoint qui, lui, en consomme. Mais encore une fois, elle ne fait pas le saut. Ce n'est qu'en août 2021, lorsqu'elle est exposée à une microagression, que la personne vit une résurgence des symptômes. Envahie d'un sentiment d'urgence, elle se met à prendre des antidépresseurs, la seule chose qui lui semble alors apte à soulager sa souffrance.

Si le début de la prise de médication se fait souvent dans un contexte de crise, plusieurs participants mentionnent être à l'aise avec l'adoption d'un régime pharmacologique qu'ils ont repoussé : si jusque-là ils ont éprouvé des réticences, une fois placés devant la seule option qui leur semble encore possible, ils franchissent le pas de bon gré, sans amertume ou arrière-pensée. Ainsi, le participant 9 raconte ceci, insistant sur la rapidité d'efficacité de la médication :

- Et à ce moment-là, j'ai consulté, je suis allée en urgence à l'hôpital et c'est là qu'on m'a donné des antidépresseurs. Ça l'a tout de suite rapidement fait effet.
- Je suis curieux de savoir, donc tu as accepté tout de suite de les prendre, les antidépresseurs. Est-ce qu'il y a eu une hésitation de ta part?
- Pas à ce moment-là parce que j'étais vraiment au bout de rouleau. C'était comme, n'importe quoi, je veux dire, c'était trop difficile, je voulais vraiment pas être dans cet état-là.
- Puis te souviens-tu, avant de commencer à les prendre, quelle était ton opinion en général par rapport aux antidépresseurs?
- Je pense que j'ai eu peut-être certains préjugés du genre que c'est peut-être plus pour les personnes faibles. [...] Étant habituée à la réussite, je pense que j'avais un peu ce schéma mental là, mais pas non plus à l'extrême.

- Okay, puis surtout, comme tu disais, avec la détresse que tu vivais à ce moment-là, tu étais prête à vraiment les prendre.
- Oui, donc je les ai pris, ça a fait effet très rapidement.

Certaines personnes regrettent même d'avoir attendu si longtemps avant de recourir aux antidépresseurs. Revenant sur son histoire de vie, le participant 8 s'aperçoit que sa trajectoire marquée par la délinquance et les comportements autodestructeurs aurait été différente si les antidépresseurs avaient été consommés beaucoup plus tôt, dès l'enfance :

J'ai longtemps pensé que c'était pas bon, puis je suis comme, non, vraiment, j'aurais dû faire ça bien avant. [...] J'ai même l'impression que, si j'aurais eu ce médicament-là, mettons, plus jeune... Parce que c'était tabou chez moi, mes parents m'ont jamais amenée consulter pour rien. J'ai l'impression que, si j'avais eu un suivi de la médication, peut-être même que j'aurais pas fait toutes les choses que j'ai fait, d'aller traîner dans la rue, d'avoir des problèmes de consommation, de prendre de la drogue dure, toutes ces choses-là. J'ai l'impression que j'aurais pu les éviter avec la médication.

En somme, dans environ la moitié des cas, la prise de médicaments se fait après la manifestation des symptômes dépressifs en raison d'hésitations, ce qui témoigne d'une ambivalence. Celle-ci peut disparaître avec l'expérience concrète et la constatation des réels bénéfices liés à la médication, comme c'est le cas pour le participant 9, mais, ainsi qu'on va le voir, l'incertitude se maintient parfois plus longtemps dans l'histoire de la personne.

Le deuxième élément concernant le passé dans l'histoire de prise d'antidépresseurs est lié au cours que suit la consommation de médicaments : est-ce un cours régulier ou sporadique? Dans le premier cas, la personne reste sur un régime pharmacologique constant, ce qui lui assure une stabilité, tandis que, dans le second cas, le recours aux antidépresseurs se fait seulement au moment des crises, quand l'urgence de la situation impose une telle solution. Encore ici, comme avec le premier élément, les résultats se partagent en deux parts presque égales : quatre participants connaissent une prise régulière de médicaments, et cinq participants, une prise sporadique.

Le caractère ponctuel de la consommation d'antidépresseurs peut être lié à un désir d'arrêter les médicaments, ce qui signale une attitude ambiguë. Les participants 6 et 9 tentent de se sevrer, l'un en raison des bons résultats procurés par la pharmacologie, l'autre à cause des effets

secondaires trop importants. Mais dans les deux cas, le retour des symptômes les amène à reprendre les médicaments, avec un changement de molécule.

Ce dernier élément est crucial et constitue le troisième aspect de l'histoire passée : y a-t-il modification de la prescription? Dans la grande majorité des cas (sept sur neuf), un tel changement a lieu. Le participant 3 résume une exaspération palpable chez plusieurs autres participants de notre étude par rapport aux tentatives de découvrir quelle médication fonctionne le mieux :

c'est long, cette affaire-là, c'est vraiment chiant! Je comprends pas pourquoi c'est long de même, tu sais, ils font ça comme en huit semaines, là! C'est vraiment, vraiment long, tu sais, faut qu'ils te suivent jusqu'à zéro, puis après, qu'ils recommencent. Puis non, je me souviens que ça n'avait pas été vraiment le fun.

En ce qui concerne le participant 2, ces tâtonnements pour trouver la bonne molécule représentent une part importante des péripéties de la phase d'Action. La personne se fait d'abord prescrire du citalopram en petite dose, ce qui donne peu de résultats. Après six mois, elle passe à la venlafaxine (Effexor) en augmentant graduellement la dose à toutes les deux semaines, mais les effets ne sont guère plus concluants. En parallèle, la personne prend des Seroquel pour favoriser son sommeil, mais même à l'état de veille elle se retrouve dans un état confus, ce qui nuit à ses études universitaires. Elle demande à son médecin de changer la venlafaxine pour la desvenlafaxine (Pristiq), car sa mère en prend et le tolère bien. Cette molécule s'avère plus efficace, et la personne en prend durant deux ou trois ans avant de commencer à réduire la dose pour passer de 150 mg à la dose actuelle de 50 mg. On constate donc un parcours relativement long et compliqué : les « aventures » de la personne consistent en une série d'essais et d'erreurs. Bien qu'elle ne se plaigne pas directement de ce processus, elle manifeste une ambivalence par rapport aux médicaments, tout en reconnaissant que son opinion a évolué vers une plus grande acceptation.

La raison principale qui dicte le changement de médicament est le caractère pénible des effets secondaires. Dans la grande majorité des cas, au cours de leurs témoignages, les participants consacrent au moins une digression, parfois longue, à déplorer les impacts négatifs qui viennent avec la prise d'antidépresseurs. Le participant 6 revient à plusieurs reprises sur deux

inconvénients majeurs qui sont la perte de libido et la sudation intense. Ces effets sont tellement importants qu'ils dépassent presque les avantages de la médication et constituent l'une des raisons pour lesquelles il aimerait arrêter d'en consommer à l'avenir. Pour sa part, le participant 1 fait preuve d'humour par rapport aux effets secondaires. Ayant signalé que son médecin ne lui en a pas parlé et qu'il a dû faire ses recherches par lui-même sur Internet, il commente :

on en parle pas, mais je lis en ligne que prendre de la MDMA avec [la médication], ça peut être dangereux. Prendre des antitussifs avec, ça peut être dangereux. Sirop contre la toux. C'est peut-être ça qu'ils devraient dire aux gens, parce que « Okay, tu pourras pas chauffer de machinerie lourde si tu prends des antidépresseurs et de l'alcool », c'est comme : « Ben, merci... Je vais faire attention... » Mais c'est ça, les raisons pourquoi j'évite de prendre des médicaments, c'est que souvent il y a des effets secondaires, il peut y avoir des interactions que t'as pas prévues.

Les autres raisons expliquant le changement de prescription sont aussi liées à des effets organiques. Pour le participant 5, c'est le désir de ne pas prendre de poids. La personne constate qu'elle est plus énergique et capable d'accomplir des tâches grâce aux antidépresseurs, mais qu'en contrepartie elle tend à engraisser. Elle dit souhaiter se sentir belle, et cette alternative entre être productive et se sentir bien dans sa peau la fait hésiter, au point d'arrêter la prise de médicaments dans un premier temps, puis de faire modifier sa prescription quand une relation amoureuse difficile la met en état de détresse. Pour l'avenir, elle est prête à continuer à prendre de la médication, à condition de ne pas prendre de poids.

Un autre témoignage fait état d'une modification de médicament en raison de la grossesse. S'étant fait prescrire du Prozac dans l'enfance, la personne change sur les conseils de son médecin dans le but de préserver la santé du bébé à naître :

- Donc, ce qui avait justifié ce changement-là de médicament?...
- C'était vraiment la grossesse. Ça a l'air que le Prozac était pas trop bon pour le développement cardiaque du fœtus, il y avait plus de risque, puis le citalopram était mieux toléré et il était toléré aussi pour l'allaitement. Parce qu'il y en avait un autre qui était toléré pour la grossesse, mais pas pour l'allaitement. Vu que je savais que je voulais allaiter, ben... J'avais juste tout de suite été pour celui qui marchait avec l'allaitement aussi.

Cet élément dans l'histoire de la prise de médication, soit la modification de prescription, nous semble particulièrement révélateur du lien qui se crée entre la personne souffrant de dépression et

le médicament qu'elle consomme. Il ne s'agit pas d'un composé inerte que l'on se contente d'avalier, mais d'une quasi-personne qui prend une part importante dans une longue action et avec laquelle on entre en relation, parfois de manière problématique. Les changements de molécule montrent la difficulté d'établir une relation stable avec cet « actant » qui joue un rôle crucial dans l'histoire de la personne, et donc dans sa définition de soi. Nous allons voir plus bas, dans la section consacrée au schéma actantiel, comment le médicament s'inscrit dans la quête des participants et y remplit des fonctions variables, marquant à chaque changement de rôle une redéfinition des objectifs de la personne par rapport à sa maladie et à son existence.

Le quatrième élément dans l'histoire de la prise de médication concerne le présent. Les gens sont-ils encore en train de consommer des antidépresseurs ou ont-ils cessé? À une exception près, tous en prennent encore. Nous allons voir à la section suivante la nature précise du lien entre maladie et médicament selon chaque participant, mais dans les faits huit personnes sur neuf sont encore en train d'en consommer au moment de l'entrevue. Certaines se disent à l'aise avec cette situation, d'autres expriment un embarras.

En fait, l'état actuel de la prise de médicaments prend tout son sens quand on le met en lien avec l'avenir, cinquième élément de l'histoire. Que la personne suive, au moment actuel, un régime pharmaceutique, soit. Mais que faire avec cela? Faut-il arrêter ou continuer? Là se trouve l'enjeu crucial, car il met en jeu non seulement le cours futur de la maladie, mais la définition même du soi à travers le développement d'une histoire de vie : où veux-je aller à partir d'ici? qu'est-ce que je souhaite pour moi-même? quels objectifs et quelles valeurs me guident dans ma trajectoire? Le médicament vient questionner le sens de soi et ouvre un horizon vers lequel se diriger, vers lequel cheminer en quête d'une réponse.

Ainsi, le dernier élément de l'histoire, présent chez tout le monde à l'exception d'une personne, consiste en une projection vers l'avenir. Certaines personnes veulent cesser la prise de médicament, d'autres souhaitent la poursuivre. Le participant 7 est le seul à ne pas mentionner d'avenir, comme on l'a vu dans la section sur le schéma narratif. Pour lui, le cas est réglé : les antidépresseurs ont mis un terme à la dépression, il n'y a pas lieu de s'interroger sur la suite. L'avenir existe, mais il n'implique ni maladie ni médicament.

Trois personnes sur neuf veulent poursuivre la prise de médicaments. L'une est absolument certaine de sa décision : considérant que, selon elle, la dépression reviendra à coup sûr, la prise d'antidépresseurs à long terme est nécessaire. Pour sa part, le participant 8 se montre particulièrement élogieux par rapport à la médication. La personne le précise d'emblée : elle a voulu participer à notre étude pour exprimer à quel point la médication lui a apporté du soulagement et pour partager cette expérience positive. Quand elle envisage son avenir, non seulement elle désire continuer le régime pharmacologique, mais elle souhaite même augmenter la dose, après une diminution liée à la venue d'un enfant :

s'il y aurait pas eu de bébé, j'aurais voulu continuer cette dose-là. Même aujourd'hui, j'aimerais reprendre cette dose-là, mais j'allaite, donc j'ai encore les mêmes soucis. Mais si c'était pas de l'allaitement, de la grossesse, moi, j'aimerais continuer avec la dose de 225, parce que [...], sur 225, j'avais beaucoup d'énergie et beaucoup de désir de socialiser aussi.

De son côté, le participant 9, bien qu'il mentionne vouloir maintenir la prise de médication, se montre plus hésitant. Il admet avoir besoin de cette aide pour stabiliser son humeur, surtout dans un contexte où il considère avoir une structure de personnalité propice à la dépression, mais en même temps il évoque le désir d'être autonome, c'est-à-dire de gérer ses problèmes par lui-même sans devoir s'appuyer sur une « béquille ». Le compromis que la personne fait dans son for intérieur est de comparer la dépression à une maladie physique (le diabète), qui impose le recours à un remède spécifique (l'insuline). Ainsi, à ses propres yeux, se justifie le fait de maintenir la consommation d'un produit duquel elle souhaiterait se dépendre.

Une telle ambivalence marque plusieurs des participants (cinq sur neuf) qui disent vouloir arrêter la prise d'antidépresseurs. Dans l'idéal, ils aimeraient ne plus avoir à en prendre, mais ils reconnaissent que les avantages sont là et ils craignent les conséquences d'un arrêt. On sent un dilemme entre des émotions contrastées : élan d'espoir, honte de ne pas être libre, peur devant la résurgence de la dépression. D'un côté, reconnaissent-ils, il y a un gain réel, une amélioration de l'état psychologique, mais d'un autre côté il y a l'embarras de se sentir dépendant d'une simple pilule pour pouvoir être soi-même.

Le témoignage du participant 5 est représentatif à cet égard. L'expression « pourquoi pas? » revient à dix reprises dans son discours, toujours en lien avec la question des médicaments. Cette simple interrogation condense l'incertitude de la personne, révélant à la fois une résistance et une ouverture à quelque chose de neuf :

Est-ce que j'ai besoin de ça ou est-ce que je ne vais pas vers une facilité aussi? Dès que ça ne va pas bien, pouf! une petite pilule! Mais en même temps, pourquoi pas?

C'est là que j'ai commencé à me dire « Ben pourquoi pas la pilule du bonheur? »

C'est comme s'il y a deux personnes en moi, une qui fait comme « Ah! mais attention, les médicaments, nanana », mais l'autre qui fait comme « Yo, check, ça va super bien, puis ça t'aide, puis ça fonctionne, puis pourquoi pas? » C'est là où j'en suis. Je ne sais pas encore ce qui va se passer.

L'ambivalence qui marque l'avenir dans la plupart des récits peut se comprendre comme une manifestation de la difficulté à trouver qui l'on est et qui l'on veut devenir. La dépression de même que la prise de médicament imposent une interrogation sur sa propre identité, interrogation qui se cherche une réponse à travers la mise en récit de sa maladie et de ses modes de *coping*. L'avenir reste incertain pour la majorité : il plane sur l'horizon un brouillard que l'on n'est pas sûr de savoir comment dissiper et qui rend hésitants nos pas vers l'avant.

Tableau 2.7 Histoire de la prise d'antidépresseurs

	PASSÉ			PRÉSENT	AVENIR
	début par rapport à l'histoire de dépression	cours de la prise de médicament	changement de molécule	prise actuelle	objectif futur
P1	dès/après la manifestation des symptômes	régulier/sporadique	oui/non	active/inactive	continuer/arrêter
P2	dès/après la manifestation des symptômes	régulier/sporadique	oui/non	active/inactive	continuer/arrêter
P3	dès/après la manifestation des symptômes	régulier/sporadique	oui/non	active/inactive	continuer/arrêter

P4	dès/ après la manifestation des symptômes	régulier /sporadique	oui/ non	active /inactive	continuer/ arrêter
P5	dès/ après la manifestation des symptômes	régulier/ sporadique	oui /non	active /inactive	continuer/ arrêter
P6	dès /après la manifestation des symptômes	régulier/ sporadique	oui /non	active /inactive	continuer/ arrêter
P7	dès /après la manifestation des symptômes	régulier/ sporadique	oui/ non	active/ inactive	N/A
P8	dès/ après la manifestation des symptômes	régulier /sporadique	oui /non	active /inactive	continuer /arrêter
P9	dès/ après la manifestation des symptômes	régulier/ sporadique	oui /non	active /inactive	continuer /arrêter

2.6 Action du médicament sur la maladie

Comme nous l'avons constaté, les histoires de dépression et de prise de médicament s'harmonisent bien, possédant une structure identique : toutes deux suivent l'ordre chronologique, comportent cinq étapes et mettent l'accent sur le passé.

Il reste un élément à préciser, qui émerge des témoignages des participants : selon eux, quelle est l'action du médicament sur le trouble psychologique? Le fait-il disparaître complètement, ou ne fait-il qu'en atténuer les symptômes?

D'une part, quatre personnes considèrent que l'impact des antidépresseurs est définitif. Leurs témoignages relativisent cependant cette efficacité. En effet, selon ces quatre participants, la rémission n'est pas due seulement à la pharmacologie : cette dernière n'est qu'un ingrédient dans une recette plus large qui permet de contrer la maladie. À l'action du médicament s'ajoute celle de la psychothérapie, de l'activité physique, de la vie sociale, etc. Pour le participant 7, qui considère sa dépression comme réglée et l'action des médicaments comme définitive, un travail de fond en thérapie reste essentiel :

Pour moi, comme j'ai dit, je prends ça toujours de façon couplée à la thérapie. [...]. De façon régulière, je pense qu'il devrait y avoir une consultation avec un professionnel de la santé mentale. Je pense que ça va de pair [...]. Quand on prend ce type de médication-là, je pense qu'il devrait toujours y avoir, peut-être pas à chaque deux semaines comme je le fais, mais une fois aux six mois, un catch-up : « Est-ce que ça va bien? Comment ça va? » On devrait modifier notre approche avec la médication. Il devrait y avoir un suivi tout le temps, ce que je trouve qu'il manque un peu.

D'autre part, cinq personnes considèrent que l'effet des antidépresseurs en est un d'atténuation. Pour elles, à plus forte raison, la médication n'est qu'un facteur parmi tant d'autres. Dans ces histoires, la dépression apparaît comme une menace importante qui peut seulement être tempérée, mais pas éliminée, et qui nécessite un ensemble de ressources. Cela ne veut pas dire que l'opinion des participants est négative : ils reconnaissent l'efficacité de la médication, tout en admettant du même souffle qu'il s'agit d'un levier partiel qui ne fait pas tout le travail à lui seul. Le participant 8 le décrit ainsi :

- J'ai l'impression d'être plus moi-même, plus capable de faire qu'est-ce que j'avais envie de faire.
- Diriez-vous que tout ça, c'est grâce aux médicaments?
- Non, tu sais, c'est sûr que c'est pas « tout est grâce à » parce que c'est sûr qu'il faut y mettre du sien, mais je pense que quand même c'est... D'une certaine façon, oui, parce que c'est l'élément déclencheur du reste. Donc, oui, sans le médicament, j'ai pas l'impression que j'aurais fait tout ce que j'ai fait. Fait que oui, d'une certaine façon, mais d'une autre, je dirais que le médicament, c'est quelque chose, mais après, il faut quand même mettre les efforts pour bâtir à travers ça. Mais je pense que, sans le médicament, je serais pas capable de mettre les efforts pour le faire.
- C'est qu'en fait, c'est pas lui qui a tout fait ça, mais il vous a donné les moyens de pouvoir finalement mettre en place ce que vous souhaitiez.
- Oui, c'est ça. Puis d'ailleurs, c'est ça, je me vois pas l'arrêter là.

En somme, si certains participants estiment que les antidépresseurs remédient à la maladie de façon définitive, plus de gens considèrent que les résultats ne sont pas si tranchés. L'action de la médication est incomplète : soit elle doit être conjuguée à autre chose, soit elle diminue les symptômes sans les régler au complet. Pourtant, reconnaissent les gens, cette action est utile et apporte une réelle amélioration sur le plan du bien-être psychologique. L'histoire de dépression est donc tempérée par l'histoire de la prise de médicaments. L'antidépresseur s'inscrit dans le récit de la maladie et vient y jouer un rôle déterminant, à l'instar d'un personnage secondaire qui surgit dans l'aventure du héros pour lui donner une tournure cruciale.

La section qui suit se penche sur cette influence de l'actant pharmacologique dans l'histoire de chaque personne, par le biais d'un autre outil emprunté aux études littéraires.

Tableau 2.8 Action des antidépresseurs sur la dépression

P1	atténue/ fait disparaître
P2	atténue /fait disparaître
P3	atténue /fait disparaître
P4	atténue /fait disparaître
P5	atténue/ fait disparaître
P6	atténue /fait disparaître
P7	atténue/ fait disparaître
P8	atténue /fait disparaître
P9	atténue/ fait disparaître

2.7 Schéma actantiel

Nous avons présenté au chapitre précédent, dans la section sur la méthodologie, le schéma actantiel, un outil narratologique qui formalise la relation entre les actants d'une histoire.

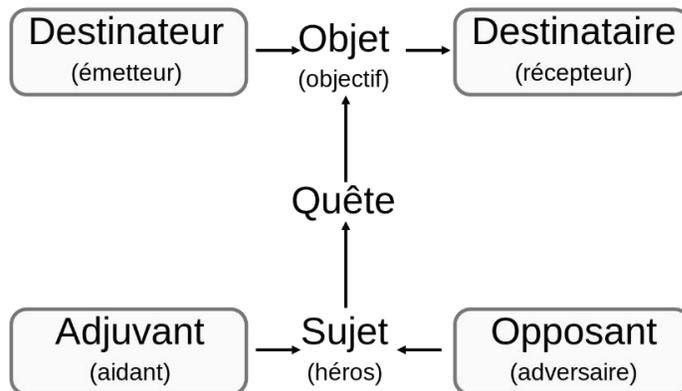


Figure 1 – Le schéma actantiel (Wikipédia, page « Schéma actantiel »)

Quand nous avons procédé à l'analyse des données recueillies, nous nous sommes penchés sur le schéma actantiel présent dans le récit de chaque participant. Plus précisément, nous étions

curieux de voir, dans ces récits de dépression, quel était l'objet de la quête et quel rôle était attribué à l'antidépresseur. Nous étions portés à penser que la personne serait le Sujet et que son Objet serait la guérison, une quête dont la personne serait à la fois la source (Destinateur) et le bénéficiaire (Destinataire). En ce qui concerne l'axe du pouvoir, nous nous demandions si le médicament serait placé dans un rôle d'appui (Adjuvant) ou d'obstruction (Opposant).

En étudiant les témoignages recueillis, nous pouvons constater que, comme nous nous y attendions, la quête de chaque individu provient de lui-même et a lui-même comme destinataire. Les actants qui changent sont l'Objet, les Adjuvants et les Opposants. Le Tableau 2.9 condense nos résultats, qui appellent plusieurs commentaires.

D'abord et avant tout, il faut noter la présence, chez presque chaque participant, de deux quêtes différentes, ce que nous n'avions pas anticipé. L'une concerne le passé, l'autre concerne le présent.

La première quête s'établit toujours au moment de la Complication (étape 2 du schéma narratif) : des symptômes aigus amènent la personne à chercher une solution pour remédier à la souffrance criante. En retournant au Tableau 2.7, on se rappelle que la prise de médicament survient parfois dès l'apparition des symptômes, parfois plus tard. Mais dans tous les cas, comme on le remarque dans le Tableau 2.9, les antidépresseurs apparaissent dans un rôle d'Adjuvant. Ils sont toujours vus comme un appui dans la quête qui consiste à réduire les symptômes de la dépression.

Puis, dans la majorité des témoignages, on constate le développement d'une seconde quête. Celle-ci regroupe les préoccupations actuelles de l'individu. Elle parle de sa vision de la maladie et du médicament, tout en lançant un pont vers l'avenir : quels sont les objectifs qui guident la personne dans sa trajectoire de vie? quels sont ses espoirs et ses ambitions? Il y a donc évolution : les médicaments apportent rarement une réponse définitive aux problèmes qui se posent aux participants. Avec l'apparition de la seconde quête, comme on va le voir plus loin dans cette section, les choses se complexifient, et l'antidépresseur joue un rôle plus mitigé. Cette seconde quête prend souvent une forme plus large, c'est-à-dire existentielle et herméneutique, témoignant d'un travail d'approfondissement, d'élaboration, d'interprétation de soi-même.

En ce qui a trait à l'émergence de cette seconde quête, trois cas de figure se présentent : soit elle est similaire à la première ; soit elle reste unique, mais son objet se modifie, ce qui entraîne un repositionnement du médicament ; soit elle se diversifie, ce qui rend plus complexe et ambigu le rôle du médicament.

Deux participants (3 et 7) se trouvent dans le premier cas de figure. Chez l'un comme chez l'autre, le but est de favoriser le bien-être en tenant à distance les symptômes dépressifs, comme cela a été le cas jadis lorsque les médicaments ont été adoptés. La quête reste la même. On peut toutefois noter, en retournant au Tableau 2.6 sur l'histoire de dépression, une différence dans la représentation des choses. Pour le participant 3, la dépression est toujours active et risque de revenir. Les médicaments sont donc des Adjuvants nécessaires au maintien de la santé mentale, ce que la personne exprime sans ambages : « Moi, je pense que naturellement je serais folle, fait que ça me permet de pas être folle, d'être fonctionnelle et d'avoir la vie que je veux. Moi, sans médication, je suis pas mal sûre que je serais déjà morte. »

Pour le participant 7, à l'inverse, la dépression a disparu et ne risque pas de se manifester à nouveau, ce pourquoi la prise de médication a cessé. On se rappelle d'ailleurs qu'il s'agit de la seule personne à ne pas avoir de Projection dans l'avenir dans son schéma narratif. En ce sens, la quête est accomplie et s'est naturellement éteinte. Ni la maladie ni la médication n'imposent plus de recherche de solution.

Trois participants (1, 4 et 9) se trouvent dans le deuxième cas de figure, où l'on observe une redéfinition de la quête. Pour le participant 9, il s'agit d'un élargissement du mandat initial, si l'on peut dire. Au début, en 2008 ou 2009, la personne fait ce qu'elle nomme une « dépression existentielle », va aux urgences et se met à prendre des médicaments de bon gré. Seulement, dans les années qui suivent, des arrêts de médication et des réapparitions de symptômes (parfois atténués) lui font comprendre que la dépression est latente et risque de resurgir. La prise de médication se poursuit donc maintenant, demeurant dans son rôle d'Adjuvant et constituant une digue contre la poussée de la dépression.

Chez les deux autres personnes, cependant, la quête se modifie, provoquant un changement de rôle pour l'antidépresseur. Le participant 1, s'il reconnaît l'efficacité de la médication, dit miser

plus sur le sport pour maintenir son bien-être physique et mental. En ce sens, le médicament, à cause de ses effets secondaires et des interactions avec d'autres substances, devient un Opposant. Il constitue donc un obstacle dans la nouvelle quête de santé.

Pour sa part, le participant 4 se trouve dans une quête de connaissance de soi, de développement de son authenticité. La personne se dit à l'aise de prendre des médicaments, mais pense toutefois arrêter. Elle dit avoir découvert qu'elle aimait s'éduquer par elle-même en s'informant sur le développement personnel. Et elle n'est pas sûre que les médicaments jouent un rôle crucial dans ce processus. La personne se trouve dans un état d'hésitation par rapport aux antidépresseurs, hésitation qui repose sur une interrogation identitaire : qui suis-je vraiment? Des efforts sont faits pour le découvrir, et elle ignore l'utilité réelle des antidépresseurs :

J'écoute des podcasts, je lis des livres, je m'informe et je me développe. J'essaye, en tout cas, je pense que je fais du bon travail. Je ne savais pas que j'étais autodidacte. J'aime beaucoup me faire apprendre, apparemment, ça fonctionne bien. [...] Je me sens bien, mais je me sens bien grâce aux antidépresseurs ou je me sens bien grâce à moi? Si je me sens bien grâce à moi, pourquoi je continuerais à prendre des antidépresseurs? Mais en même temps, si c'est grâce aux antidépresseurs, je ne veux pas retomber au point A. C'est une bonne question. Je ne sais pas.

Dans cette situation, nous considérons que le médicament se trouve dans un rôle d'Opposant. Pour nous, l'hésitation dont fait part la personne révèle une attitude ambiguë envers la pertinence de la pilule. Celle-ci semble constituer un embarras dont on aimerait éventuellement se délester plutôt que, comme dans la plupart des cas vus jusqu'ici, un appui ou un soutien dans une quête de bien-être.

Enfin, dans le troisième cas de figure, le plus courant, quatre personnes voient leur quête devenir hétérogène. Elle se dédouble, voire elle quadruple. Avec le temps, la quête développe des rhizomes et acquiert plus de complexité. Nous interprétons ce phénomène comme un processus de nature existentielle créé par la présence de la dépression ainsi que par le défi identitaire que lance la prise de médicaments.

De fait, chez les participants qui voient leur quête se diversifier, la recherche d'authenticité et d'autonomie est toujours présente. Chaque personne, parmi ses différents objectifs, veut mieux se

comprendre, sentir qu'elle devient plus elle-même, plus en possession de ses moyens et en contrôle de sa vie. Dans ce cas, le médicament s'avère un obstacle.

Fait intéressant, seul le participant 8 considère que l'antidépresseur est un Adjuvant dans sa quête d'autoréalisation. Depuis qu'elle a commencé à prendre de la médication, explique cette personne, elle a plus d'énergie et elle est plus sociable. Elle a même réussi à devenir mère et à fonder une famille, choses qu'elle considérait inaccessibles en raison des symptômes dépressifs. Maintenant, dit-elle, grâce à la stabilité émotionnelle procurée par les médicaments, elle est en mesure de mener la vie qu'elle souhaitait et qui est en harmonie avec ses valeurs profondes.

Pour observer plus en détails comment la quête change, nous pouvons nous pencher sur le cas du participant 5.

Comme dans la première quête, l'antidépresseur est vu comme un Adjuvant. Toutefois, l'Objet de la quête a changé. Le but premier était d'arriver à mieux dormir, cela a été le point d'entrée du médicament dans la vie de la personne. Cette dernière a vite constaté que, par la même occasion, sa souffrance liée à une relation toxique et à la séparation subséquente s'atténuait. Elle a alors reconnu l'efficacité du médicament, contre lequel elle avait beaucoup de préjugés.

Avec le temps, deux nouvelles quêtes émergent dans l'histoire du participant 5, quêtes où les antidépresseurs peuvent encore jouer un rôle bénéfique. D'un côté, la personne, travailleuse autonome, veut continuer à être productive et efficace dans son emploi, le médicament lui procure donc l'énergie nécessaire. De l'autre côté, il permet de moduler l'intensité de certaines émotions, auxquelles on est naturellement plus sensible et qui viennent parfois secouer l'équilibre psychique : « Moi, je suis une personne très, très, très sensible, très émotive, très touchée par beaucoup de choses. Puis je pense que les antidépresseurs m'aident à m'éloigner, à prendre une distance, à me dire "C'est pas grave". Ça, je pense que ça m'aide, oui. »

Cependant, de nouveaux objectifs émergent, où le médicament représente un obstacle. Voulant continuer à être satisfaite de son apparence physique, plus précisément de son poids, la personne considère que les antidépresseurs nuisent à son appréciation d'elle-même : « Puis je suis rendue à

me dire “Pourquoi je continuerais pas? Alors que ça me facilite les choses.” À condition que j’engraisse pas. C’est con, là, mais ça en est là. »

Qui plus est, comme chez les autres personnes dont la quête se complexifie, le participant 5 cherche à acquérir de l’autonomie et de l’authenticité, à être plus « lui-même » et, dans ce contexte, l’antidépresseur est vu comme une menace à l’intégrité. Prendre ce médicament, ce n’est pas être soi.

Le participant cite l’image utilisée par une amie : le cerveau est comme un système de poulies qui parfois, à cause de la dépression, fonctionne moins bien. Le rôle de la pilule est de redonner un élan à ces poulies, de les remettre en marche, comme on repart une horloge. Une fois que l’ensemble a repris de la vigueur, on peut retirer la pilule, son travail de *booster* est fait. En ce sens, il s’agit d’une aide extérieure, qui devient superflue quand on veut se débrouiller par soi-même, s’appuyer sur ses propres capacités :

Puis est-ce que je suis capable toute seule? Je suis quand même curieuse de me dire « Tout ça, si je les prends pas, est-ce que je vais... » Tu sais, l’histoire de la poulie, que ça fait juste donner un petit kick, puis que tu es capable toute seule. Je veux savoir si c’est vrai. Est-ce que j’ai les outils maintenant pour passer à travers un épuisement toute seule?

Par conséquent, lorsque la quête prend plusieurs formes, l’antidépresseur joue un rôle d’actant plus ambigu, recevant à la fois les fonctions d’Adjuvant et d’Opposant. De manière globale, l’outil du schéma actantiel permet d’observer comment le médicament est un acteur crucial dans l’histoire de la personne, son histoire de maladie, mais également son histoire de vie puisqu’il constitue un appui autant qu’un frein dans les quêtes que le Sujet entreprend et qui n’ont pas nécessairement de lien avec le trouble mental. L’analyse à l’aide du schéma actantiel montre que le médicament se loge intimement dans le récit de vie. Il en devient un élément dynamique, agissant dans le drame existentiel de la personne. Il apporte une complexité identitaire à cette histoire, amenant l’individu à agir envers ce composé chimique comme s’il s’agissait d’un être véritable face auquel on doit se positionner et se définir.

Tableau 2.9 Schéma actantiel

	passé (quête 1)		présent (quête 2)		
	OBJ	ADJ	OBJ	ADJ	OPP
P1	arrêter de souffrir	médicament	éprouver un bien-être physique et mental		médicament
P2	être fonctionnel dans les études et le travail	médicament	i. se retrouver soi-même		médicament
			ii. passer des caps de vie difficiles	médicament	
P3	éviter la résurgence de la dépression	médicament	[idem]		
P4	soulager les symptômes criants	médicament	se découvrir soi-même, s'épanouir		médicament
P5	mieux dormir et remédier à la souffrance due à une séparation	médicament	i. être efficace et productif	médicament	
			ii. réguler les émotions fortes	médicament	
			iii. rester mince		médicament
			iv. être autonome		médicament
P6	améliorer son bien-être	médicament	i. stabiliser l'humeur et éviter les idées suicidaires	médicament	
			ii. être autonome		médicament
			iii. découvrir son vrai trouble psychologique (peut-être TDA)		médicament
			iv. être débarrassé des effets secondaires		médicament
P7	améliorer son bien-être	médicament	[idem]		
P8	tolérer la détresse liée au deuil	médicament	i. être soi-même, s'autoréaliser	médicament	
			ii. être stable émotionnellement	médicament	
P9	remédier à une crise	médicament	éviter de retomber en dépression	médicament	

2.8 Le médicament comme actant imaginaire

La dernière section de ce chapitre concerne la forme imagée que les participants donnent au médicament. La question avec laquelle nous avons conclu nos entrevues est la suivante : « Si le médicament était une personne, comment la décririez-vous ; et quelle relation diriez-vous que vous avez avec elle? » Notre but, avec cette question, était de voir quelle forme imaginaire

prenait cet actant dans le récit de chaque personne, et surtout de voir comme le participant se liait à cet actant. En gros, était-ce une relation positive ou négative? Nous nous attendions à une relation somme toute négative, au mieux ambivalente. Or, comme on le voit dans le Tableau 2.10, si la représentation symbolique est parfois ambivalente (cinq occurrences surlignées en jaune), dans les autres cas elle est franchement positive (quatre surlignements en vert).

Même dans les cas où l'image prend une valeur ambiguë, l'appréciation penche plutôt du côté positif. Le participant 2, dans un premier temps, peint un portrait uniquement favorable du médicament, le dépeignant comme une sorte d'alter ego :

- Ce serait mon ami. [...] On ferait tout ensemble. Genre. Ça serait comme... Oui, je serais comme tout le temps deux. Genre, moi puis cette personne-là qui incarne la médication. On dormirait ensemble, on se lèverait ensemble, comme chaque fois au déjeuner. On fait nos courses ensemble, on fait tout.
- Puis c'est une belle relation.
- Oui, pas mal.

C'est seulement à partir de notre question suivante, qui rappelle à la personne qu'elle avait dit vouloir cesser la prise de médicament, que l'image s'assombrit légèrement, pour devenir celle d'une personne que l'on veut quitter. Toutefois, même dans ce cas, l'idée de rupture est paisible, et le portrait d'ensemble demeure somme toute lumineux :

- Mais d'un côté, tu es prête à laisser aller cette personne-là?
- Oui. On dirait un break-up, avec une personne que je ne connais même pas. Oui, je serais prête à laisser aller cette personne-là. Même si j'ai quand même vraiment beaucoup de misère avec les ruptures dans la vie, peu importe leur nature. Mais si c'est pour moi, je le ferais.
- Celle-là semble assez sereine.
- Ouais. Ça va rester un... je peux pas dire un bon souvenir, parce que c'est pas une période riche en souvenirs non plus. Mais ouais, je pense que je suis assez calme avec ça, ce genre de rupture. J'ai le temps de m'y préparer aussi, c'est mon choix. Ça vient pas de... C'est pas mon médecin qui va me dire « OK, t'arrête. » Ça fait que c'est ma décision finale, je pense que... On dirait que je suis plus calme par rapport à ça.

Il est intéressant de voir que la rupture avec cet « ami » signifie pour cette personne une conquête de son autonomie. C'est sa décision à elle, ce n'est pas une autorité extérieure qui lui indique quoi faire. Elle choisit elle-même de clore ce chapitre de vie et d'aller de l'avant.

Dans l'ensemble, outre le caractère généralement positif des descriptions, deux autres observations se dégagent de cette galerie de personnages imaginaires.

Premièrement, le médicament est souvent décrit comme un ami, un donneur de soins, un protecteur, parfois explicitement une figure maternelle. La relation est étroite et chaleureuse, enveloppante comme une étreinte. L'antidépresseur est un actant qui apporte du réconfort. Le participant 5 le décrit en ces mots :

- Une personne qui me prendrait souvent dans ses bras... qui me flatterait. Mais là, je vois plus comme l'idée de flatter un animal, prendre soin de, tu sais, de réconforter. Quelqu'un qui me chante une berceuse pour m'endormir. [...]
- Ce que tu décris, ça ressemble à un parent?
- Oui, ça ressemble à un parent, mais pour moi, ça peut ressembler aussi à des amis. Des amis vont faire ça aussi. Un amoureux va faire ça. Un frère, une sœur peut faire ça.

Non seulement cette personne nous aime, mais on l'aime en retour. Plusieurs participants témoignent d'une affection pour ce personnage imaginaire. L'attachement est présent, même si ça n'empêche pas qu'on soit prêt à le rompre, comme on l'a vu avec le participant 2.

Deuxièmement, et de manière contradictoire, le médicament est souvent décrit comme un personnage falot, sans éclat, terne. Insignifiant comme de l'eau. Il est parfois décrit comme un objet (la béquille chez le participant 7). Ce type d'actant amène une relation distante, utilitaire, où la connexion n'est pas solide. Le participant 1 le décrit comme une personne que beaucoup de gens apprécient, mais qui, pour nous, ne présente guère d'intérêt :

Ça serait comme la personne dans ta gang d'amis que... Il y a du monde qui... Il y a certains de tes amis, là, qui trippent sur cette personne-là. Puis toi, t'es comme « Ben, tu sais... Il est pas méchant, là, mais on dirait que... Tu sais, je connecte pas exactement, tu sais. » [...] C'est le genre de personne, tu peux reconnaître sa valeur, même si toi, personnellement, c'est pas exactement ton ami. Tu sais, si quelqu'un dit « Ah, j'aime vraiment telle personne », je ferais « Ben, t'es pas le seul qui dit ça », tu sais. Mais moi, on dirait que ça clique pas.

Ces deux facettes contradictoires, proximité et distance, chaleur et tiédeur, montrent à nouveau le rapport ambivalent des gens avec les antidépresseurs. À cet effet, le participant 7 fait un

témoignage surprenant, dans lequel, à une peinture peu enthousiaste, succède une appréciation cordiale :

- Pour moi, ce serait quelqu’un qui est un peu invisible. Donc, c’est une personne qui ne parle pas, n’agit pas, qui n’a pas d’expression, qui est très, très neutre. [...]
- Puis quel serait votre attachement, votre attitude envers cette personne-là?
- Ah! ben moi, j’ai un gros amour.
- Un gros amour?
- Oui absolument.

Ainsi, dans l’ensemble des entretiens menés, l’appréciation des gens témoigne d’une ambiguïté dans les rapports entre la personne et son médicament. Ce dernier est dépeint comme un proche que l’on apprécie, et en même temps comme une sorte d’étranger. Toutefois, la teinte générale est optimiste et lumineuse, ce que nous interprétons comme une marque du moment dans le récit où ces portraits sont tracés. En effet, comme notre question arrive à la toute fin de l’entrevue, ce qui se conclut est un exercice de construction de soi à travers le récit. Il nous apparaît que le fait même de se raconter durant une quarantaine ou une cinquantaine de minutes contribue à donner une plus grande confiance en sa propre identité, ce qui provoque à son tour un jugement en définitive positif sur cet actant qu’est l’antidépresseur. L’identité narrative étant consolidée, on est plus à même de voir l’autre (le médicament) comme un vis-à-vis que l’on apprécie, malgré les réticences que l’on conserve envers lui.

Tableau 2.10 Représentation imaginaire du médicament

P1	personne à qui on peut reconnaître sa fiabilité et son caractère sécurisant, mais avec laquelle on ne connecte pas vraiment
P2	amie avec qui on fait tout (mais qu’on est maintenant prêt à quitter)
P3	mère protectrice qui nous sauve de la folie et de la mort
P4	soleil, ou encore collègue pétulante qui apporte bonheur et réconfort
P5	personne qui donne des soins et en plus qui permet d’être productif, de tenir un agenda
P6	personne douce et effacée qu’on choisit d’aller voir pour recevoir de l’aide (une sorte de thérapeute), mais qu’on va voir seulement faute de mieux
P7	quelqu’un d’effacé et d’utilitaire, presque un objet (comme une béquille), mais qu’on aime beaucoup
P8	bonne amie extrêmement calme et solide, qui nous calme et envers qui on a de la gratitude
P9	garde forestier qui nous empêche de tomber dans le ravin, mais qui ne peut pas nous guider hors de la forêt

Pour conclure, nous pouvons voir que l'application de deux outils narratologiques aux récits de dépression que nous avons recueillis met en relief divers aspects de ces récits. Le schéma narratif, découpage d'une histoire en cinq étapes, permet d'observer le contenu et l'enchaînement de ces étapes ainsi que leur ordre chronologique et le rythme selon lequel ils sont racontés. Par ailleurs, le schéma actantiel, mise en forme des relations entre les actants d'une histoire, montre les différentes quêtes sous-jacentes aux histoires des participants, notamment le rôle que le médicament joue, parfois adjuvant et parfois opposant.

Sur le plan thématique, nous nous sommes penchés sur l'histoire de dépression et sur celle de la prise de médicaments, constatant que le passé pèse plus lourd dans ces histoires, couvrant des étapes essentielles du cours de la maladie et de la mise en place d'un régime pharmacologique. De plus, dans ces deux histoires, le présent apparaît comme une étape d'équilibre précaire, et l'avenir se profile comme une période incertaine, sur laquelle plane encore l'ombre de la dépression et où l'utilité des antidépresseurs est sujette à caution. En outre, la question d'imagination que nous avons posée et qui invitait les participants à représenter le médicament sous une forme symbolique débouche sur des réponses plutôt positives, les gens décrivant leur médication comme une personne chaleureuse ou comme une vague connaissance inoffensive.

Une fois ces données établies, il convient de les interpréter pour mieux comprendre quelle forme prend la relation des gens atteints de dépression avec la prise d'antidépresseurs. Le prochain chapitre montre que trois grandes conclusions se dégagent de nos données, portant sur l'ambiguïté du rapport au médicament, l'effet délétère de celui-ci sur le sens de soi et la force structurante du récit de maladie.

CHAPITRE 3

INTERPRÉTATION DES DONNÉES

Ce chapitre porte sur l'interprétation des résultats présentés au chapitre précédent. Il s'agit de donner de la signification à certains éléments analysés au préalable, dans le but d'en tirer des observations générales quant au rapport que les gens souffrant de dépression entretiennent avec la prise de médicaments, notamment sur le plan de l'identité.

En premier lieu, nous passerons en revue les huit sections présentées dans le chapitre d'analyse des résultats pour interpréter, dans chacune, les données qui nous paraissent les plus significatives. Rappelons que ces sections concernent le schéma narratif, l'ordre de présentation des faits, le rythme du récit, les étapes de l'histoire de dépression, les étapes de l'histoire de prise de médicament, l'interaction entre ces deux histoires, le schéma actantiel et la représentation imaginaire des antidépresseurs.

En second lieu, dans la section de discussion, nous exposerons trois grands constats qui se dégagent des données recueillies. Ces trois idées sont les suivantes : i. le rapport au médicament est marqué par l'ambivalence ; ii. au même titre que la dépression elle-même, l'antidépresseur remet en question l'identité de la personne qui le prend ; iii. le récit de maladie est un terrain où se déploie un processus de reconfiguration identitaire.

Ces observations débouchent sur le portrait d'un soi malade qui est mis à mal aussi bien par le remède pharmacologique que par la dépression elle-même, et qui retrouve une part de solidité dans le récit de sa propre expérience.

3.1 Schéma narratif

Le modèle quinaire qui permet de découper un récit en cinq étapes s'avère un outil menant à des résultats particulièrement intéressants. Souvenons-nous que les étapes du schéma narratif sont les suivantes :

- i. Situation initiale
- ii. Complication
- iii. Action
- iv. État actuel
- v. Projection dans l'avenir

Cette section représente celle qui offre le plus de données à interpréter. Les deux premières observations que nous faisons portent sur l'ensemble de la structure, les quatre autres s'attardent à l'une ou l'autre des étapes du schéma narratif.

3.1.1 Problématisation du récit

On constate d'abord ce que nous appellerions une problématisation du récit, qui est observable dans le passage d'un modèle causal à un modèle chronologique. Rappelons que, en regard de nos résultats, nous avons dû, dans le chapitre précédent, modifier le schéma de Paul Larivaille pour substituer, à la relation d'enchaînement causal entre certaines étapes, une relation de succession temporelle. Cette modification a touché les étapes iv et v : nous avons remplacé la Résolution du conflit par l'État actuel de la personne (temps présent) et la Situation finale par la Projection dans l'avenir (temps à venir). Un tel ajustement était nécessaire, car les récits des participants montraient non pas une résolution harmonieuse des tensions, mais une succession de moments dans le temps, chacun avec ses propres défis. Surtout, un tel ajustement montre que, dans les témoignages recueillis, l'histoire de la dépression et de la prise d'antidépresseurs n'est pas simple.

En effet, si l'on considère uniquement les récits de fiction, ils offrent une mécanique bien huilée qui donne la satisfaction esthétique et morale d'un règlement des problèmes : les actions s'enchaînent pour mener à un apaisement du conflit et à une détente finale.

Dans les récits de véritable maladie, les choses ne se font pas avec tant de douceur ni d'aisance. Les péripéties de l'étape iii (Action), dont l'enjeu central est la guérison de la dépression grâce aux antidépresseurs, ne débouchent pas sur une solution. L'étape iv (État actuel) consiste plutôt en une constatation de l'état actuel de la personne : où en suis-je avec ma maladie? De même,

l'étape v (Projection dans l'avenir) ne raconte pas l'atteinte d'un nouvel équilibre, mais envisage le futur sous le signe de l'interrogation : quel cours va suivre ma dépression? les médicaments vont-ils m'aider ou me nuire?

En ce sens, la quête de chaque personne vers la guérison constitue un parcours problématique. D'une étape à l'autre, les choses ne se règlent pas, du moins jamais parfaitement. Les difficultés persistent parfois, d'autres fois elles menacent de revenir. Et le médicament, qui était censé apporter une solution, se retrouve à faire partie du problème : devrais-je continuer à le prendre? sa consommation est-elle en phase avec mes valeurs? m'aide-t-elle à atteindre mes objectifs?

En somme, les témoignages des participants prennent la forme de récits moins organiquement cohérents que les récits de fiction concoctés par le travail artistique. Le régime causal parfaitement intégré du schéma narratif classique permet mal de décrire le cours contrariant que suivent ces narrations tirées de vraies expériences. Le régime temporel s'avère plus approprié : il fait se succéder des états qui se modifient par la force du temps, mais qui demeurent problématiques, voire contradictoires. Ainsi, chez le cinquième participant, si l'étape iii aligne de façon quelque peu tumultueuse des prises et des arrêts de médicaments, des visites chez le médecin et le psychiatre, des interrogations sur la validité des antidépresseurs de même que des expériences de vie souffrantes, l'étape iv offre un constat serein de l'efficacité des antidépresseurs et l'admission que la dépression a disparu. Néanmoins, l'étape v réintroduit des complications en faisant état d'une ambivalence envers la médication et d'un retour des doutes. On a ainsi affaire à une accumulation d'états plus ou moins hétérogènes, qui ne se relient pas selon une causalité fluide, mais se suivent en vertu d'un cours chronologique inexorable.

3.1.2 Approfondissement des étapes

Notons que c'est une minorité d'étapes (5 sur un total de 45) auxquelles le récit s'attarde peu. Souvenons-nous que les étapes considérées comme n'étant abordées que brièvement sont celles auxquelles la personne consacre un seul bloc de temps (d'une minute en moyenne). Le fait que peu d'étapes soient traitées rapidement nous paraît révélateur du fait que les gens veulent prendre le temps de se raconter.

À travers leur participation à l'étude, une occasion leur est offerte de donner une forme construite à leurs expériences. La narration possède une vertu intégrative qui favorise la mise en ordre et la compréhension d'un vécu parfois ressenti comme chaotique. Le fait que le récit s'attarde moyennement ou longuement à la majorité des étapes (89%), sans compter l'ajout de digressions, montre la tendance des participants à approfondir les détails. Ils prennent le temps de s'ancrer dans la narration, comme pour donner de la consistance à ce qu'ils ont vécu et qui se construit au fur et à mesure qu'ils le formulent. Soulignons qu'un tel approfondissement du récit peut aussi résulter d'un souci de désirabilité sociale, dans le but de complaire à l'intervieweur.

3.1.3 Situation initiale négative

Il est remarquable que la Situation initiale (étape i) soit toujours négative. Dans le schéma traditionnel, la situation de départ est généralement un état d'équilibre, de relatif bonheur. Dans les contes de fées, l'inévitable « Il était une fois » ouvre sur la description d'un contexte paisible où les protagonistes vivent dans le confort d'une chaumière ou d'un château.

À l'inverse, dans les témoignages que nous avons recueillis, la situation de départ est invariablement négative. Peu importe le moment avec lequel le participant décide d'entamer son histoire, que ce soient les premières années de sa vie ou l'entrée sur le marché du travail après les études : les choses vont mal dès le début. Abus sexuel à un très jeune âge, stress lié aux études, fréquentation de gangs de rue, relation amoureuse toxique : les problèmes sont variés et donnent une teinte sombre au récit qui débute.

Nous estimons que le caractère négatif des situations initiales découle de l'objet même du récit, c'est-à-dire la dépression. En théorie, on pourrait imaginer un récit dont le point de départ aurait été heureux, puis où cet état de paix aurait été bouleversé par l'arrivée de la dépression. Or, dans les faits, les choses sont racontées comme si la dépression était déjà présente au moment où l'histoire commence. Appelée par la première question de notre entrevue (« Pouvez-vous me raconter l'histoire de votre dépression? »), la maladie mentale plonge dans son ombre l'origine même du récit. On constate le caractère fortement disruptif de la dépression : le récit qui en est fait n'arrive pas à s'ancrer dans un « avant » où elle n'aurait pas existé. La cassure existentielle provoquée par la dépression teinte le récit qui en est fait, au point de plonger même la situation

initiale, étape narrative qui se trouve théoriquement à l'abri des troubles de l'élément déclencheur, dans une atmosphère négative.

Ce résultat concorde avec l'observation de Karp dans son livre fondateur sur les récits de dépression (1996), où il identifie, parmi une cinquantaine d'histoires recueillies, une première étape narrative faite de sentiments négatifs vagues, naissants, une sorte de malaise existentiel indéfinissable mais déjà dérangeant. D'ailleurs, pour Fernandez (2014), la dépression entraîne un changement dans la structure fondamentale de l'existence. La maladie crée une érosion de la situation de vie, elle ouvre une brèche à travers laquelle les sentiments existentiels difficiles se manifestent. La dépression est ainsi conceptualisée comme une dégradation de la manière dont la personne se sent inscrite dans le monde et dont elle entre en relation harmonieuse avec lui. Ce trouble produit une rupture qui provoque un sentiment de discordance par rapport à l'environnement.

Kretschmer et Storm (2017) montrent comment la dépression est corrélée positivement à toutes les préoccupations existentielles identifiées par Koole et al. (2006), notamment l'anxiété devant la mort, la détresse identitaire, la solitude existentielle, la réactance et la recherche de sens. Par conséquent, on peut mieux comprendre que, dans les récits que nous avons recueillis, la situation initiale se place d'emblée du côté des difficultés de vie et de la souffrance psychologique.

3.1.4 Caractère de crise de la Complication

Le moment de la Complication (étape ii) s'inscrit dans la continuité de la Situation initiale : la dépression qui pesait déjà sur l'existence prend alors un caractère aigu. En d'autres mots, les choses dégénèrent. Une crise survient, provoquant une aggravation des symptômes. Dans les récits des participants, cette crise prend différentes formes : un échec dans un stage, une microagression qui réveille des traumatismes passés, le décès de la mère, etc. Un tel passage du mal au pire (de l'étape i à l'étape ii) confirme le caractère problématique de la dépression, qui malmène la relation entre la personne et le monde. Cette dernière se trouvait déjà en partie découplée de l'existence normale : la Complication la fait carrément dérailler.

Considérant que cette étape dans le récit des participants se situe presque toujours au début de l'âge adulte, c'est-à-dire dans la première moitié de la vingtaine, il est intéressant de faire un recoupement avec une étude menée en Finlande auprès de jeunes personnes. Issakainen et Hänninen (2015) ont ainsi recueilli les témoignages de 81 jeunes par rapport à leur dépression. Ils en tirent une typologie qui identifie quatre catégories d'histoires : i. *growing up on a sidetrack* : la dépression est vue comme tirant son origine d'épreuves affrontées dès l'enfance ; ii. *falling off the track* : la vie de la personne déraile à cause d'expériences difficiles qui causent la dépression ou l'exacerbent ; iii. *missing the track* : la dépression découle d'une inadéquation de la personne avec les normes sociales perçues ; iv. *questioning the track* : la dépression émane d'une interrogation critique à l'égard de ces mêmes normes sociales.

Il faut noter que l'ensemble de ces types d'histoire est négatif : il s'agit toujours de raconter comment les choses se sont mal passées, voire sont allées de mal en pis, à cause de la dépression. Ce constat concorde avec nos résultats selon lesquels il n'y a pas de place, dans les récits de dépression, pour une étape narrative consacrée à la tranquillité et au bonheur. Par ailleurs, on peut constater que les témoignages de nos participants cadrent avec le récit de type ii dans la catégorisation d'Issakainen et Hänninen, *falling off the track*. Un poids pesait déjà sur l'existence de la personne, puis une crise survient qui aggrave les choses, rendant plus vif le sentiment de ne pas avoir de prise sur son bien-être et d'être tombé en dehors du cours normal des choses. La dépression joue ainsi le rôle d'un catalyseur de récit dramatique, donnant lieu à des descriptions où les malheurs s'affirment encore plus à mesure que les choses avancent.

3.1.5 Investissement narratif dans les péripéties

Comme nous l'avons relevé précédemment, l'Action (étape iii) est l'étape la plus investie narrativement : deux tiers des participants (6 sur 9) y consacrent beaucoup de temps de parole (cinq blocs de temps ou plus). Par ailleurs, il s'agit de la seule étape qui n'est traitée rapidement par aucun des participants à notre étude. Il s'agit donc de l'étape à laquelle les gens s'attardent le plus.

Ce qui est spécialement intéressant dans cette observation, en regard des considérations développées à propos des étapes i (Situation initiale) et ii (Complication), c'est que l'étape iii,

centrée sur l'utilisation du médicament, ne vient pas remédier à la situation entravée par la dépression, mais vient au contraire la rendre encore plus compliquée. Alors que les antidépresseurs seraient censés contribuer à une amélioration, ils rendent le récit plus tortueux. Celui-ci met en scène une sorte de course à obstacles où se succèdent essais et erreurs, espoirs et déceptions, adoptions et abandons, changements de molécule.

Chez tous les participants, cette étape d'Action se décompose en plusieurs péripéties, qui tournent presque toutes autour de la gestion du médicament. L'entrée en scène de celui-ci ne vient donc pas simplifier l'histoire. Un tel alourdissement du récit révèle que les antidépresseurs, censés apporter un allègement par rapport au problème de la dépression, ajoutent plutôt une couche de complexité. Leur apparition dans la trame narrative équivaut à l'arrivée d'un personnage secondaire dont les agissements, au lieu de guider l'intrigue vers une résolution rapide, ajoutent des mésaventures, d'autres obstacles qu'il faut surmonter. Comme nous l'expliquerons dans la section de discussion à la fin de ce chapitre, la médication agit non pas à l'instar d'un composé passif que l'on se contenterait de gober et qui aurait un impact simple sur le cours de l'histoire, mais comme une personne avec laquelle on entre en relation et qui rend plus difficile notre rapport à nous-mêmes, donnant de ce fait plus d'épaisseur et de complexité à l'histoire.

Le contraste est frappant entre ce type de récit problématique et le récit optimiste que les compagnies pharmaceutiques mettent de l'avant pour promouvoir les antidépresseurs. Dans une intéressante étude de publicités du début des années 2000, Stepnisky (2007) identifie des récits commerciaux qu'il qualifie d'« avant-après », dans lesquels l'action du médicament est dépeinte comme faisant passer son consommateur, presque d'un coup de baguette magique, d'un état de maladie à un état de bien-être. La personne reconquiert ainsi l'intégrité de son soi, comme si elle enjambait miraculeusement les parts souffrantes de son identité et de son histoire. L'auteur de l'article souligne la différence avec le récit psychanalytique, qui insiste au contraire sur la nécessité d'affronter les éléments pénibles de l'existence pour les assimiler dans un récit de vie riche et nuancé.

Les témoignages que nous avons recueillis pointent également dans cette direction : loin de donner lieu à une transfiguration merveilleuse, la prise d'antidépresseurs, pour les participants, s'inscrit dans un cours chronologique et dramatique tortueux. Le sens de soi s'élabore

péniblement, en partie grâce aux médicaments, mais tout autant en dépit d'eux, dans un jeu mouvementé où il s'agit de trouver qui l'on est à travers la maladie et son remède.

3.1.6 Absence de l'avenir chez un participant

L'absence de la Projection dans l'avenir (étape v) chez le septième participant est notable. Dans son récit, nulle mention n'est faite de la suite des choses. Comment comprendre cette particularité, qui ne se retrouve chez aucune autre personne interrogée? Deux raisons permettent d'expliquer un tel hapax dans nos résultats.

D'une part, si l'on se réfère à l'histoire de dépression (Tableau 2.6 du chapitre précédent), on constate que le participant 7 est la seule personne à considérer que sa dépression est présentement inactive *et* qu'elle ne risque pas de revenir. Le problème de la maladie mentale, pour elle, est réglé. Pourquoi raconter le cours d'un phénomène qui n'existe plus? Cette observation confirme par le contraire l'importance du récit dans la gestion symbolique de la dépression. En présence de ce trouble qui met à mal le sens de soi, la force structurante du récit permet à la personne de regagner une part de solidité en confiant à la matrice narrative les rebondissements désordonnés de sa maladie. À l'inverse, lorsque la maladie s'éclipse et ne menace plus de resurgir, la nécessité du récit s'éteint. Nul besoin d'envisager l'avenir quand rien de mal ne pèse sur lui. Les choses se présentent comme si le véritable remède à la dépression n'était pas le composé pharmacologique, mais le récit. Une fois le mal disparu, le remède n'est plus nécessaire.

D'autre part, si l'on se réfère à l'histoire de la prise de médicament (Tableau 2.7 du chapitre précédent), on constate que le participant 7 est la seule personne qui a cessé la consommation d'antidépresseurs. On peut en conclure que la médication se présente elle aussi, au même titre que la dépression, comme un problème qui impose le recours au récit. Chez tous les autres participants, l'histoire se poursuit dans l'avenir, tournant aussi bien autour du retour possible de la maladie qu'autour du maintien ou de l'interruption du régime pharmacologique. Chez le participant 7, le fait que le médicament ait disparu du paysage entraîne un raccourcissement du récit, amputé de sa dernière étape.

Nos résultats ne nous permettent pas de déterminer si, chez cette personne, l'abrégement de ce récit est dû à la disparition de la dépression *et* de la prise de médicament, ou bien à la disparition de la dépression *ou* de la prise de médicament. Une seule de ces interruptions aurait-elle suffi à oblitérer l'étape consacrée à l'avenir? Au vu de nos résultats, il est impossible de répondre à cette question. Toutefois, cela nous semble notable que la prise de médicament se présente, ne serait-ce qu'en théorie, comme un élément problématique qui exige la mise en branle du récit. La prise d'antidépresseurs est potentiellement une question aussi épineuse que la dépression elle-même, et le fait qu'elle ne soit plus active pourrait s'interpréter comme la raison pour laquelle le récit du participant 7 se trouve écourté.

3.2 Ordre du récit

En ce qui concerne l'ordre dans lequel les récits des participants sont faits, le résultat majeur à prendre en compte est que l'ensemble de ceux-ci sont faits dans l'ordre chronologique. Bien qu'ils contiennent des sauts vers le passé ou vers l'avenir qui viennent rompre le fil linéaire, nous les considérons comme respectant tout de même l'ordre naturel des faits (succession passé-présent-avenir). Rappelons que nous avons relevé, dans l'histoire de la dépression ainsi que dans celle de la prise de médicament, la même prédominance de l'ordre chronologique.

Pour nous, une telle importance de la trame temporelle s'explique par le pouvoir intégrateur du récit : il agit en réponse aux forces dissolvantes de la dépression qui affectent aussi bien le sens du temps que l'identité. En effet, en présentant notre cadre conceptuel sur la dépression dans le premier chapitre, nous avons décrit l'impact existentiel profond qu'a ce trouble. D'un côté, il met à mal l'identité de la personne : le soi est ressenti comme fragile et manquant de cohésion, rongé par des sentiments de tristesse, de honte et d'indignité. D'un autre côté, nous avons vu que la dépression affectait le sens du temps, oblitérant les possibilités de changement et donnant l'impression que le passé, lourd, pesant, est destiné à se répéter. À notre avis, la prédominance de l'ordre chronologique dans les récits que nous avons recueillis peut se comprendre comme une réponse à cette déstructuration de l'identité et de la temporalité.

Face à la déstructuration temporelle sous l'effet de la dépression, l'action du récit consiste à donner une forme au temps. Le cours temporel qui est mis à mal par les forces de la dépression

retrouve son intégrité à travers le fil narratif, dont l'effet est de structurer le temps. Pour Paul Ricoeur, dans son imposant ouvrage *Temps et récit* (1983-1985), le temps constitue une donnée presque impossible à concevoir pour l'esprit humain. Se plaçant dans la lignée de saint Augustin, le philosophe souligne que le temps échappe à la pensée et constitue une expérience chaotique, fragmentée, insaisissable. Le temps est impensable en raison de sa nature complexe, de ses contradictions apparentes et de sa multiplicité de temporalités. Il constitue ainsi une énigme difficile à dénouer.

La seule façon, selon Ricoeur, d'octroyer du sens au temps est de recourir au récit. Pour lui, les récits ont une dimension temporelle intrinsèque : ils se déroulent au fil du temps, présentant les événements dans une séquence narrative qui permet leur compréhension cohérente. À travers ce déploiement temporel, les récits organisent notre expérience, fournissant une unité au temps. Dans l'expérience quotidienne, le temps peut être fragmenté, mais le cadre narratif lui impose une cohésion. Ricoeur s'appuie sur le concept d'intrigue, qui fait référence au processus d'organisation des événements dans une structure narrative significative : l'intrigue implique de sélectionner et d'organiser les événements d'une manière qui leur donne de la solidité.

Ainsi, on peut déduire que les récits de dépression permettent de remédier à la déstructuration du temps produite par la dépression. Si celle-ci entraîne un ralentissement du flot temporel, une fermeture des possibles et un enlèvement dans un passé condamné à se répéter, le récit a le pouvoir d'ordonner ces éléments et de leur conférer un vecteur évolutif qui entraîne un mouvement vers l'avenir.

Dans les témoignages que nous avons recueillis, la trame chronologique demeure claire malgré les libertés prises avec l'ordre linéaire. Cela signifie que les participants démontrent une capacité à aller de l'avant tout en donnant du sens à leur passé. Ils sont aussi capables de circuler avec une certaine aisance à travers des moments temporels distants, ce qui montre que leurs récits, bien structurés, constituent une réponse adaptée aux effets délétères de la dépression sur la trame temporelle.

Par ailleurs, devant la désorganisation de l'identité à cause de la dépression, le récit se présente également comme un modèle qui offre une capacité de construction. À travers le récit de soi, la

personne acquiert une plus grande cohérence intime, elle confère de la solidité et de la persistance à son identité. Nous développerons plus en détail, dans la section de discussion, la notion d'identité narrative présentée par Ricoeur (1990). Pour l'instant, il suffit de souligner que, face au démantèlement partiel que la dépression fait subir à l'identité, une personne peut retrouver une consistance à travers le récit de sa propre vie, c'est-à-dire la mise en ordre narrative des événements épars qu'elle a vécus.

En somme, l'ordre chronologique sur lequel reposent tous les témoignages recueillis dans notre étude fait partie intégrante de la matrice narrative, dont la capacité de structuration et d'ordonnement vient contrer la dissolution du temps et de l'identité que cause la dépression.

3.3 Rythme du récit

Au chapitre précédent, nous avons vu que les neuf participants à notre étude montrent des façons variées de raconter leurs histoires. Bien que tous fassent part de diverses péripéties et que tous recourent à des analepses, des prolepses et des digressions, ils combinent ces éléments selon des proportions distinctes. Chaque personne possède ainsi son propre style narratif : certaines personnes offrent des histoires dynamiques comportant de nombreux événements et sauts dans le temps (par exemple le participant 2), d'autres présentent des récits plus lents et méditatifs, moins animés, où les réflexions abstraites prennent de l'importance (par exemple le participant 6). D'autres personnes encore adoptent un style mesuré et équilibré.

Cette variété dans le *pacing* des récits permet de constater la capacité des participants à faire preuve de souplesse narrative. Chacun témoigne d'une identité propre dans sa manière de se raconter. Le récit s'affirme ainsi comme un outil solide, apte à s'adapter à la sensibilité de chaque personne. Alors que, comme nous le verrons dans la section de discussion à la fin du chapitre, la dépression fait peser un risque sur le récit, menaçant de le paralyser ou de le déconstruire, les histoires qui nous ont été transmises possèdent une flexibilité qui leur est propre.

En ce qui concerne les étapes spécifiques du récit sur lesquelles les participants choisissent de s'arrêter plus longuement, nous avons observé que pratiquement tous les moments du schéma

narratif étaient représentés, de la Situation initiale à l'État actuel. À ce propos, deux résultats méritent d'être soulignés.

D'un côté, il faut noter la présence de Digressions comme segment privilégié par quelques participants, deux en l'occurrence. C'est l'occasion de faire ressortir le rôle de ces éléments dans les récits : même s'ils ne sont pas toujours mis de l'avant, ils sont présents dans la totalité des témoignages. L'apparition de ces développements secondaires n'était pas prévue au départ : ayant le schéma quinaire classique en tête, nous n'avons pas pensé que certaines portions des récits échapperaient à ce modèle. C'est au cours de la transcription que nous avons constaté la nécessité de réserver une place à ces apartés dans lesquels les participants approfondissent leur opinion sur une variété de sujets.

Ainsi, le participant 6 explique en détails, durant cinq blocs de temps, son avis sur les effets positifs et négatifs des antidépresseurs. Cette digression est représentative de la position de cette personne, qui exprime dans tout son témoignage une grande ambivalence envers le médicament, ambivalence qui, dans une certaine mesure, reflète celle d'autres contributeurs à l'étude. Le participant 8, pour sa part, consacre plusieurs minutes, à des moments divers de son récit, à décrire trois sujets : les symptômes de sa dépression ; les raisons pour lesquelles il ne voulait pas prendre d'antidépresseurs ; et l'opinion négative de son entourage sur la médication (alors que la personne, en fin de compte, y trouve de grands avantages). On constate que ces seules trois digressions tracent en miniature le cours complet de l'évolution de la personne dans son rapport à la dépression et à la pharmacothérapie, la maladie se manifestant, puis ouvrant sur des doutes quant au médicament, et menant enfin à une acceptation de l'efficacité pharmacologique.

Les digressions se présentent comme des moments dans le récit où l'histoire prend une pause pour laisser place à des réflexions plus théoriques, dégagées du cours de la narration. Il s'agit là, pour chaque personne, d'une façon de développer son propos, différente de l'élaboration diégétique. Nous interprétons ces digressions comme des façons de consolider le sens du soi, non plus par le biais du récit et de sa puissance de *holding*, mais via l'exposition de ses propres valeurs. Car ces développements parallèles permettent à chacun de préciser son point de vue sur des sujets qui lui tiennent à cœur. Ils agissent comme des balises sur le chemin narratif, marquant des lieux où la personne choisit de s'arrêter pour approfondir sa pensée. Ce sont en quelque sorte

des haltes le long de la route du récit. Elles offrent l'occasion d'exprimer en détail ce que l'on pense de tel ou tel thème, en se dégageant momentanément de l'exigence narrative d'aller de l'avant.

Il faut observer que, parfois, ces digressions ne se présentent pas d'elles-mêmes, mais sont encouragées par nos propres questions et nos demandes de précision. Toutefois, s'il arrive que le participant réponde brièvement à notre question puis reprenne le fil de son récit, il arrive plus souvent qu'il prenne le temps de développer son point de vue, dans l'objectif apparent de bien se faire comprendre et de susciter de la compréhension chez l'interlocuteur. En ce sens, on peut comprendre que l'étape de Digression se présente comme un temps privilégié pour certains, dans le cours du témoignage, pour parler de qui ils sont et de ce en quoi ils croient.

D'un autre côté, il est intéressant de noter l'absence de la Projection dans l'avenir (étape v du schéma narratif) parmi les épisodes mis de l'avant par les participants. Comment se fait-il que personne ne s'attarde à cette étape pourtant chargée d'interrogations profondes? Pour nous, un tel résultat s'explique par le caractère virtuel de l'avenir, qui fait qu'il échappe en partie à la prise du récit.

Comme nous l'avons mentionné dans la deuxième section de ce chapitre, la fonction du récit est de donner ordre et structure à un ensemble d'événements pris dans le chaos du temps. Or, ces événements ont une signification beaucoup plus grande quand ils se sont déjà produits : faisant d'ores et déjà partie du bagage expérientiel de la personne, ils appellent une mise en ordre. En contrepartie, les événements qui ne se sont pas encore passés, qui échappent en partie à notre vue, brouillés par le flou du futur, nécessitent moins l'action du récit pour les organiser. Ce qui n'a pas encore eu lieu est moins important d'un point de vue narratif. Quand on aura vécu ces événements, le temps viendra de les agencer, mais pour l'instant il convient de s'attarder aux expériences passées et présentes, pour leur donner du sens à travers le travail narratif.

Par ailleurs, si l'on admet que les choses éloignées dans l'avenir, n'étant pas encore advenues, ont moins besoin d'être assimilées à travers le récit, on peut émettre l'hypothèse que les choses qui se sont produites dans le passé exigent, quant à elles, une plus grande prise en charge narrative. De fait, nous verrons ci-dessous, dans les sections consacrées à l'histoire de la

dépression et à l'histoire de la prise de médicaments, que le passé pèse plus lourd dans la structure chronologique, occupant une place qui dépasse celle du présent et de l'avenir.

Enfin, rappelons que nous avons relevé une configuration narrative particulière qui rythme les récits des participants. Elle consiste en une oscillation, autour du pôle de l'État actuel (étape iv du schéma narratif), d'analepses, de prolepses et de digressions. En d'autres mots, chez certaines personnes (environ la moitié), à partir du moment où le récit atteint l'avant-dernière étape du schéma narratif, le récit se met à aligner des sauts vers l'avenir, des retours dans le passé ainsi que des apartés réflexifs, tout en revenant de temps à autre réitérer à quoi ressemble l'état présent de la personne.

Pour donner un exemple schématique de ce à quoi cela ressemble, voici la succession des étapes dans le récit du participant 8 :

SI-C-(A4)-(SI)-(D1)-C-(D2)-C-A1-A2-A3-(C)-A3-ÉA-(PA)-ÉA-(D3)-(A4)-(PA)-
ÉA-(A4)-ÉA-(PA)-(D4)-(SI)-ÉA

Légende : SI = situation initiale ; C = Complication ; A = Action (avec le numéro de la péripétie) ; ÉA = État actuel ; PA = Projection dans l'avenir ; D = Digression (avec le numéro de la digression).

Les parties entre parenthèses sont celles qui rompent l'ordre chronologique.

On voit que, à partir de la première étape surlignée en jaune, la personne aborde son état présent. Toutefois, ce moment n'annonce pas l'achèvement du récit. Il se poursuit, faisant alterner des sauts vers l'avenir (PA), des retours dans le temps (SI, A4) et des digressions (D3, D4), tout en revenant de temps à autre s'appuyer sur la situation actuelle (autres moments surlignés en jaune). On peut donc observer un entrelacement de ces étapes, l'état actuel constituant un point d'attache auquel la personne retourne de temps à autre.

Cet agencement distinctif révèle l'importance du présent comme point d'ancrage pour la personne qui raconte son histoire. Alors qu'un modèle théorique nous présente les étapes narratives comme se succédant selon un ordre logique, l'expérience vécue de la personne narratrice l'amène à mentionner le présent plus tôt que prévu, c'est-à-dire à sauter rapidement à cette étape pour prendre contact avec un lieu qui donne une sûreté. Ensuite, comme rassurée par

cet enracinement dans l'état actuel des choses, elle semble se sentir plus libre de se plonger narrativement dans d'autres portions de son existence.

Un rapprochement peut être fait avec la théorie de l'attachement. Dans son ouvrage de 1988, Bowlby met en évidence l'importance de la base sécurisée (*secure base*). Un lien affectif fort avec la figure d'attachement permet à l'enfant d'explorer son environnement, qui s'avère inquiétant pour lui. Ce sentiment de sécurité est renforcé par des regards lancés de temps à autre à la mère, pour s'assurer de sa présence. La liberté d'explorer les alentours en s'exposant aux dangers potentiels provient donc d'un rapport confiant avec la figure d'attachement, vers laquelle le bébé retourne de temps en temps se nourrir d'un supplément de sécurité. De la même manière, nos résultats montrent, dans les récits recueillis, un ancrage dans le présent et un retour occasionnel à celui-ci dans le but d'explorer avec une aisance accrue les zones plus sombres du paysage existentiel.

Holmes (1999) fait d'ailleurs un lien intéressant entre attachement sécurisée, psychothérapie et récit (*storytelling*). Pour lui, le cadre psychothérapeutique est un lieu où peut se recréer un attachement sécurisée. Surtout, ce qui est spécialement d'intérêt pour nous, il voit l'une des manifestations de ce style d'attachement comme étant la capacité pour la personne de construire, à propos d'elle-même, un récit cohérent, intégré, riche en détails et en même temps chargé d'une valeur émotionnelle. Pour l'auteur, la santé psychologique est marquée par la possibilité de construire une histoire qui a du sens et en même temps par l'aptitude à remodeler ce récit à la lumière de nouvelles expériences. La configuration narrative que nous avons observée chez certains participants témoigne d'une habileté à élaborer des récits subtils, qui incorporent des déplacements dans le temps et où l'ancrage dans le temps présent fait office d'attachement à une base sécurisée.

Le présent agit ainsi comme un refuge où la personne trouve une forme d'assurance. Si l'on se réfère au Tableau 2.1 du chapitre précédent, on observe que, pour tous les participants (à l'exception peut-être du participant 6 dont la condition est plus mitigée), l'état actuel est positif. Les choses vont bien, la maladie a disparu, ou du moins elle est sous contrôle. Le médicament, parfois combiné à d'autres modes de guérison, fait son travail. On saisit donc pourquoi le présent se présente comme un moment rassurant. Par rapport aux turbulences du passé, où la dépression

aussi bien que la gestion des antidépresseurs a posé problème, le présent fait figure de havre de paix. On peut comprendre certains participants de vouloir établir tôt dans leur témoignage le fait que leur situation est stable. Une telle déclaration a quelque chose de réconfortant. Ensuite, il est plus aisé de revenir sur les difficultés de son histoire.

En effet, de la même manière que, quand nous voyageons, il nous arrive d'établir notre campement dans une ville puis, les jours suivants, de rayonner dans la campagne, les villes et les villages des alentours, ainsi ces participants dont nous parlons installent leur récit dans le moment présent, puis se permettent d'aller explorer d'autres pans de leur expérience. Les choses se passent comme si ces développements narratifs ou réflexifs étaient facilités par l'ancrage dans le présent et par le retour de temps à autre à cette étape. Les phases plus souffrantes de l'expérience, ces périodes où l'on a subi la dépression, où l'on s'est battu avec la prise de médicaments, où l'on a été incompris par un psychiatre, peuvent être intégrées dans le récit avec plus d'apaisement. Avant de se replonger dans les affres du passé (et les inquiétudes de l'avenir), certains participants sentent le besoin de reprendre leur souffle en s'appuyant sur l'état actuel d'équilibre.

Une telle observation apporte une nuance à la considération sur le rôle intégratif et constituant du récit : s'il permet de donner forme et sens aux événements pris dans le tourbillon du temps, apparemment pour certains ce travail est plus facile à faire une fois qu'ils se sont installés dans le présent, ce qui implique un bris relatif de l'ordre chronologique. En sautant des étapes, le récit permet plus aisément à l'individu de coordonner les moments de sa vie et de construire, à même le déroulement narratif, sa propre identité. La progression du récit et son travail d'ordonnement bénéficient de cet attachement à une base solide et rassurante. La personne se sent alors plus confiante dans le fait de se confronter à des parts de son expérience ressenties comme moins sûres.

3.4 Histoire de la dépression

Rappelons que, au chapitre précédent, nous avons repéré dans les récits de dépression des participants cinq étapes caractéristiques qui en émergeaient : i. le moment où la dépression a commencé ; ii. le cours qu'elle a suivi ; iii. son caractère de crise (ou non) ; iv. son état actuel ;

v. le risque qu'elle revienne. Ces résultats recourent en partie d'autres modèles narratifs de récits de dépression élaborés antérieurement.

Ainsi, dans son ouvrage majeur sur cette question, Karp (1996) identifie quatre phases qui se dégagent des nombreuses histoires qu'il a recueillies, ces étapes successives constituant un parcours typique qu'il nomme la carrière dépressive (*depressive career*) : i. une phase de sentiments négatifs indéfinis qui précèdent la dépression ; ii. une phase dans laquelle la souffrance se précise et n'est plus attribuée à des circonstances malheureuses, mais à un mal présent en la personne elle-même ; iii. une phase de crise dans laquelle la personne sent qu'elle ne peut plus faire face seule à la souffrance et va chercher un diagnostic ainsi que de l'aide auprès de professionnels de la santé ; iv. une dernière phase au cours de laquelle le patient endosse son identité de malade et développe une histoire pour donner du sens à la manière dont son identité a été changée par la maladie.

Pour sa part, Schreiber (1998) analyse 21 récits de Canadiennes et d'Américaines (âgées entre 32 et 69 ans) pour en tirer un modèle théorique selon l'approche de la théorie ancrée. La chercheuse voit six étapes dans les récits de dépression qu'elle a recueillis : i. le moi avant la dépression (vague sentiment de souffrance et d'inadéquation) ; ii. l'entrée dans la dépression (situation de crise où la femme sent qu'elle perd le contrôle sur sa vie) ; iii. la lutte pour raconter son histoire (recherche d'oreilles attentives pour s'ouvrir à propos de son mal) ; iv. la quête de compréhension (recherche d'information et formulation d'hypothèses pour mieux comprendre le mal et soi-même) ; v. le fait de « s'accrocher » (*cluing in*) (atteinte d'une compréhension au moins partielle du mal et de soi-même) ; vi. clarté de vision (retour sur le parcours de la maladie et réévaluation de son identité).

Les modèles de Karp et de Schreiber partagent des caractéristiques avec celui que nous avons dégagé de nos entrevues. En effet, ces schémas suivent une trajectoire similaire qui passe d'un état de départ où la souffrance est vague et indéfinie, à un état de crise où le mal est nommé et pris en charge, à un état de redéfinition de soi, pour aboutir à un état de relatif équilibre où la souffrance semble apaisée, au moins en partie. Nos résultats concordent donc globalement avec ces modèles de récits de dépression élaborés précédemment. La seule différence est que les

témoignages des participants à notre étude comportent une étape d'ouverture vers l'avenir, absente des deux autres modèles.

Par ailleurs, les résultats que nous avons recueillis liés à l'histoire de la dépression corroborent deux interprétations faites jusqu'à maintenant dans ce chapitre.

D'abord, on observe l'importance de la structure chronologique : les témoignages des participants contiennent des éléments qui se classent aisément selon le fil du temps et qui suivent grosso modo l'ordre naturel des choses. Cela confirme selon nous la fonction du récit, qui ordonne le temps. Le récit est en quelque sorte un dompteur de temps, qui acclimata au règne humain l'absurdité des choses que l'on vit. Dans le cas spécifique de la dépression, il est compréhensible que cette maladie mentale au pouvoir de disruption doive être absorbée par la trame narrative pour être digérée et rendue assimilable à la compréhension.

Ensuite, on constate la place considérable prise par le passé dans l'histoire de dépression. Sur les cinq étapes que nous avons identifiées, on remarque que trois concernent le passé. Il semble donc que les événements advenus autrefois appellent une plus grande prise en charge narrative. Le passé constitue un poids plus lourd qui demande un effort accru pour être géré. Un tel phénomène pourrait être interprété comme découlant d'une différence quantitative : les événements qui ont eu lieu auparavant sont numériquement plus nombreux que les quelques événements résumant le présent et que les quelques-uns que l'on entrevoit dans son avenir.

Mais cette distinction n'est que relative et on peut la contester : les faits du présent pourraient être détaillés à l'excès, jusque dans le menu détail, tandis que ce qui se profile à l'horizon pourrait être développé en une quantité impressionnante de projections pleines de crainte ou d'espoir. En réalité, nous considérons que la différence est qualitative : ce que j'ai vécu naguère pèse dans mon bagage expérientiel, il me suit et s'impose à moi plus que le présent (encore en train de se faire) et que l'avenir (pas encore arrivé). Le passé m'appelle à la manière d'un spectre qui me retient par la manche et demande à être apaisé. Il invite le récit à intervenir pour l'amadouer, lui donner une signification, résoudre la difficulté existentielle qu'il pose, notamment lorsqu'il s'agit d'un élément souffrant comme la maladie mentale.

En outre, si l'on regarde la nature des cinq étapes qui caractérisent l'histoire de la dépression, on s'aperçoit qu'ils sont marqués par le thème de la *présence*. Ainsi, les gens mentionnent à quel moment la maladie *apparaît* dans leur vie, comment elle *se manifeste* ensuite (de manière épisodique ou continue, avec un coefficient de crise ou non), puis si elle est encore *présente* et si elle est destinée à *disparaître* ou à *revenir*. Dans tous ces cas, l'enjeu de l'histoire est la place presque concrète et observable que le trouble mental occupe dans la vie de la personne.

Les choses se présentent donc comme si la dépression était un personnage secondaire qui entrait sur scène, puis qui y restait ou en sortait au gré de son vouloir, personnage sinistre, inquiétant, qui se cache parfois dans les coulisses et qui parfois surgit pour nous attraper à la gorge. Une telle description, qui se dégage des témoignages, donne une qualité quasi corporelle à la maladie mentale. Elle donne un caractère plus matériellement dramatique à la manière dont les gens vivent leur dépression. Si les événements prennent un sens à travers l'histoire de vie, dans cette histoire se manifestent des entités narratives, des *dramatis personae* qui sont plus (ou autres) que des états mentaux abstraits. La maladie s'incarne, figure active dans la pièce qui relate la vie de l'individu.

Cette qualité extérieure de la dépression vient contredire une conclusion de l'étude que Stern (2003) consacre à trois récits littéraires de dépression. En effet, elle voit dans ces témoignages une fusion de la dépression avec la personne des écrivains, comme si le trouble mental s'incorporait à eux et devenait leur nouvelle identité :

All three authors describe their depression using language that evokes identity. The authors do not experience depression as a passing, albeit very serious, problem but more like a stage in the development of their selves, a stage that is formative and instrumental in shaping identity. They describe depression as an integral part of their beings. (p. 104)

Une telle différence dans les résultats peut trouver son explication dans la distinction que Westerbeek et Mutsaers (2008) font entre deux types de récits de dépression : certains se centrent sur la personne malade (*person-oriented*), d'autres sur la maladie elle-même (*problem-oriented*). Dans le premier type de récit, la dépression est perçue comme faisant partie intégrante du soi, c'est une déformation de l'identité même de la personne. Dans le second type de récit, la

dépression est vue comme indépendante du soi, causée par des facteurs sociaux ou biologiques. On voit comment les œuvres littéraires analysées par Stern se classe dans la première catégorie, alors que les histoires de nos participants appartiennent à la seconde.

Dans les récits de dépression que nous avons recueillis, trois des étapes composant l'histoire de dépression offrent des résultats spécialement tranchés. Il se dégage de ceux-ci que, dans la majorité des cas, la dépression a toujours été là (étape 1), que son cours a été fluctuant (étape 2) et qu'elle risque de revenir dans l'avenir (étape 5). On voit donc émerger l'image d'une maladie qui est plus chronique que temporaire. Pour la plupart des gens, la dépression est en quelque sorte un fait de la nature : présente depuis un temps indéfinissable, elle revient de temps à autre, inlassablement, ce qui amène à penser qu'elle fera un retour dans l'avenir.

D'autres recoupements sont intéressants à faire. Ainsi, sur les six personnes qui considèrent que la dépression a toujours été présente dans leur vie, cinq (83%) vivent ses épisodes sous le mode de la crise, et quatre (67%) tendent à penser qu'elle va se manifester de nouveau. Même parmi les trois participants qui estiment que leur dépression a eu un début précis et qui ne vivent pas les épisodes dépressifs sous la forme d'une crise, deux (67%) considèrent que la maladie a des chances de se maintenir dans le futur.

Tous ces éléments peignent le portrait d'un mal tenace, presque impossible à éliminer. Quand il s'efface, ce n'est que pour mieux revenir, souvent sous forme de crise. Si le passé est garant de l'avenir, la dépression est destinée à remonter périodiquement sur scène. Pour l'instant, que peut-on attendre, à part un soulagement passager? Même ceux qui jugent qu'elle n'a pas toujours été présente dans leur vie prévoient qu'elle risque de persister. La dépression fait figure de silhouette impossible à éviter, qui en vient fatalement à nous rattraper.

Ce qui est affecté ici est le sens de l'espoir. Dans son ouvrage sur l'expérience de la dépression, Ratcliffe (2015) examine comment cette dernière perturbe la notion même d'espoir. En effet, selon lui, la capacité d'espérer s'appuie sur une vision du futur comme un espace de possibilités positives, accessibles dans la mesure où les capacités de l'individu (ou bien une aide extérieure) seront suffisantes pour lui offrir l'objet de son désir. C'est cette vision optimiste qui devient inaccessible dans la dépression : « *a style of anticipation is absent; nothing is practically*

significant anymore, nothing beckons activities, and so nothing offers the possibility of meaningful change » (p. 111).

Pour Ratcliffe, la dépression entraîne un type de désespoir existentiel dans lequel le fait même d'espérer n'a plus de sens. Au concept d'espoir radical (*radical hope*), soit la croyance que, malgré les obstacles et l'inaccessibilité temporaire des objets de désir, il y a encore du sens à imaginer que les choses pourront être autrement, la dépression oppose un désespoir radical. Dans ce mode de pensée, les possibilités signifiantes contenues dans un avenir éventuel disparaissent. Rien de pertinent ne pourra jamais arriver. L'individu ne perd pas seulement *ses* espoirs, attachés à divers objets : il perd *l'*espoir lui-même, c'est-à-dire une orientation de l'attitude qui présuppose la possibilité d'une évolution. Ce qui s'efface, ce n'est pas la valeur des choses autrefois espérées, c'est la valeur de l'espoir en tant que tel.

On peut également faire un lien avec la triade cognitive de Beck (1967). On sait que, pour le père de la psychologie cognitive, la dépression se caractérise par des pensées négatives liées au soi (qui est inadéquat), au monde (qui est fait d'injustices et d'obstacles, notamment d'incompréhensions sociales) et à l'avenir (qui apportera inévitablement son lot de souffrances). De tels biais de pensée produisent une attitude pessimiste et fataliste : je suis condamné à souffrir dans un monde inhumain.

Chez les participants à notre étude, l'avenir apparaît ainsi plus noir que rose, et la dépression se présente comme un fait quasi inévitable. Si une rémission se produit, il est fort probable qu'elle ne sera que partielle et momentanée. La dépression est surtout marquée par la fatalité. C'est une sorte de phénomène naturel que l'on subit et auquel on se résigne.

Pourtant, on peut essayer des moyens de remédier au mal. Une avenue possible est la prise de médicament. Mais, comme nous allons le voir, cette solution entraîne ses propres problèmes.

3.5 Histoire de la prise d'antidépresseurs

Souvenons-nous que, au chapitre précédent, nous avons identifié cinq étapes dans les histoires de prise de médicament : i. le moment (précoce ou tardif) où la consommation a commencé ; ii. le

cours régulier ou sporadique de cette consommation ; iii. le changement éventuel de molécule ; iv. le statut actuel de la prise d'antidépresseur ; v. l'objectif futur (continuer ou arrêter). Il est intéressant de comparer ces résultats avec d'autres modèles de récits de prise d'antidépresseurs élaborés dans la littérature scientifique.

Dans une démarche similaire à celle Schreiber (1998) décrite plus haut, Knudsen et al. (2002) ont adopté une approche de théorie ancrée pour se pencher sur des témoignages de femmes. Les chercheuses ont ainsi mené douze entrevues auprès de Danoises de 21 à 34 ans qui consommaient des ISRS depuis une période allant d'un à quatre ans. Les résultats révèlent un pattern narratif en quatre étapes : i. détresse et besoin d'aide (les femmes éprouvent un sentiment de perte de soi, de faiblesse et de solitude qui les amène à chercher de l'aide) ; ii. dilemme à propos du médicament (les femmes éprouvent une résistance à la prise d'antidépresseurs et en viennent à les accepter en se concevant comme affectées d'une carence biochimique plutôt que d'un problème émotionnel) ; iii. amélioration (les femmes regagnent un sens de cohérence du soi et un sentiment d'efficacité, mais sans l'impression d'une guérison totale) ; iv. difficulté à arrêter (les participantes éprouvent le désir de cesser la prise de médicament, mais aussi la peur de retomber dans la souffrance).

Pour sa part, Metzl (2003) analyse comment, aux États-Unis, depuis les années 1950, le discours pharmacologique a graduellement remplacé le discours psychanalytique comme grille de compréhension des maladies mentales. Il argumente de manière intéressante que l'ancienne représentation freudienne de la femme hystérique nécessitant l'aide de l'analyste masculin se retrouve presque inchangée dans divers médias de la seconde moitié du 20^e siècle, entre autres dans des publicités qui montrent comment les médicaments psychoactifs aident les femmes à sortir de leur détresse mentale pour enfin avoir des relations romantiques avec des hommes. Par ailleurs, l'auteur analyse des nouvelles littéraires écrites par des femmes à propos de leur consommation de Prozac. Il distingue trois phases dans leurs récits : i. l'euphorie (enthousiasme débridé pour le médicament qui apporte une nouvelle liberté) ; ii. le désenchantement (constatation de l'inutilité du Prozac et de ses effets secondaires) ; iii. la rationalisation (les narratrices continuent la prise d'antidépresseurs, mais revendiquent aussi la découverte d'un soi authentique situé au-delà du Prozac, un soi moins productif, plus sensible et plus ancré dans son corps).

L'histoire de prise d'antidépresseurs qui se dégage des histoires que nous avons recueillies ressemble plus au modèle de Knudsen et al. qu'à celui de Metzl. En effet, ce dernier offre un schéma assez tranché qui va d'une phase positive à une phase négative pour revenir à une phase positive. Chez nos participants, au contraire, le cours de l'histoire est plus compliqué et en demi-teintes, offrant presque à chaque étape des doutes, des hésitations, des questionnements. Notamment, dans l'article de Knudsen et al., les étapes de dilemme et de difficulté à arrêter le médicament recourent bien les propos de nos participants. Une telle parenté s'explique selon nous par le fait que l'étude danoise se base sur des témoignages réels, alors que l'analyse de Metzl s'appuie sur des fictions littéraires, dans lesquelles le souci dramatique peut amener les autrices à dépeindre les choses sous un jour plus contrasté.

Quand on regarde les résultats de nos entrevues, on constate que les histoires de prise de médicaments se caractérisent par l'importance du modèle chronologique ainsi que par la plus grande importance du passé, tout comme les histoires de dépression. Ici aussi, les propos des participants se placent sur le fil du temps. Ici aussi, l'état actuel et les projections dans l'avenir pèsent moins lourd que les rebondissements anciens liés à la gestion des comprimés. Ces résultats confirment donc que le récit représente une matrice puissante pour donner forme et sens aux tribulations des participants. Ils confirment également que les événements passés pèsent dans le parcours existentiel des personnes et appellent une prise en charge déterminante.

De tels résultats, similaires pour la dépression et la prise de médicament, révèlent selon nous le caractère foncièrement problématique des antidépresseurs. Remèdes au mal, ils devraient (en théorie) amener le récit de dépression à une conclusion, qui permettrait de relancer un nouveau récit. Toutefois, les choses se présentent comme si remède et mal étaient presque interchangeables. Le paradoxe doit être souligné : on a affaire ici à ce qui devrait régler le problème accablant de la dépression, mais le récit se déroule comme si la solution contribuait à la difficulté au lieu de la résoudre. Les histoires de prise de médicament montrent ainsi que le composé pharmacologique vient complexifier le récit au lieu de servir de facilitateur à une mise en récit de soi axée sur autre chose que la maladie.

De fait, chez les participants à notre étude, la prise d'antidépresseurs se caractérise par l'ambivalence. Pour trois des étapes que nous avons identifiées, les résultats sont mitigés, se divisant à parts presque égales entre les participants.

Ainsi, en ce qui concerne la première étape, la moitié des gens ont commencé à prendre la médication dès l'apparition des symptômes, alors que les autres ont préféré attendre. Un tel délai entre la manifestation de la souffrance et le recours aux antidépresseurs révèle une attitude d'hésitation, que les participants eux-mêmes confirment. Comment se fier à un produit que notre entourage dénigre, qui risque d'entraîner des effets secondaires et qui est proposé avec insistance par les grandes pharmaceutiques intéressées à faire du profit? Peut-être que là se trouvera le soulagement, mais on estime plus prudent, pour l'instant, de s'abstenir.

Ensuite, pour la deuxième étape, quatre personnes ont pris le médicament de façon régulière, cinq de façon sporadique. Encore ici, on observe une posture d'irrésolution. Vaut-il mieux continuer de prendre un produit qui risque de créer de la dépendance, ou arrêter la consommation au risque de retomber dans la dépression? Les gens hésitent et se partagent en deux groupes à peu près égaux. Par ailleurs, aucune corrélation n'est perceptible entre les étapes i et ii. Les gens qui recourent tout de suite au médicament ne sont pas spécialement portés à le prendre de façon continue (ce qui aurait dénoté une plus grande confiance dans le remède). De même, les gens qui attendent avant de l'adopter ne sont pas plus portés à le prendre ensuite de façon occasionnelle (ce qui aurait dénoté une plus grande réticence).

Enfin, la cinquième étape est la plus parlante selon nous. Bien que la consommation d'antidépresseurs soit très majoritairement active (nous y reviendrons), environ la moitié des gens pensent à arrêter, alors que l'autre moitié songe à prolonger le régime pharmacologique. C'est là un signe que les effets objectifs du médicament s'offrent à la réflexion. On veut cesser le médicament parce qu'on considère qu'il marche (il a réglé le problème) ou qu'il ne marche pas (abandonnons ce qui est inutile). De même, on veut le continuer parce qu'il marche (pourquoi arrêter ce qui me sert) ou parce qu'il ne marche pas (maintenons les efforts). Quelles que soient les raisons, les gens dans leur ensemble tergiversent, soupèsent le pour et le contre. Pris dans leur globalité, les participants ne savent pas quelle démarche entreprendre, s'interrogeant sur l'opportunité de continuer à prendre des pilules.

Notons que le participant 7, seule personne à ne plus en consommer, est aussi la seule qui ne mentionne pas la question du maintien ou non de la médication. C'est aussi la seule personne, rappelons-le, à ne pas avoir, dans son schéma narratif, d'étape de Projection dans l'avenir. Pour elle, l'affaire est close, le problème est réglé, elle est heureuse. Pour les autres, par contre, la question reste essentielle, et l'on a du mal à choisir entre deux choses.

En ce qui concerne les résultats plus tranchés, la troisième étape montre que sept personnes sur neuf ont expérimenté des changements de prescription au cours de leur consommation d'antidépresseurs. On voit donc que l'espoir, au moment de la crise, dans le fait que le médicament règle les problèmes a été en partie déçu. Non seulement il n'a pas enrayé le mal, mais il cause des problèmes au point qu'il faille changer de prescription. Entraînant des effets secondaires (sudation, perte de libido, prise de poids), se prêtant mal à des situations comme la grossesse ou l'allaitement, ils deviennent des problèmes qui, à leur tour, demandent une solution. L'histoire s'allonge donc. Les essais-erreurs parfois longs et laborieux alimentent une narration qui se charge alors de plus de mésaventures encore.

L'autre étape dont les résultats sont plus tranchés, c'est-à-dire l'état actuel de la consommation, est tout aussi intéressante à observer. Tout le monde, à l'exception d'une personne, prend encore ses médicaments. Quelle conclusion en tirer? Spontanément, on se dit qu'ils doivent apaiser la souffrance de la dépression puisque les personnes continuent à les consommer. Puis, on se dit que tel n'est peut-être pas le cas : qui sait si les gens ne continuent pas à les prendre dans l'espoir que quelque chose qui n'a pas encore fait ses preuves en vienne à porter fruit?

Dans les faits, comme nous l'avons vu au chapitre précédent, les raisons qui expliquent le maintien quasi unanime du régime pharmacologique sont variées. Certaines personnes sont tout à fait heureuses des bienfaits fournis par le médicament, au point parfois de souhaiter augmenter la dose. D'autres personnes expriment une ambivalence. Elles reconnaissent l'efficacité des antidépresseurs mais, du même souffle, avouent avoir plusieurs scrupules : sentiment de ne pas être soi, honte de se sentir dépendant, inconfort à l'idée de se complaire dans une solution de facilité, etc.

Bref, de manière paradoxale, la rubrique qui offre les résultats les plus clairs recouvre en réalité une attitude tout aussi ambivalente que celle qui se reflète dans les autres rubriques. On continue à prendre ses médicaments, mais les raisons pour le faire sont variées, et souvent mitigées par de fortes réticences. L'unanimité de la consommation actuelle cache donc des interrogations. Bien sûr, il ne faut pas négliger la présence des participants qui trouvent un réel bénéfice aux médicaments et qui souhaitent même participer à notre étude pour partager leur contentement. Toutefois, la majorité des gens avalent leur pilule avec scrupule, indécis quant à l'utilité de leur geste, se demandant même si, jour après jour, ils ne sont pas en train de se nuire.

3.6 Action du médicament sur la maladie

Les participants à notre étude ont des opinions diverses sur l'action des antidépresseurs. Font-ils disparaître la maladie ou ne font-ils que l'atténuer?

De nouveau, dans cet élément d'analyse, les résultats sont mitigés, se partageant en deux groupes presque égaux : quatre personnes considèrent que l'action des médicaments est définitive ; cinq, qu'elle est temporaire. À cette ambiguïté s'ajoutent les doutes des gens par rapport à l'utilité unilatérale du médicament. Rappelons que plusieurs soulignent, dans leurs témoignages, que le régime pharmacologique doit être combiné à d'autres stratégies de prise de soin si l'on veut tenir la dépression en échec. Une pilule, ce n'est pas suffisant.

À ce stade de notre processus d'interprétation, nous pouvons faire des recoupements entre la présente section et les deux qui précèdent. Quelles observations émergent quand on superpose l'histoire de dépression, l'histoire de la prise de médicaments et les considérations sur l'action de ceux-ci?

Certaines de ces observations sont cohérentes et compréhensibles. Ainsi, les quatre personnes qui estiment que la médication fait disparaître leur dépression considèrent cette dernière comme inactive au moment présent. De plus, trois d'entre elles ont arrêté la prise d'antidépresseurs ou comptent le faire à l'avenir. Le cas de la dernière personne (le participant 9) est intrigant puisqu'elle prévoit continuer à les prendre (bien qu'elle exprime des hésitations et des scrupules à cette perspective). Pourquoi prendre encore des médicaments si la dépression n'est plus active?

Cette attitude peut sans doute se comprendre par le fait que les épisodes dépressifs de cette personne avaient un caractère de crise et qu'elle considère que la dépression risque de revenir, en raison d'une vulnérabilité de tempérament. En ce sens, pour elle, il est sensé de maintenir la prise de médication même si la dépression paraît avoir été vaincue. Pour tous les autres, le problème est réglé, les pilules ont fait leur travail.

Nous voyons donc émerger, à peu de choses près, le portrait de personnes pour qui les antidépresseurs ont une utilité réelle et limitée dans le temps : ils interviennent pour faire disparaître la dépression, après quoi on les retire. Une telle certitude de leur part vient contrebalancer l'attitude d'ambivalence que nous avons soulignée à plusieurs reprises dans ce chapitre. Une partie de notre échantillon démontre donc de la confiance envers l'action des médicaments.

Par ailleurs, les cinq personnes qui estiment que la médication atténue leur dépression sans l'éliminer considèrent que la maladie risque de revenir. Sans surprise, ils consomment présentement des médicaments. Leur posture est compréhensible : l'action des antidépresseurs n'étant pas définitive, il convient de les prendre pour tenir à distance un mal qui, de leur point de vue, connaît des hauts et des bas et menace de reprendre périodiquement de la vigueur.

Un autre recoupement s'avère plus déconcertant. Trois personnes (les participants 2, 4 et 6) voient leur dépression comme risquant de revenir. De plus, elles considèrent que l'action des médicaments n'est que temporaire. Et pourtant, elles prévoient cesser la prise de médication. Cette attitude semble contradictoire : pourquoi abandonner ce qui atténue un mal toujours susceptible de ressurgir?

Il est vrai qu'il convient de nuancer une telle observation. D'abord, ces personnes ne sont pas certaines que la dépression va refaire surface, elles ne peuvent l'affirmer avec certitude. Mais en se basant sur des expériences passées, elles tendent à penser que oui, comme le participant 6 qui a expérimenté le ressac des idées suicidaires chaque fois qu'il a interrompu la prise de médication dans le passé. Ensuite, ces personnes ne sont pas assurées de vouloir abandonner les antidépresseurs. Ainsi, le participant 4 déclare qu'il souhaiterait le faire, mais qu'il envisage cette

avenue avec une certaine crainte. C'est un objectif à plus long terme, et il faudra que sa situation personnelle soit assez stable pour qu'il ose s'aventurer dans cette direction.

Néanmoins, malgré de telles nuances, ce recouplement montre à nouveau l'ambivalence qui est en jeu par rapport aux antidépresseurs. Même quelque chose qui nous protège de la maladie mérite d'être abandonné. On peut en conclure que ce « remède » porte avec lui son lot de désagréments. La médication fait effet, sans nul doute, mais sa consommation entraîne un embarras. Une telle attitude est en phase avec l'ambivalence souvent relevée par la recherche par rapport à la prise d'antidépresseurs.

Rappelons que selon Aikens et al. (2005) (étude mentionnée dans notre revue de littérature) les gens ayant une attitude de scepticisme démontrent la plus faible adhésion au traitement pharmacologique. Ce sont ceux qui jugent avoir peu besoin de traitement et qui voient le traitement comme possédant un haut potentiel de nuisance. Dans le cas de nos participants, une même attitude d'ambivalence semble prédominer : plusieurs considèrent avoir besoin d'aide (7 sur 9 croient que la dépression risque de revenir) et en même temps expriment dans leurs propos une méfiance ou une insatisfaction envers les antidépresseurs (notamment en raison des effets secondaires).

Bref, les antidépresseurs viennent complexifier le récit de la personne, et la quête de cette dernière pour la guérison connaît des rebondissements inattendus, chose que met en relief le schéma actantiel.

3.7 Schéma actantiel

Avant l'analyse des résultats, nous avions en tête que l'outil du schéma actantiel nous permettrait d'avoir une cartographie claire de la place du médicament dans l'histoire de la personne : sur l'échiquier de son mal, où se trouvait l'antidépresseur? Or, l'une des surprises que l'analyse a révélées est que, pour la majorité des participants (sept sur neuf), il n'y a pas une quête unique, mais bien deux quêtes. Et même, si l'on veut être plus précis, la seconde quête se subdivise parfois en deux, voire en quatre sous-quêtes, toutes aussi importantes.

La présence de deux moments dans la quête de chaque individu confirme la pertinence de notre choix méthodologique. En effet, l'un de nos buts, en adoptant l'analyse narrative, était d'observer l'élément de chronicité dans le rapport des gens atteints de dépression avec la prise de médicaments. Contrairement à l'approche basée sur le contenu, où les arguments pour et contre les antidépresseurs se trouvent figés dans l'atemporalité, le recours à la narration permet d'observer l'évolution de l'attitude envers les médicaments. À travers l'histoire de dépression, nécessairement chronologique et dramatique, on voit se manifester les rapports de force dans lesquels s'inscrivent les antidépresseurs de même que les changements de configuration qui s'opèrent dans l'esprit de chaque personne.

C'est comme si ces deux étapes dans le schéma actantiel ouvraient les portes du temps. En effet, alors qu'une quête unique aurait offert un condensé statique, équilibre de forces et positionnement d'actants abstrait du passage du temps, les deux quêtes montrent qu'en réalité les choses changent et se transforment. Une telle affirmation peut apparaître comme un truisme, mais il est important de souligner ce résultat fort de notre recherche : le rapport des participants avec leurs antidépresseurs n'est pas figé, il évolue au fil du temps. Si, au début, le médicament doit remédier à une souffrance criante, peu à peu, une fois la crise apaisée, de nouvelles préoccupations émergent, de nouveaux espoirs, par rapport auxquels les antidépresseurs jouent parfois un rôle moins engageant. On ne reste pas la même personne ; on ne désire pas toujours les mêmes choses.

Outre la perspective chronologique qu'elle ouvre, l'apparition de la seconde quête permet aussi de constater que, si le médicament apporte d'abord une solution, celle-ci est rarement définitive.

Rappelons-nous que, dans la première quête, les antidépresseurs interviennent chez tous les participants pour jouer un rôle de soutien. En effet, face à une crise dépressive, le Sujet confie au médicament la tâche de l'aider à trouver du soulagement. Cet agencement est fort naturel : mal et remède s'affrontent (Opposant contre Adjuvant) dans la quête de la personne pour atteindre un allègement de sa souffrance. Normalement (c'est l'espoir qui guide la personne), les choses devraient se régler : le médicament devrait triompher de la maladie et mener à une conclusion heureuse de l'histoire. Toutefois, les choses ne se déroulent pas ainsi, et les résultats montrent que l'arrivée des antidépresseurs entraîne un regain des péripéties.

De fait, la quête vers la rémission n'est pas réglée par l'entrée en scène de l'actant médicament. Soit elle se poursuit, intacte, à travers les années, jusque dans le temps présent, soit elle mute, prenant parfois une forme plus compliquée. On peut considérer que, dans le cas des deux participants dont la quête reste identique, celle-ci est réussie en partie ou en totalité : le médicament atténue le mal et le garde latent aussi longtemps que le régime pharmacologique est maintenu (participant 3), ou bien il élimine le mal et n'a plus de raison d'être par la suite (participant 7). Mais pour les autres participants, une nouvelle quête émerge. En définitive, la solution souhaitée n'a pas rempli ses promesses (sauf dans le cas du participant 7) : chez huit personnes sur neuf, la quête se poursuit, alors que le recours à la médication devait mener à un dénouement heureux.

On peut se demander si le développement d'une seconde quête se produit *malgré* les antidépresseurs ou *à cause* d'eux. En d'autres mots, est-ce que les antidépresseurs ne sont qu'un défenseur trop faible, incapable de venir à bout d'un Opposant dépressogène particulièrement tenace, ou est-ce que leur présence s'avère plus problématique que prévu, provoquant des déboires inattendus et des interrogations profondes? En d'autres termes, la médication est-elle un allié bancal ou un faux frère qui nous trahit? Avant de répondre, notons que le fait même de poser cette question met en relief le caractère problématique du médicament : d'une manière ou d'une autre, on ne peut pas s'y fier. Qu'il soit un soldat mal armé ou une sorte de traître, il demeure quelqu'un qui nous fait faux bond.

Pour revenir à la question, nous considérons que la seconde quête émerge *en raison de* l'arrivée des antidépresseurs. Nous en voulons pour preuve deux éléments : la multiplication des sous-quistes et la nature identitaire de celles-ci.

D'une part, il nous semble que, si la seconde quête était apparue *en dépit des* antidépresseurs, celle-ci serait restée plus ou moins identique à la première : le combat se serait simplement poursuivi. On aurait eu affaire à un prolongement de la première quête, où l'Adjuvant médicamenteux n'aurait pas été assez fort pour vaincre l'Opposant qu'est la dépression. On aurait alors vu intervenir d'autres Adjuvants, tels que l'activité sportive, les contacts sociaux, la psychothérapie, etc.

Dans les faits, c'est bien ce qui arrive : les participants soulignent l'importance de ne pas se fier uniquement à la prescription médicale. De plus, chez un participant (numéro 9), la quête reste relativement similaire, incorporant simplement un élargissement du mandat : le médicament qui devait, dans un premier temps, remédier à une urgence sert, dans un second temps, à tenir en échec la dépression sur le long terme.

Mais une telle poursuite de la lutte n'empêche pas, dans d'autres cas, la quête de se diversifier, de se diviser en embranchements aux orientations diverses. Ainsi, ce n'est pas seulement une question de force ou de faiblesse relative des antidépresseurs : leur intervention dans l'histoire coïncide avec une hétérogénéisation des objectifs de la personne, comme si cette nouvelle présence donnait naissance à de nouveaux soucis, à de nouvelles interrogations. Censé être un barrage contre le flot noir de la dépression, le médicament a parfois pour effet de scinder la rivière en branches différentes qui prennent, le long de leur cours, des allures de plus en plus variées. La médication n'entraîne donc pas la fin de l'histoire, elle amène plutôt de nouveaux enjeux qui relancent l'histoire.

D'autre part, la nature identitaire de ces nouveaux enjeux pointe vers un impact direct et profond des antidépresseurs. Comme nous l'avons mentionné dans le chapitre précédent, chez toutes les personnes dont la quête se diversifie (quatre au total) de même que chez l'une des personnes dont la quête mute (participant 4), la question de l'identité est présente. L'un veut découvrir qui il est authentiquement, sans l'artifice du médicament. L'autre veut conquérir une autonomie dont il se sent privé par la « béquille » médicamenteuse. Une autre personne veut s'autoréaliser, devenir la meilleure version d'elle-même à travers une vie sociale et familiale épanouissante. L'apparition des médicaments dans l'histoire concorde avec l'apparition d'une recherche d'authenticité, d'autonomie, d'épanouissement, de prise en charge de moi-même.

On pourrait argumenter que les antidépresseurs n'entretiennent pas un lien de causalité avec l'interrogation identitaire, mais un lien de médiation : ils offriraient en premier lieu une stabilité émotionnelle à l'individu, grâce à laquelle celui-ci pourrait ensuite se détacher de sa souffrance pour s'attaquer à des enjeux existentiels plus larges. Dans ce sens, le médicament ne *produirait* pas la quête identitaire, il en serait plutôt la *condition préalable*. En pacifiant la vie de la

personne, en mettant fin à la guerre, en quelque sorte, il permettrait l'établissement d'un contexte bénéfique à l'exploration d'autres enjeux qui n'auraient rien à voir avec lui.

Néanmoins, nous considérons que les antidépresseurs en eux-mêmes déclenchent l'interrogation identitaire, la raison en étant que, dans la seconde quête, ils restent intimement liés aux enjeux de pouvoir. En effet, ils demeurent inscrits à titre d'Adjuvants ou d'Opposants. S'ils n'étaient qu'une voie de passage vers des enjeux autres, ils disparaîtraient du paysage, laissant la place à d'autres rapports de force. Au lieu de cela, ils continuent à figurer dans le schéma actantiel, impliqués de près dans la lutte de l'individu pour atteindre ce qui lui tient à cœur. C'est pourquoi nous estimons que c'est leur présence même qui provoque la quête existentielle. D'abord appelés en renfort pour combattre la dépression, ils posent un problème identitaire qui ouvre un deuxième front avec lequel la personne doit se débattre, une fois apaisée la lutte avec la dépression.

À ce titre, il convient de souligner le rôle mitigé que prend le médicament dans ces quêtes secondes. Autant celles-ci se diversifient, autant les antidépresseurs se voient confier des fonctions variées et parfois contradictoires. Chez une même personne, par exemple le participant 2, ils peuvent à la fois servir d'Adjuvant dans une quête (passer des caps de vie difficiles) et servir d'Opposant dans une autre (se retrouver soi-même, savoir qui l'on est).

Le médicament n'est donc pas, à ce stade, un actant unidimensionnel, figure découpée à l'emporte-pièce à qui l'on demande de remplir une seule mission. C'était le cas dans la première quête : chez tout le monde, le médicament était adopté comme un sauveur universel. Mais comme nous l'avons vu, cette entrée en scène complexifie les choses, et le médicament, personnage versatile, amène l'individu à réévaluer sa propre identité. Les antidépresseurs apparaissent donc, dans les récits des participants, comme un actant au visage changeant, qui constitue un partenaire douteux et met le Sujet face à l'énigme de sa propre existence.

Permettons-nous un petit détour par la littérature et la mythologie. Dans son ouvrage classique de 1949, Joseph Campbell, historien des religions inspiré par Jung, dresse le portrait de ce qu'il appelle le monomythe, prototype de récit résumant tous les mythes, un peu à la manière du schéma narratif. Dans ce récit typique, un héros quitte son monde familier pour s'aventurer dans un univers de merveilles et de dangers, puis rentre chez lui porteur d'un pouvoir magique. Dans

l'application concrète qu'il fait de ce modèle à l'écriture de scénario, Christopher Vogler (2007) identifie divers archétypes susceptibles de se manifester dans les histoires. L'un d'eux est le personnage changeur de forme (*Shapeshifter*). Cet archétype à double visage (au sens métaphorique) se tient au côté du héros, qui n'arrive pas à savoir s'il peut se fier à lui. Cela peut être un ami douteux, une amante énigmatique, un adversaire étrangement sympathique. Sa présence ajoute une tension dramatique à l'histoire en offrant au héros un mystère à résoudre. Le personnage semble avoir un profil défini, mais plus tard il en révèle un autre, opposé. Il sème le doute dans l'esprit du héros, ce qui provoque des troubles internes chez celui-ci et crée des défis supplémentaires à relever.

On comprend que, dans les récits des participants, l'antidépresseur se présente comme une sorte de *Shapeshifter*. Offrant d'abord un visage avenant, il incorpore une part d'ombre à mesure que l'histoire évolue. Ses traits insaisissables prennent parfois l'apparence d'un sourire, parfois celle d'une grimace. Tour à tour Adjuvant et Opposant, le médicament n'est pas un actant homogène, et son inconstance amène le Sujet à remettre en question sa propre stabilité, son propre équilibre. Le caractère mobile du médicament changeur de forme lance un processus dynamique de réévaluation de soi par la personne qui le consomme. Le médicament se met à miroiter, parfois ombre et parfois lumière, présence problématique qui épaissit l'énigme au lieu de la résoudre.

En somme, le fait d'utiliser l'outil narratologique du schéma actantiel pour examiner les récits de dépression et de prise de médicaments donne l'occasion de concevoir les antidépresseurs non pas comme des amalgames chimiques passifs et manipulables, ce dont ils ont l'air de l'extérieur, mais comme des intervenants actifs dans une histoire essentielle. Se représenter le médicament comme un actant permet de mettre en lumière le statut qu'il occupe pour ceux qui le prennent, statut beaucoup plus proche de celui d'une personne que de celui d'un objet.

L'outil du schéma actantiel nous permet par la même occasion de prendre du recul par rapport à la stricte question de la maladie et du remède, pour obtenir un aperçu privilégié des quêtes existentielles des individus. Les antidépresseurs occupent une place active dans de nouvelles histoires qui pourtant les dépassent. C'est comme si, dans la seconde quête des participants, le paysage s'ouvrait à nous. Ces gens ne sont pas que des « malades », ils ne se définissent pas, ni à leurs yeux ni aux autres, uniquement par le trouble dont ils souffrent. Ces gens ont une carrière

qu'ils veulent mener, une famille qu'ils veulent élever, une personnalité qu'ils veulent mieux connaître et étoffer, d'autres enjeux de santé, aussi, qui demandent qu'on y porte attention. À travers le schéma actantiel, on voit se déployer cet arrière-plan existentiel, trame de fond dans laquelle la dépression n'est qu'un élément.

Le récit de maladie et de prise de médication s'offre ainsi comme un espace privilégié où peut prendre place ce processus d'exploration et de configuration identitaires. La matrice narrative offre un modèle pour donner une forme construite, somme toute cohérente, à cette personne que l'on se sent être. Sur le fil du récit, les idées et les sentiments parfois confus qui bouillonnent en nous trouvent une place ajustée, qui donne du sens au passé et au présent, tout en ouvrant des chemins vers l'avenir.

3.8 Le médicament comme actant imaginaire

Dans le chapitre précédent, nous avons vu que, parmi les différentes représentations imagées que les participants donnent du médicament, deux figures émergent. D'une part, certaines personnes dépeignent l'antidépresseur sous les traits d'une personne aimante, chaleureuse, parfois maternelle. D'autre part, certains portraits présentent une personne terne, morne, fade, sans grande personnalité ; l'individu est utile, nul doute, mais son intérêt s'arrête là. Nous pouvons donc constater, de nouveau, une perception ambivalente de la médication chez les participants. Aucune peinture uniforme ne se dégage de leurs témoignages, plutôt un diptyque aux profils contrastés : chaleur vs tiédeur, attractivité vs indifférence, brillance vs fadeur. Dans leur ensemble, les gens qui témoignent offrent une image équivoque du médicament, décrit tour à tour comme bienveillant et affadi. De façon précise, cinq portraits sont plus modérés et quatre sont positifs.

Au-delà de la façon dont le médicament lui-même est décrit, c'est l'attitude de la personne envers lui qui est affectée. Soit on veut aller vers lui, faire des choses avec lui, se blottir dans ses bras, se chauffer à son soleil ; soit on s'en désintéresse, on le regarde avec embarras, on observe de loin et avec perplexité l'énigme qu'il présente (pourquoi donc les gens l'aiment-ils?). À la limite, on l'utilise à la manière d'un objet ou d'un fournisseur de service (comme dans l'image du garde forestier employée par le participant 9). La façon dont la personne se positionne par rapport à

l'antidépresseur, son attitude envers lui et son mode relationnel se ressentent donc également de l'ambiguïté, qui semble constitutive de l'objet médicamenteux chez les participants à notre étude.

Toutefois, comme nous l'avons souligné dans le chapitre précédent, ces images, pour ambivalentes qu'elles soient, penchent somme toute du côté positif. Même dans les descriptions plus tièdes, les participants font parfois état d'un attachement envers ce personnage. C'est un être falot pour lequel on éprouve beaucoup d'amour, ou un ami cher, presque un double, que l'on est prêt à laisser aller avec sérénité.

Et les personnes qui dépeignent l'antidépresseur sous un jour positif ne sont pas nécessairement, dans le reste de leurs récits, celles qui manifestent le plus grand enthousiasme envers la médication. Ainsi, le participant 5, l'une des personnes les plus sceptiques de notre échantillon, qui prévoit arrêter la consommation pour rester mince et devenir plus autonome, décrit tout de même le médicament comme un donneur de soin affectueux doublé d'un assistant personnel efficace. De même, le participant 4, qui désire lui aussi arrêter éventuellement la prise d'antidépresseurs et qui estime leur action comme limitée (ils ne font qu'atténuer la dépression) peint le portrait du médicament comme un soleil brillant ou une collègue pétulante.

Il faut aussi souligner que l'ambivalence, dans le cas précis de ce critère d'analyse, est atténuée : ce ne sont pas des portraits franchement négatifs qui s'opposent aux portraits positifs, mais des portraits simplement moins enthousiastes. Les images brillantes ne sont pas en contraste avec des images sombres, juste avec des images ternes.

Un tel résultat nous a surpris, considérant que, au fil des récits, les descriptions du rapport avec les antidépresseurs sont marquées par une hésitation inquiète. Assurément, certains des témoignages recueillis sont élogieux ou montrent un changement de l'attitude vers une plus grande acceptation du médicament, mais plusieurs autres expriment des incertitudes, des doutes, parfois un désir d'arrêter la prise de médication, surtout considérant qu'elle s'oppose chez certains à un objectif de découverte de soi.

Dans le cas des représentations symboliques recueillies auprès des participants, le paysage est plus léger. Comment expliquer cette transition vers une conception plus clémente, parfois

franchement chaleureuse, du médicament? Notre hypothèse est que la question sur l'imaginaire du médicament arrive à la fin de l'entrevue et que, compte tenu de cette position, elle bénéficie de l'exercice qui vient d'avoir lieu, celui d'une construction de soi à travers le récit. En d'autres mots, après s'être racontés, les gens se sentent plus optimistes quand ils jugent de leur expérience et sont plus à même d'avoir une appréciation positive des antidépresseurs.

Si nous avons pu soupçonner un tel résultat, nous aurions mis en place une procédure expérimentale pour tester notre hypothèse : nous aurions posé la même question (« Si le médicament était une personne, comment la décririez-vous ; et quelle relation diriez-vous que vous avez avec elle? ») au début et à la fin de l'entrevue. Nous aurions ainsi été à même de comparer l'évolution des représentations et de vérifier si le fait de se raconter à une personne attentive a un effet mélioratif sur la manière dont les gens imaginent leur médicament. En l'absence de telles données, nous pouvons seulement présumer que, au bout de l'exercice de construction de soi que constitue le récit, la personne se sent plus en confiance. En reconfigurant son identité à travers le partage de son histoire personnelle, en mettant des mots sur une variété d'expériences et en plaçant celles-ci sur le fil ordonné de la narration, le participant développe peut-être un sentiment de sûreté par rapport à soi. Maintenant qu'il s'est raconté, sa maladie et les aléas qu'elle a entraînés ont un peu plus de sens à ses yeux.

Nous soupçonnons que, à la même question posée en début de parcours narratif, les réponses se seraient caractérisées par des images plus sombres, plus inquiètes. Le pouvoir intégrateur et constituant du récit n'aurait pas encore agi, et la personne aurait communiqué le fruit de pensées plus brouillonnes, non encore ordonnées par le processus narratif.

3.9 Discussion

À ce stade de notre démarche d'interprétation, de grandes lignes se dessinent, qui permettent de dresser un portrait général du rapport que les participants à notre étude entretiennent avec la prise d'antidépresseurs, tel que ce rapport se manifeste dans les récits recueillis et étudiés en vertu de notre approche d'analyse narrative.

Trois grands constats se dégagent : i. le médicament se place sous le signe de l'ambiguïté ; ii. la médication remet en question l'identité de la personne au même titre que la dépression elle-même ; iii. le récit offre un lieu de reconstruction identitaire.

3.9.1 Une attitude ambivalente

Le rapport avec le médicament est clairement marqué par l'ambivalence. Nous avons souligné la façon dont nos résultats se partagent souvent en deux groupes presque égaux (quatre vs cinq participants). On pense ici à la majorité des rubriques dans l'histoire de prise de médicament, mais aussi à des éléments dans l'histoire de dépression. Les résultats mitigés touchent également l'appréciation de l'action du médicament sur la maladie (élimination vs atténuation) et la qualité positive ou équivoque de la représentation imaginaire.

Au départ, de tels résultats nous ont rendus perplexes : nous ne voyions aucune ligne franche, aucune conclusion claire se dessiner. En fin de compte, nous nous sommes aperçus que cette ambiguïté elle-même était un résultat parlant. Elle montre que les participants ont une attitude hésitante face au médicament. Nous parlons ici des participants pris dans leur totalité : l'ambivalence se dégage du portrait d'ensemble lorsque toutes les données sont comparées. Car il est vrai que, pris isolément, chaque individu peut avoir une attitude plus ferme et définie, tel le participant 8 qui exprime une satisfaction nette ou le participant 6 qui témoigne d'une évolution visible dans sa perception de lui-même comme consommateur d'antidépresseurs (passant de l'image sévère d'une personne faible à celle, plus compatissante, d'une personne dans le besoin). Toutefois, considérés comme un tout, les résultats montrent une posture d'indétermination.

Cette dernière est perceptible même dans certains résultats qui paraissent univoques. En effet, nous avons vu que la consommation presque unanime d'antidépresseurs au moment actuel recouvre en réalité une variété de raisons, certaines laissant transparaître des doutes. Par ailleurs, en observant le contenu des propos, notamment dans les parties de Digressions, on relève plusieurs témoignages qui font état de méfiance, voire de crainte, envers les antidépresseurs, que ce soit chez le participant lui-même ou dans son entourage. Les arguments invoqués pour justifier cette méfiance sont de multiples natures. Il peut s'agir de honte devant le fait de ne pas pouvoir régler soi-même le problème, de suspicion envers les compagnies pharmaceutiques, de

scepticisme devant la facilité avec laquelle on promet que la dépression sera réglée ou d'embarras devant ce rappel concret de notre maladie mentale. D'une manière ou d'une autre, les gens restent prudents.

Ce portrait confirme le constat dressé par la littérature scientifique depuis l'avènement des ISRS, qui observe des attitudes et des croyances faites d'ambiguïté face à la médication. Les participants à notre étude, eux aussi, se montrent hésitants devant les avantages de la médication. Dans l'ensemble, leurs témoignages révèlent un doute, une méfiance, une difficulté à décider si les antidépresseurs sont une manière fiable de contrer la dépression.

3.9.2 Une remise en question de l'identité

Notre recherche montre que, de la même manière que la dépression malmène le sens du soi, le médicament remet en question l'identité de la personne qui le prend.

D'un côté, dans les récits que nous avons recueillis, la dépression en elle-même est dépeinte comme un poids pesant. Malgré la diversité des résultats, une image dominante émerge, celle d'une *présence* presque physique qui accompagne les personnes depuis aussi longtemps qu'elles se rappellent. La Situation initiale de l'histoire, habituellement un moment de paix avant le déclenchement des péripéties, est déjà négative, plongée dans l'ombre de la maladie. De plus, la Complication a un caractère de crise. Et les hauts et les bas qui marquent son cours laissent croire qu'elle est destinée à refaire surface.

Le portrait qui se dégage de nos résultats est celui d'une maladie qui imprègne fortement l'existence. La dépression, semble-t-il, est une force presque omniprésente et invincible. Pour la majorité des gens, elle rôde dans leur vie depuis un temps immémorial. Que son cours soit épisodique offre seulement une faible consolation, car si cela signifie que le mal n'est pas toujours actif, cela implique aussi qu'il finit fatalement par revenir. Par conséquent, le fait que la maladie soit en latence au moment présent est une piètre source d'espoir, car d'autres occasions dans le passé ont prouvé qu'une accalmie n'était pas un signe de rémission, seulement une pause temporaire. Le moment de calme que l'on peut vivre actuellement a peu de chances de signifier une guérison totale : les risques sont plus élevés que ce moment devienne, dans notre histoire

future, une autre péripétie venant meubler l'alternance inexorable entre stabilité et plongée dans l'abîme. Et même, sachant que les épisodes dépressifs ont le plus souvent un caractère de crise, peut-être le calme actuel ne représente-t-il que l'œil du cyclone. Qui sait quelle tempête se prépare? La présence inquiétante de la dépression, personnage entré dans notre vie il y a longtemps, sorte de double maléfique destiné à toujours ramener sa silhouette sinistre, à l'instar du William Wilson d'Edgar Allan Poe, nous prive de la perspective d'une libération. On est pris avec elle.

D'un autre côté, la solution pharmacologique ne fait pas partie de la solution, elle contribue au problème. Dans le schéma narratif, l'étape de l'Action est la plus investie narrativement, signe que les problèmes sont saillants : le détail de ces péripéties montre qu'elles tournent autour de la prise d'antidépresseurs. Ajustement des doses, gestion des effets secondaires, changement de molécule, découverte des progrès, les événements vécus par les personnes prennent la forme de hauts et de bas, et ils découlent de la présence du médicament dans l'histoire, pas de la dépression. En outre, même si pratiquement tout le monde en consomme à l'heure actuelle, certains songent à arrêter malgré le fait qu'ils croient que la dépression risque de revenir. La médication se présente donc, pour plusieurs personnes, moins comme un remède que comme un nouveau défi à affronter.

L'outil du schéma actantiel est particulièrement utile pour observer comment la trajectoire de chaque personne se trouve modifiée par l'arrivée des antidépresseurs. Si, dans l'ensemble des cas, ces derniers sont d'abord sollicités pour apporter une solution au problème de la dépression, chez plusieurs personnes ils prennent un rôle ambigu à mesure qu'une ou plusieurs nouvelles quêtes émergent. L'entrée en scène de l'actant « médicament » ouvre la porte à d'autres objectifs au-delà du soulagement immédiat. On peut interpréter le développement de ces secondes quêtes comme un signe de la difficulté que pose le médicament : comment se débrouiller à présent avec les questions qu'a soulevées son apparition dans notre existence? Dans les nouvelles quêtes qui apparaissent, l'antidépresseur oscille entre les rôles de soutien et d'obstacle, figure changeante, en demi-teinte.

En particulier, le schéma actantiel montre le défi identitaire lancé par le médicament. Dans cinq cas sur neuf, une recherche explicite d'authenticité se développe chez les personnes, où la

médication joue le plus souvent le rôle d'adversaire. Mais ce n'est pas toujours le cas, et il faut souligner la spécificité du participant 8, pour qui les antidépresseurs permettent enfin d'avoir accès à son véritable self, auparavant rendu inaccessible par l'effet perturbateur de la maladie. De manière plus large, chez tous les participants, le médicament continue à occuper une fonction active, en tant qu'Adjuvant ou Opposant, dans des quêtes qui sont alignées sur les valeurs actuelles des personnes.

Pour décrire adéquatement la place du médicament dans l'histoire des participants, la meilleure avenue nous apparaît de le concevoir comme une personne plutôt que comme un objet. Même si, de l'extérieur, il s'agit d'une pilule passive et inerte, la manière dont les gens entrent en relation avec elle et redéfinissent leur identité en réaction à sa présence dans leur vie est beaucoup plus proche de la manière dont on interagit avec une personne. À notre avis, se représenter le médicament comme un être avec qui s'établit un lien permet de mieux saisir la complexité pour les participants. Les antidépresseurs ne sont donc pas totalement extérieurs à l'individu, ils sont même en étroite relation avec le soi. Dans les récits de dépression, il s'agit d'un actant qui appartient à la fois au domaine externe et au domaine interne. Il n'est pas moi, mais il fait partie de moi.

Deux penseurs offrent des concepts qui permettent de saisir la subtilité de cette relation entre la personne et un objet qui l'influence profondément. Il s'agit de Heinz Kohut avec la notion de soi-objet et de Martin Buber avec la dyade Je-Tu.

Dans la psychologie du soi de Heinz Kohut, le soi-objet est un objet qui a d'abord appartenu au monde externe (« objet » étant entendu ici dans son sens psychodynamique de chose ou de personne avec laquelle s'établit une relation), puis qui a été intériorisé. Ces objets font alors partie de l'appareil psychique, et la relation que l'individu entretient avec eux remplit une fonction de soutien, de régulation, de maintien du sens de soi. Wolf (1988) indique ceci : « *Precisely defined, a selfobject is neither self nor object, but the subjective aspect of a self-sustaining function performed by a relationship of self to objects* » (p. 184).

Le soi-objet appartient donc à la fois au domaine du soi et au domaine des objets. L'individu se conçoit lui-même à travers ses relations avec ses soi-objets personnels. Ces relations consistent

en des expériences intrapsychiques tournant autour d'images introjectées qui contribuent à la subsistance du soi. La relation avec le soi-objet est considérée comme cruciale pour le bien-être psychologique. Lorsque les fonctions de soi-objet sont remplies de manière adéquate, les gens développent un sentiment de cohésion et de résilience. Cependant, des perturbations ou des déficiences dans les fonctions de soi-objet peuvent entraîner diverses difficultés psychologiques, y compris des troubles narcissiques, une faible estime de soi et des difficultés dans les relations interpersonnelles.

Dans la question d'imagination posée aux participants par rapport à leurs antidépresseurs, nous avons vu que deux figures revenaient sous des formes diverses, le donneur de soin et le compare ennuyant. On pourrait voir, à travers ces deux représentations imagées, l'illustration de deux types de relation au soi-objet.

D'une part, le donneur de soin renvoie à la fonction idéalisante. Dans la psychologie du soi de Kohut, le besoin de soi-objet idéalisant fait référence au besoin développemental, pour les individus, d'avoir des relations ou des expériences qui leur donnent un sentiment d'inspiration, de guidance et d'admiration. Ce besoin implique de rechercher des modèles ou des figures qui incarnent des qualités que l'individu aspire à atteindre. Les figures idéalisées servent de sources de soutien et d'affirmation, aidant les individus à développer un sens de soi cohérent et positif. Kohut considère que la satisfaction de ce besoin est cruciale pour un développement psychologique sain, en particulier dans la formation d'un sentiment d'identité stable et résilient. Lessem (2005) décrit ainsi ce besoin :

The idealizing selfobject need refers to the need to feel linked to an admired other, creating an experience of a sense of calming and soothing, safety, strength, and/or inspiration. It has to do with our need to merge with or feel close to someone we are confident in. As a result, we feel safe, comfortable, and calm. (p. 48)

À travers l'image du donneur de soin attribuée à l'antidépresseur, les participants à notre étude semblent vouloir trouver une figure maternelle à laquelle ils peuvent s'identifier, identification en vertu de laquelle ils obtiennent un apaisement. Par l'attachement au médicament, ils sentent qu'ils gagnent la force qui leur permet d'affronter les obstacles de la dépression. Avec toi, semblent-ils dire à la médication, je me sens plus calme et je suis capable de faire face à la

souffrance. La présence de l'antidépresseur dans la vie de la personne lui confère, comme par osmose, le sentiment de ne pas être seule et d'être soutenue par une puissance encourageante.

D'autre part, le comparse fade peut renvoyer à la fonction d'alter ego. Ce type de relation renvoie au partage de goûts et d'expériences avec des pairs, favorisant un sentiment d'appartenance, de connexion et de validation. Les soi-objets alter ego procurent un sentiment de solidarité à travers des expériences, des identités et des intérêts communs. Avoir de tels liens aide les individus à développer un sens d'identité sociale et donne le sentiment d'être compris et accepté par les autres. Chez les participants, voir l'antidépresseur comme un ami, voire une vague connaissance, que l'on fréquente sans beaucoup l'estimer peut renvoyer à un embarras devant cet étrange double qui nous rappelle que l'on est brisé, en quelque sorte. C'est un soi plus faible, comme pâli par la maladie. C'est moi, quand je suis moins que moi. C'est pourquoi j'éprouve envers lui de l'amitié en même temps que de la gêne. Le médicament me comprend, car il vit les mêmes choses que moi, mais je n'aime pas ce qu'il comprend, le fait que je suis en dépression. C'est un ami, presque un jumeau, qui est embarrassant et me révèle sous un jour honteux.

Pour sa part, dans son essai *Je et Tu* (1996 [1923]), le philosophe autrichien Martin Buber compare deux types de relations humaines, qui selon lui sont inévitables : on interagit avec le monde soit selon un mode, soit selon l'autre. Dans la relation Je-Tu, les individus s'engagent dans une connexion directe et authentique avec l'autre. C'est une rencontre profonde et mutuelle où les personnes reconnaissent la véritable humanité d'autrui. La relation Je-Tu est caractérisée par la présence, l'engagement et la réciprocité. Cette dernière valeur est particulièrement importante, car Buber considère que les deux parties s'influencent mutuellement. Il n'y a pas de domination ou d'utilisation de l'autre à des fins personnelles, mais plutôt une coexistence où les deux individus participent activement à la relation. Dans la relation Je-Tu, les barrières entre le moi et l'autre s'estompent. Il y a une dissolution des frontières de l'égo, qui permet un contact intime. Pour Buber, cette relation n'est pas limitée aux interactions entre individus, elle peut également être étendue à la manière dont nous nous engageons avec le monde, la nature, les objets ou les idées abstraites.

En revanche, la relation Je-Cela est impersonnelle. Les individus perçoivent l'autre comme un objet, une chose, plutôt que comme un être à part entière. Cela se produit lorsque l'on traite autrui

comme un moyen pour atteindre un objectif, sans reconnaître pleinement sa subjectivité. Dans une relation Je-Cela, l'autre est réduit à une fonction ou à une utilité. L'individu ne reconnaît pas pleinement la subjectivité de l'autre, mais le perçoit plutôt comme un moyen pour atteindre une fin. Il y a une distance émotionnelle et une médiation dans la relation Je-Cela. L'individu n'est pas directement engagé avec autrui, mais plutôt avec une représentation, une idée ou une utilité que l'autre représente. Buber souligne que ce type de relation entraîne une déshumanisation de soi comme de l'autre, mais reconnaît en même temps qu'il est impossible d'interagir avec le monde sans passer par certaines relations Je-Cela.

Dans le cas des participants à notre étude, leur rapport avec les antidépresseurs ressemble plus à une relation Je-Tu qu'à une relation Je-Cela. Si, dans la première quête axée sur la guérison, le médicament est sollicité plutôt comme un instrument apte à soulager la souffrance, nous avons vu que, avec le développement de quêtes secondes, la relation s'approfondit et engage plus profondément la personne dans un cheminement existentiel. La personne est influencée par le médicament, dont l'action devient plus large et, par la même occasion, plus complexe.

Comme en témoignent les quêtes axées sur l'authenticité, l'individu devient plus présent à lui-même et entre en dialogue avec la médication. Des questions sont posées à cette dernière, auxquelles les réponses prennent la forme de rôles divers joués par les antidépresseurs (Adjuvant et Opposant). Au lieu d'un usage à des fins instrumentales, on assiste à une ouverture de la personne à l'altérité pharmacologique et à ce que cette présence anime et modifie en elle. Le moi n'est plus entièrement refermé sur sa souffrance : il s'ouvre aux suggestions offertes par la présence du médicament, expérimentant ce sentiment à la fois effrayant et exaltant de ne plus être tout à fait soi et de se transformer, au contact d'autrui, en quelqu'un d'un peu différent.

En somme, on constate que le médicament se conçoit comme une personne avec laquelle on entre en relation. La présence de cette personne dans la vie des participants est embarrassante : elle pose la question de qui l'on est et nous amène à voir nos limites comme à songer à nos objectifs d'avenir.

3.9.3 Une reconstruction identitaire à travers le récit

Notre recherche montre que, dans le contexte spécifique de la dépression, le récit est un terrain où se produit un phénomène de construction de soi par le biais de la narration.

On doit à Paul Ricoeur la notion d'identité narrative (1983-1985, 1990). Il s'agit d'une manière de comprendre la façon dont nous nous percevons et nous concevons en tant qu'êtres humains à travers le récit de nos vies. Ricoeur soutient que nous ne sommes pas simplement des individus statiques, mais plutôt des êtres en devenir, façonnés par les histoires que nous racontons sur nous-mêmes et par les récits dans lesquels nous nous inscrivons. Cette notion suppose que notre identité personnelle n'est pas prédéterminée ni fixe, mais qu'elle est en constante évolution à mesure que nous vivons et interprétons nos expériences. Nous donnons un sens à nos vies en les racontant sous forme de récits, en choisissant les événements significatifs à inclure, en les organisant dans une séquence temporelle et en leur attribuant des significations particulières.

Dans *Soi-même comme un autre* (1990), Ricoeur montre comment la construction de l'identité à travers le récit de soi permet d'harmoniser les extrêmes de l'identité que sont la concordance et la discordance. Selon ces deux polarités, soit je suis toujours le même, figé à travers le temps, soit je ne suis jamais le même, à la merci des événements imprévisibles qui viennent rompre le fil de cette personne que je suis. L'identité narrative parvient à concilier les états hétérogènes de l'identité (je ne me ressemble pas toujours) avec la nécessité d'être globalement cohérent pour donner un sens à l'existence (je me reconnais malgré tout). C'est pourquoi Ricoeur écrit : « l'opération narrative développe un concept tout à fait original d'identité dynamique, qui concilie [...] l'identité et la diversité » (p. 170).

De la même manière que le récit donne de l'ordre au temps, il donne de l'ordre à l'identité. Le fait de raconter une histoire sur soi-même permet de rendre compréhensibles des aléas disparates qui sont tous arrivés à un même sujet de référence. Ces hasards dispersés dans le temps trouvent une signification une fois qu'ils sont inclus dans une matrice intégrative. En raccordant les événements entre eux et en les interprétant à travers un fil conducteur narratif, le récit aide à construire une cohérence dans nos vies. Cette cohérence nous permet de voir nos expériences comme faisant partie d'un tout unifié, plutôt que comme des événements isolés et déconnectés.

Or, la dépression agit comme une force disruptive qui vient affecter la capacité à se raconter. Pour Ratcliffe (2015), la dépression consiste, sur le plan existentiel, en une restriction, voire une disparition, des possibilités. Par conséquent, la forme narrative, qui représente une exploration des possibilités de vie, est affectée. Un récit de dépression devient un récit où rien ne peut se passer, où rien n'évolue, rien ne change. Aucun avenir n'est possible. Le récit devient une eau stagnante. Le ralentissement, voire l'arrêt du temps, caractéristique de la dépression entraîne une paralysie du récit. La personne devient presque incapable de se raconter, réduite à réitérer sa souffrance ou à répéter de grands thèmes tels que l'indignité du soi ou l'inutilité d'espérer.

Dans des cas moins extrêmes, la dépression peut donner lieu, toujours selon Ratcliffe, à des récits déconstruits et fragmentaires, où les pensées sont confuses, et fortement teintées par la négativité : « *Loss of an open future lends itself to a self-narrative that is past-oriented, preoccupied with a life history riddled with failure and no longer amenable to re-negotiation in the light of future projects and goals* » (p. 154).

On peut voir ici un lien avec la triade cognitive de Beck : les cognitions pessimistes sur soi, le monde et l'avenir s'incarnent dans un récit pétri de fatalisme. Les événements vécus jadis peinent à trouver un sens et, quand ils y arrivent, il s'agit d'une interprétation selon laquelle le poids des malheurs passés condamne l'avenir à être tout aussi sombre.

De même, Friedson (2013) explique que la dépression peut mener à une désintégration du récit de vie. La personne dépressive a du mal à se raconter et à donner du sens à son existence. Elle vit une forclusion narrative (*narrative foreclosure*) qui consiste en une restriction du récit autour de l'idée que la vie a atteint son terme et qu'il n'y a plus rien de neuf à raconter. Le récit ne parvient pas à s'animer, à aller de l'avant. Il se transforme en un constat de l'inévitabilité du mal : impossible, dorénavant, de trouver autre chose que la souffrance. Friedson décrit comment la dépression affecte la narration :

Narrative foreclosure can result in a person feeling that the rest of his or her life no longer matters because the outcome is predicted through a lens of purposelessness informed by the present or past. This speaks directly to the hopelessness and despair found in many depressed people, especially within the context of suicide. (p. 6)

On peut donc constater que l'expression « récit de dépression » constitue presque un oxymore : la dépression représente un péril narratif, exerçant une pression qui étrangle les possibilités de raconter une histoire allant de l'avant, alors que le récit lui-même cherche à donner du sens en agencant des éléments disparates. Dans un contexte de dépression, le récit devient donc un champ de bataille où s'affrontent les forces qui dissolvent et qui construisent l'identité. Relater son expérience de dépression, c'est fournir un effort pour suturer les déchirements existentiels qui ont lacéré le sens de soi. Le mouvement naturel de la dépression mène vers une disparition du récit : raconter sa propre histoire vise à contrer cette tendance à l'effondrement et à redonner de la solidité à ce que l'on a vécu. Le récit de dépression est ainsi une tentative d'endiguer un effondrement.

Lorsqu'on regarde les témoignages que nous avons recueillis, on peut voir que les participants communiquent des récits cohérents et solides. Dans l'exercice de souque à la corde entre construction et dissolution, la force constructive semble avoir le dessus. En effet, ces récits offrent un mélange de stabilité et de souplesse qui se trouve en rupture avec le modèle du récit de dépression rongé par la stagnation narrative.

Du côté de la stabilité, les histoires recueillies prennent le temps de s'attarder à plusieurs étapes du schéma narratif et de les approfondir. Nous avons vu que les participants ont peu tendance à passer rapidement sur telle ou telle étape, démontrant plutôt un désir de développer les divers moments de leurs histoires de dépression. Par ailleurs, nous avons constaté à quel point l'ordre chronologique était fondamental dans le récit des participants : ceux-ci montrent une capacité à se raconter de façon construite, et leurs narrations n'offrent pas la fragmentation qui aurait été représentative d'un dérèglement du récit à cause de la dépression. Ils arrivent à relater leur expérience de manière construite, adoptant la sûreté du modèle chronologique. Ce faisant, ils accordent une place spécialement importante au passé, réservoir d'événements en attente d'ordonnement.

En contrepartie, les récits que les participants présentent ne sont pas des constructions figées. Ils montrent de la souplesse, une capacité à jouer avec la matrice chronologique. Ainsi, nous avons vu que les récits sont variés, combinant à des degrés divers les retours dans le passé, les projections dans l'avenir et les réflexions abstraites. Les participants sont capables de jongler

avec des moments éloignés dans le temps, les combinant de façon originale, faisant des sauts d'une période à l'autre, créant des rapprochements inattendus basés sur l'inspiration de l'instant (inspiration découlant elle-même d'une thématique perçue comme commune, par exemple « Je te parle de cela, ça me fait penser à tel autre événement survenu quand j'étais jeune... »). Adoptant des rythmes différents, les récits présentent des combinaisons singulières d'étapes narratives, tout en témoignant, dans leur ensemble, d'une même capacité à agencer librement les analepses, les prolepses et les digressions.

La configuration qui illustre le mieux cette alliance de stabilité et de souplesse est l'oscillation de certains récits autour du pôle du présent. Comme nous l'avons observé, il arrive que des participants mentionnent tôt l'étape de l'État actuel dans le schéma narratif pour ensuite broder, autour de cet ancrage, diverses figures temporelles qui entremêlent le passé et l'avenir. La mention du présent sert en quelque sorte de fondation, d'enracinement dans un espace stable, qui donne ensuite l'occasion d'explorer d'autres moments significatifs de l'histoire personnelle.

Se combinent alors ordre et désordre en un équilibre fonctionnel, signe que le récit ne succombe pas à la corrosion dépressive. L'identité se donne une consistance à travers la construction d'une intrigue existentielle qui résiste à la rouille narrative induite par l'état dépressif.

Par conséquent, devant l'action disruptive de la dépression tout autant que devant la remise en question identitaire provoquée par les antidépresseurs, le récit constitue un instrument qui donne au soi un sentiment de stabilité. Il semble que ce soit lui qui ouvre la porte à une intégration de la maladie et permette la relance d'un récit de vie qui ne se résume pas à la maladie. Alors que le médicament a été appelé en renfort pour apporter une solution à la souffrance, il a parfois suscité de nouveaux problèmes.

On pourrait formuler l'idée que, devant la maladie comme devant les doutes induits par la consommation d'antidépresseurs, le récit a pour but de remédier au manque de sens en créant un moment herméneutique. C'est l'idée que développe Arthur Frank dans son ouvrage *The Wounded Storyteller* (1995). Dans ce livre sur les récits de maladie, le sociologue canadien explore le rôle du récit dans l'expérience de la maladie et de la souffrance. Il soutient que raconter sa propre histoire est un aspect fondamental de la guérison et de l'adaptation. Le livre montre les façons

dont les individus construisent et communiquent leurs expériences de la maladie, et comment ces récits façonnent leurs identités et leurs relations. Frank identifie ainsi trois types de récit à travers lesquels les gens malades parviennent à donner une signification personnelle à leurs épreuves. Le *récit de restitution* raconte l'histoire d'un retour à la normale après les malheurs. Le *récit de chaos* dépeint la maladie comme une fracture insensée de l'existence. Et le *récit de quête* cherche à trouver un sens à l'expérience de la maladie en examinant comment celle-ci a entraîné une transformation du soi.

Ce qui nous intéresse dans le propos de Frank n'est pas le détail de sa typologie, mais plutôt l'idée générale selon laquelle les récits jouent un rôle crucial dans l'expérience de la maladie en offrant aux personnes un moyen de comprendre leur état, de communiquer leurs expériences aux autres et de relever les défis d'une vie aux prises avec le mal. Celui-ci peut perturber l'identité et remettre en question les croyances antérieures sur la santé et l'identité mais, grâce à la narration, les individus donnent un sens à leur maladie et une solidité à leur self en créant un récit qui pour eux est solide, fiable, vrai. En organisant leurs expériences dans une structure narrative cohérente, les gens retrouvent un sentiment d'autonomie et de contrôle sur leur vie. En effet, la maladie a un impact significatif sur le sentiment d'identité, entraînant des sentiments de perte, d'aliénation ou de déconnexion par rapport à soi-même. En élaborant un récit qui intègre leur expérience de la maladie dans leur histoire de vie, les personnes peuvent reconstruire leur identité et trouver un sentiment de cohérence et de continuité malgré les défis auxquels ils sont confrontés. Ce processus de reconstruction identitaire est souvent au cœur du processus de guérison et d'adaptation.

Dans une conférence donnée au Japon, Frank (2006) précise les liens entre maladie, récit et création de sens :

if ill people are to hold onto their humanity, they need to find a story that gives meaning to their suffering. I take the word meaning from the classic work of Holocaust survivor and psychoanalyst Victor Frankl, expressed in his book Man's Search for Meaning. As Frankl observed his fellow prisoners in Auschwitz and Dachau, he realized that those who survived had been able to retain a sense of choice in how they responded to their circumstances. [...] I would express Frankl's insight in terms of stories. The camp survivors chose to tell their own story about who they were and what their suffering meant. They lived this story in their actions, and their

*actions – such as sharing a crust of bread – became the story that sustained them.
The lesson here is that stories take care of people. (p. 80-81)*

« Les histoires prennent soin des gens » : cette pensée est en phase avec les résultats de notre étude, qui montrent que la médication, outil habituel de prise de soin, n'entraîne pas de solution chez les gens atteints de dépression. Les antidépresseurs apportent un certain soulagement, cela est indéniable, mais qui se conjugue à de nouveaux défis et à une complexification de l'histoire. En définitive, la stabilité se trouve dans la construction de soi à travers le récit de ses épreuves. Le fait de donner du sens à la maladie se développe dans un processus narratif qui permet à la personne de construire son identité mise à mal.

Le récit se présente donc comme un remède aussi bien à la maladie qu'au remède lui-même.

CONCLUSION

1. Synthèse du projet de recherche

L'objectif de notre recherche était d'examiner le rapport que les gens atteints de dépression entretiennent avec les antidépresseurs, tel qu'il s'exprime dans leurs récits de maladie. Ce sujet se place dans un contexte où la dépression est une maladie mentale répandue et où la médication est l'un des moyens privilégiés pour la traiter, mais où les gens ont tendance à ne pas adhérer à leur traitement pharmacologique. Notre but était donc, sans jugement et sans visée corrective, d'écouter comment les personnes souffrant de dépression racontent leur maladie et quelle place ils donnent au médicament. Nous avons eu recours à une méthode d'analyse narrative qui laissait chaque participant relater l'évolution de son rapport avec la maladie et la médication, en tenant compte du fait que les choses peuvent changer au fil du temps. Notre analyse s'est attardée à l'aspect structural des récits, notamment en s'appuyant sur deux outils narratologiques qui sont le schéma narratif et le schéma actantiel.

Les résultats de notre recherche montrent que les récits des participants sont construits d'une façon à la fois solide et variée. Ils sont solides en ce sens qu'ils respectent l'ordre chronologique et que chacun d'entre eux approfondit plusieurs des étapes du schéma narratif (que ce soit la Situation initiale, la Complication, l'Action ou l'État actuel, voire les digressions). Ils sont également solides parce qu'ils racontent des histoires de dépression et de prise de médicaments qui sont cohérentes et se ressemblent, mettant en relief un passé où l'entrée en scène des antidépresseurs, censés remédier au mal, entraînent de nouvelles péripéties.

Par ailleurs, ces récits sont variés en ce sens qu'ils combinent les étapes narratives de manière inventive, adoptant des rythmes différents et des combinaisons originales. L'outil du schéma narratif permet de voir que la quête de chaque personne est d'abord une recherche de guérison à travers le médicament, puis en vient souvent à se modifier, donnant aux antidépresseurs un rôle moins univoque. Enfin, l'actant qu'est le médicament se voit attribuer un rôle somme toute positif.

Les interprétations générales que nous tirons de ces données montrent un rapport au médicament marqué par l'ambivalence et la difficulté. La majorité des participants expriment des doutes et hésitations par rapport à la prise d'antidépresseurs (posture qui est en phase avec la littérature scientifique sur ce sujet), et les résultats mêmes de notre étude sont souvent ambivalents. En effet, plusieurs de nos critères d'analyse donnent des résultats qui se partagent à parts égales entre les participants. En outre, on peut observer que l'entrée en scène des antidépresseurs, loin de simplifier l'histoire et de la conduire vers une résolution rapide, provoque plus de problèmes. Cette complexification se reflète dans les quêtes des participants, qui la plupart du temps changent et se multiplient, conférant alors au médicament un rôle mitigé, à la fois d'adjuvant et d'opposant. En définitive, c'est le récit lui-même, par son mélange de rigueur et de souplesse, qui apparaît comme le réel remède au mal. Le récit offre une matrice de sens permettant à la personne de construire son identité, qui a été mise à mal aussi bien par la dépression que par la prise d'antidépresseurs.

2. Limites de l'étude

Les limites de notre étude sont liées à l'identité des participants : elles se démarquent quand on examine qui raconte les histoires que nous avons recueillies.

D'abord, notre échantillon comporte peu d'hommes (deux sur neuf). Une plus grande participation d'hommes (liée à un plus grand échantillon) nous aurait peut-être permis d'observer des caractéristiques propres à leurs récits. On sait que les hommes ont moins tendance à chercher de l'aide psychologique pour traiter leur dépression, en raison d'idées préconçues basées sur des stéréotypes de genre (Ellis, 2018 ; McCusker et Galupo, 2011). Il est possible que ces préconceptions modelées socialement influencent la manière de raconter l'histoire de dépression, chose que nous ne pouvons pas évaluer à partir de notre échantillon.

Ensuite, les personnes participant à notre étude ont toutes un diplôme d'études supérieures, la majorité possédant un diplôme universitaire. Elles sont donc hautement éduquées, ce qui peut influencer leur capacité à développer des récits cohérents et étoffés. Nos résultats auraient pu être différents si notre échantillon avait contenu des personnes ayant un niveau d'éducation plus bas. Par ailleurs, les participants ont été recrutés dans le quartier où nous habitons, et cette relative

proximité augmente les possibilités de se croiser. Certaines personnes ont donc pu être réticentes à aborder des sujets intimes ou complexes. Enfin, les participants ne présentent pas une grande diversité en termes d'âge (24-45 ans, alors que l'espérance de vie est d'environ 81 ans), ce qui a pu créer un effet de cohorte dans les résultats obtenus, l'attitude des participants face aux antidépresseurs pouvant être teintée par des valeurs propres à un certain groupe d'âge. Ajoutons que nous avons omis d'interroger les gens sur leurs origines culturelles, qui peuvent influencer les croyances. Ces deux limites ont possiblement un impact sur la généralisation de nos résultats.

Enfin, comme on le constate en examinant l'étape de l'État actuel dans le schéma narratif des participants, toutes les personnes étaient dans un état stable au moment des entrevues. Cela peut expliquer pourquoi elles ont choisi de prendre part à notre étude : comme elles se sentaient bien, elles avaient plus de temps, d'énergie et de ressources cognitives à consacrer à une activité qui sortait de leur quotidien. Cette caractéristique peut avoir influencé les résultats de notre recherche en donnant lieu à des récits plus construits et plus positifs.

3. Applications cliniques

Nos données et nos interprétations peuvent avoir des implications concrètes liées à la pratique psychothérapeutique dans le traitement de la dépression.

Pour les thérapeutes, il convient de garder en tête l'ambivalence que les gens semblent avoir par rapport aux antidépresseurs. Ni franchement opposées ni aveuglément optimistes, les personnes dépressives démontrent une attitude qui laisse la place à des appréciations contradictoires. Ce serait donc un piège pour les thérapeutes d'assumer que leurs clients sont d'emblée favorables ou défavorables à la prise d'antidépresseurs. La posture clinique conséquente en est donc une de retenue, dans le but de laisser aux clients l'espace contenant nécessaire pour explorer leur relation possiblement contradictoire avec la médication. Le fait que la personne soignante soit déjà au fait de cette possible ambivalence peut aider les clients à prendre conscience de la complexité de leur propre rapport aux antidépresseurs, alors qu'ils pourraient ne voir d'emblée qu'une seule facette de leur expérience.

En outre, notre recherche montre que le rapport aux antidépresseurs évolue souvent. Les thérapeutes doivent donc se rappeler que ce que les clients mentionnent à un temps x ne sera peut-être plus aussi vrai au temps y . Là où l'approche cognitive voit un ensemble fixe de croyances, l'approche narrative considère que l'histoire racontée se modifie avec le temps, remodelant par la même occasion l'attitude de la personne, voire son identité. Il s'agit donc pour les thérapeutes de penser à sonder de temps à autre si ce qui a été établi dans une rencontre précédente est encore valable lorsque le même sujet des antidépresseurs et de la dépression est abordé à nouveau en séance. Encore une fois, les clients eux-mêmes ne prennent peut-être pas conscience du changement de leurs pensées, et les thérapeutes qui sont au fait du caractère évolutif de la narration peuvent favoriser l'exploration de leurs clients.

La réflexion finale développée dans notre discussion concerne la valeur thérapeutique du récit en tant que tel : le fait de se raconter donne une signification à des événements disruptifs liés à la maladie et donne de la cohérence à l'identité, qui trouve ainsi une continuité existentielle à travers les aléas de la vie. La narration peut être un mode d'intervention thérapeutique puissant pour aider les clients à conférer du sens à leur expérience. Dans des situations où la personne « ne sait plus quoi penser » ou se dit « confuse » ou « mêlée » par rapport à ce qu'elle a vécu, une manière d'intervenir peut être de lui demander de synthétiser ces événements et son attitude envers eux à l'intérieur d'un récit simple, qui aligne les étapes selon l'ordre chronologique et les relie selon des rapports de causalité. Le fait de verser un contenu mental chaotique dans la matrice narrative peut favoriser l'ordonnement et la compréhension, en plus de donner à la personne un sens plus solide de qui il est.

Finalement, l'utilisation du schéma actantiel nous a permis de voir que l'antidépresseur n'est pas tant, pour la personne souffrant de dépression, un composé chimique inerte que l'objet d'une relation complexe, relation en quelque sorte vivante où la substance prend un profil aux multiples facettes. Rathbone et al. (2017) parlent d'« *embodied actors* » (p. 428) et de « *social entities* » (p. 429) pour désigner les médicaments. C'est cet aspect que notre dernière question visait à approfondir en demandant à chaque participant d'imaginer le médicament sous la forme d'un véritable individu avec lequel il entretenait un rapport. Une telle représentation symbolique d'un élément abstrait peut favoriser, dans un contexte clinique, l'exploration et la compréhension par

les clients de certaines sphères de leur expérience. Ils arrivent ainsi à prendre une distance avec des parts de leur self et à les observer d'un œil extérieur.

Il s'agit d'ailleurs d'une technique employée dans l'approche de la thérapie narrative, qui s'appelle l'externalisation (White et Epston, 1990). Cette pratique consiste à demander à la personne de se représenter son problème non pas comme une part d'elle-même, mais comme une entité distincte. Cela lui permet de se détacher d'une conception de sa vie comme étant saturée par ce problème et d'examiner la relation qu'elle entretient avec lui. Pour les cliniciens, ce travail d'imagination constitue un outil supplémentaire pour aborder la souffrance des clients sous un angle différent.

4. Pistes de recherche future

Dans le prolongement de notre recherche, nous concevons au moins trois avenues qui pourraient être explorées.

D'abord, on a vu que les représentations imaginaires que les participants ont données de leur médicament étaient assez positives, alors que leurs propos étaient souvent plus mitigés. Nous avons eu l'idée que, comme notre question survenait en fin d'entrevue, l'exercice de redéfinition de soi qui avait eu lieu à travers le récit de maladie avait donné à la personne un plus grand sentiment de cohésion interne, et donc une plus grande confiance dans sa relation avec le médicament. Il serait intéressant de suivre cette piste. Il s'agirait alors de poser la même question, mais dans un premier temps au début de l'entrevue et dans un second temps à la fin, pour observer d'éventuels changements dans la représentation du médicament. Une amélioration de l'image fournie par les participants permettrait d'étoffer la supposition que le récit joue un rôle catalyseur dans le renforcement de l'identité.

Ensuite, les témoignages que nous avons recueillis parlent du rôle de l'environnement social dans l'histoire de la maladie. Les gens mentionnent leur entourage proche, souvent décrit comme ayant été soutenant. Par exemple, un participant a trouvé un réseau de soutien sur les médias sociaux (pour s'encourager à ne pas oublier sa médication), tandis qu'un autre mentionne que de voir son conjoint prendre aussi des antidépresseurs l'a aidé à accepter la solution pharmacologique. Il est

vrai que d'autres personnes mentionnent de quelle manière leur famille leur a transmis des préjugés contre les médicaments, que leur propre expérience a ensuite démentis. En outre, nombreux sont les participants à parler de leur rapport avec les médecins et psychiatres, généralement d'une manière négative. Plusieurs déplorent le manque d'écoute, l'incompréhension, la paresse de prescrire si facilement des comprimés alors que d'autres solutions existent. Le rapport avec les psychologues est dépeint sous un jour plus positif. Lorsqu'on connaît l'importance du thérapeute dans l'efficacité d'un traitement et lorsqu'on sait que l'entourage d'une personne peut influencer ses croyances, on constate que les liens interpersonnels sont une variable qu'il vaudrait la peine de considérer à part dans une prochaine étude. Par exemple, il serait intéressant d'examiner l'impact de l'entourage sur les différentes étapes de l'histoire (schéma narratif) de même que le rôle d'adjuvant ou d'opposant qui leur est confié dans les diverses quêtes (schéma actantiel).

Enfin, nous avons noté, parmi les limites à notre étude, que les récits recueillis étaient faits par des gens éduqués, tous âges entre 24 et 45 ans, et qui semblaient bien se porter. Il serait intéressant d'examiner d'autres récits de dépression qui seraient faits par des gens qui ont un degré de scolarité plus bas, qui sont plus âgés ou dont la dépression est plus sévère. Une autre avenue à explorer serait de recueillir les témoignages de personnes d'origines culturelles variées. Tout cela permettrait de voir ce qui concorde avec nos propres résultats et ce qui s'en distingue. Ce serait entre autres l'occasion de vérifier si les récits de dépression plus grave prennent effectivement une forme fragmentée ou répétitive.

ANNEXE A
CANEVAS D'ENTREVUE

1. « Qu'est-ce qui vous amène à participer à cette recherche? »
2. « Pourriez-vous me raconter la place qu'a prise la dépression dans votre vie? » Laisser le récit se dérouler librement.
3. Lorsque le sujet des antidépresseurs se présente naturellement dans le discours, témoigner de plus d'intérêt par mon attitude et encourager le développement du récit sur ce sujet, posant une question de relance assez simple : « Dans ce que vous me racontez de votre dépression, c'est quoi, la place des antidépresseurs? »
 - Par contre, si le sujet de la médication ne vient pas de lui-même après 30 minutes, une autre question est : « Quelles sont les stratégies que vous avez employées pour faire face à la dépression? »
 - Et si le sujet de la médication ne sort toujours pas après 10 autres minutes, je l'aborde de front avec la personne : « Qu'est-ce qu'il en est des antidépresseurs? ».
4. Question de clôture : « Si le médicament était une personne, comment vous la décririez ; et comment vous décririez la relation que vous avez avec elle? »
5. En dernier lieu, faire la collecte des données personnelles.

BIBLIOGRAPHIE

- Aikens, J. E., Nease, D. E., Nau, D. P., Klinkman, M. S. et Schwenk, T. L. (2005). Adherence to maintenance-phase antidepressant medication as a function of patient beliefs about medication. *The Annals of Family Medicine*, 3(1), 23-30.
- American Psychological Association (APA) (2019). *Clinical practice guideline for the treatment of depression across three age cohorts*. Récupéré à : <https://www.apa.org/depression-guideline/guideline.pdf>
- Bachmann, S. (2018). Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1425.
<https://doi.org/10.3390/ijerph15071425>
- Baraldi, R., Joubert, K. et Bordeleau, M. (2015). Portrait statistique de la santé mentale des Québécois. Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale 2012, Québec, Institut de la statistique du Québec. Récupéré à :
https://bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01671FR_portrait_sante_mentale2015H00F00.pdf
- Barlow, D. H., Durand, V. M., & Gottschalk, M. (2016). *Psychopathologie : une approche intégrative*. De Boeck supérieur.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. University of Pennsylvania Press.
- Binswanger, L. (1987) [1960]. *Mélancolie et manie*. Presses universitaires de France.
- Bowlby J. (1988). *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. Routledge.
- Brody, D. J. et Gu, Q. (2020). Antidepressant use among adults: United States, 2015–2018. National Center for Health Statistics Data Brief, n° 377.
- Bruner, Jerome S. (1990). *Acts of meaning*, Harvard University Press.
- Bruner, Jerome S. (1985). *Actual minds, possible worlds*, Harvard University Press.
- Buber, M. (1996 [1923]). *Je et Tu*. Aubier-Montaigne.
- Campbell, J. (1949). *The Hero with a Thousand Faces*. Pantheon.
- Canadian Psychological Association (CPA) (2017). Psychology works fact sheet: Depression. Récupéré à :
https://cpa.ca/docs/File/Publications/FactSheets/PsychologyWorksFactSheet_Depression.pdf

- Charon, R. (2006). *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. Oxford University Press.
- Cipriani, A., Furukawa, T. A., Salanti, G., Chaimani, A., Atkinson, L. Z., Ogawa, Y. et Egger, M. (2018). Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: A systematic review and network meta-analysis. *Focus*, 16(4), 420-429.
- Clark, H. (dir.). (2008). *Depression and Narrative: Telling the Dark*. State University of New York Press.
- Comité de gestion de la taxe scolaire de l'île de Montréal (2023). Carte de la réussite scolaire et de la défavorisation sociale sur l'île de Montréal. https://www.cgtsim.qc.ca/wp-content/uploads/2024/02/PublicationFR_Guide_carte_reussite_scolaire_et_defavorisation_sociale_2023_FR.pdf
- Corbière, M. et Durand, M. J. (2011). *Du trouble mental à l'incapacité au travail : Une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention*. PUQ.
- Daiute, C. (2013). *Narrative Inquiry: A Dynamic Approach*. Sage Publications.
- Demyttenaere, K. (1997). Compliance during treatment with antidepressants. *Journal of Affective Disorders*, 43(1), 27-39.
- DeRubeis, R. J., Siegle, G. J. et Hollon, S. D. (2008). Cognitive therapy versus medication for depression: Treatment outcomes and neural mechanisms. *Nature Reviews Neuroscience*, 9(10), 788-796.
- De Ryckel, C. et Delvigne, F. (2010). La construction de l'identité par le récit. *Psychothérapies*, 30(4), 229-240.
- Dewa, C. S., Chau, N. et Dermer, S. (2010). Examining the comparative incidence and costs of physical and mental health-related disabilities in an employed population. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52(7), 758-762.
- Earthy, S. et Cronin, A. (2008). Narrative analysis. Dans N. Gilbert (dir.), *Researching Social Life* (3^e éd.), Sage.
- Ellis, K. A. (2018). Identifying and addressing barriers to men seeking help for depression. *British Journal of Mental Health Nursing*, 7(3), 130-136.
- Express Scripts (2020). America's state of mind: U.S. trends in medication use for depression, anxiety and insomnia. Express Scripts Report, April 2020. https://corporate-site-labs-prod.s3.us-east-2.amazonaws.com/2020-04/Express%20Scripts%20America%27s%20State%20of%20Mind%20Report%20April%202020%20FINAL_p9%20edits_0.pdf

- Fernandez, A.V. (2014). Depression as existential feeling or de-situatedness? Distinguishing structure from mode in psychopathology. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 13, 595–612. <https://doi.org/10.1007/s11097-014-9374-y>
- Fortune Business Insights (2024). Antidepressants Market Size, Share & COVID-19 Impact Analysis. <https://www.fortunebusinessinsights.com/antidepressants-market-105017>
- Frank, A. (1995). *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*. University of Chicago Press.
- Frank, A. (2006). Illness and narrative. Dans T. Sato et A. Arakawa (dir.), *Social Sciences of Health, Illness, and Health Care* (p. 80-95). Institute of Human Sciences Ritsumeikan University. https://www.ritsumeihuman.com/hsrc/resource/01/pdf/01_80.pdf
- Friedson, M. L. (2013). Subjective darkness: Depression as a disintegration of meaning in the core narrative 1. *Narrative Works*, 3(2), 1-28.
- Gartlehner, G., Gaynes, B. N., Amick, H. R., Asher, G., Morgan, L. C., Coker-Schwimmer, E. et Bann, C. (2015). Nonpharmacological versus pharmacological treatments for adult patients with major depressive disorder. *Comparative Effectiveness Review*, vol. 161.
- Gibson, K., Cartwright, C. et Read, J. (2014). Patient-centered perspectives on antidepressant use: A narrative review. *International Journal of Mental Health*, 43(1), 81-99.
- Greimas, A. J. (1966). Éléments pour une théorie de l'interprétation du récit mythique. *Communications*, 8(8), 28-59.
- Ho, S. C., Chong, H. Y., Chaiyakunapruk, N., Tangiisuran, B. et Jacob, S. A. (2016). Clinical and economic impact of non-adherence to antidepressants in major depressive disorder: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 193, 1-10.
- Hoencamp, E., Stevens, A. et Haffmans, J. (2002). Patients' attitudes toward antidepressants. *Psychiatric Services*, 53(9), 1180-a.
- Holmes, J. (1999). Defensive and creative uses of narrative in psychotherapy: An attachment perspective. Dans G. Roberts et J. Holmes (dir.), *Healing stories: Narrative in Psychotherapy and Psychiatry* (p. 49-68). Oxford University Press.
- Iacobucci, G. (2019). NHS prescribed record number of antidepressants last year. *Bmj*, 364.
- Issakainen, M. et Hänninen, V. (2016). Young people's narratives of depression. *Journal of Youth Studies*, 19(2), 237-250. <https://doi.org/10.1080/13676261.2015.1059927>
- Karp, D. A. (1997). *Speaking of Sadness: Depression, Disconnection, and the Meanings of Illness*. Oxford University Press.
- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. Basic books.

- Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*. International Universities Press.
- Koole, S. L., Greenberg, J. et Psyzezynski, T. (2006). Introducing science to the psychology of the soul. *Current Directions in Psychological Science*, 15(5), 212-216.
- Kopala-Sibley, D. C. et Zuroff, D. C. (2020). The self and depression: Four psychological theories and their potential neural correlates. *Journal of Personality*, 88(1), 14-30.
- Knudsen, P., Hansen, E. H., Traulsen, J. M. et Eskildsen, K. (2002). Changes in self-concept while using SSRI antidepressants. *Qualitative Health Research*, 12(7), 932-944.
- Kretschmer, M. et Storm, L. (2017). The relationships of the five existential concerns with depression and existential thinking. *International Journal of Existential Psychology & Psychotherapy*, 7(1). <https://www.meaning.ca/web/wp-content/uploads/2019/10/216-13-513-4-10-20180704.pdf>
- Lattie, E. G., Stiles-Shields, C. et Graham, A. K. (2022). An overview of and recommendations for more accessible digital mental health services. *Nature Reviews Psychology*, 1, 87-100.
- Larivaille, P. (1974). L'analyse (morpho)logique du récit, *Poétique*, (19), 368-388.
- Lesage, A., Bernèche, F. et Bordeleau, M. (2010). Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2). Institut de la statistique du Québec.
- Lessem, P. (2005). *Self Psychology: An Introduction*. Jason Aronson.
- Lim, K. L., Jacobs, P., Ohinmaa, A., Schopflocher, D., & Dewa, C. S. (2008). A new population-based measure of the economic burden of mental illness in Canada. *Chronic Diseases in Canada*, 28(3), 92-98.
- Lingam, R. et Scott, J. (2002). Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(3), 164-172.
- Lukmanji, A., Pringsheim, T., Bulloch, A. G., Stewart, D. G., Chan, P., Tehrani, A. et Patten, S. B. (2020). Antidepressant prescriptions, including tricyclics, continue to increase in Canadian children. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 30(6), 381-388.
- Luyten, P. et Fonagy, P. (2016). The self in depression. Dans M. Kyrios et al. (dir.), *The Self in Understanding and Treating Psychological Disorders* (p. 71-81). Cambridge University Press.
- Marasine, N. R. et Sankhi, S. (2021). Factors associated with antidepressant medication non-adherence. *Turkish Journal of Pharmaceutical Sciences*, 18(2), 242-249.

- McCusker, M. G. et Galupo, M. P. (2011). The impact of men seeking help for depression on perceptions of masculine and feminine characteristics. *Psychology of Men & Masculinity*, 12(3), 275-284.
- McMillan, S. S., Wilson, B., Stapleton, H. et Wheeler, A. J. (2022). Young people's experiences with mental health medication: A narrative review of the qualitative literature. *Journal of Mental Health*, 31(2), 281-295.
- Metzl, J. M. (2003). *Prozac on the Couch: Prescribing Gender in the Era of Wonder Drugs*. Duke University Press.
- Minkowski, E. (2013) [1933]. *Le temps vécu*. Presses universitaires de France.
- Olfson, M., Marcus, S. C., Tedeschi, M., et Wan, G. J. (2006). Continuity of antidepressant treatment for adults with depression in the United States. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 101-108.
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2018). Principaux repères sur la dépression. Récupéré à <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Ponterotto, J. G. (2005). Qualitative research in counseling psychology: A primer on research paradigms and philosophy of science. *Journal of counseling psychology*, 52(2), 126-136.
- Prins, M. A., Verhaak, P. F., Bensing, J. M. et van der Meer, K. (2008). Health beliefs and perceived need for mental health care of anxiety and depression: The patients' perspective explored. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 1038-1058.
- Ratcliffe, M. (2015). *Experiences of Depression: A Study in phenomenology*. Oxford University Press.
- Rathbone, A. P., Todd, A., Jamie, K., Bonam, M., Banks, L. et Husband, A. K. (2017). A systematic review and thematic synthesis of patients' experience of medicines adherence. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 13(3), 403-439.
- Ricoeur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Seuil.
- Ricoeur, P. (1983-1985). *Temps et récit* (3 tomes). Seuil.
- Ridge, D. (2018). Making sense of the evolving nature of depression narratives and their inherent conflicts. *Subjectivity*, 11(2), 144-160.
- Ridge, D., Kokanovic, R., Broom, A., Kirkpatrick, S., Anderson, C. et Tanner, C. (2015). "My dirty little habit": Patient constructions of antidepressant use and the 'crisis' of legitimacy. *Social Science & Medicine*, 146, 53-61.
- Riessman, C.K. (2008). *Narrative methods for the human sciences*. Sage.
- Russell, J. et Kazantzis, N. (2008). Medication beliefs and adherence to antidepressants in primary care. *The New Zealand Medical Journal (Online)*, 121(1286).

- Schreiber, R. (1996). (Re) defining my self: women's process of recovery from depression. *Qualitative Health Research*, 6(4), 469-491.
- Smardon, R. (2008). 'I'd rather not take Prozac': Stigma and commodification in antidepressant consumer narratives. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 12(1), 67-86.
- Smetanin, P., Stiff, D., Briante, C., Adair, C.E., Ahmad, S. et Khan, M. (2011). The life and economic impact of major mental illnesses in Canada: 2011 to 2041. RiskAnalytica, on behalf of the Mental Health Commission of Canada.
- Solomon, A. (2001). *The Noonday Demon: An Atlas of Depression*. Simon & Schuster.
- Statistique Canada (2012). Canadian community health survey: Mental health, 2012. Récupéré à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/130918/dq130918a-eng.htm>
- Stepnisky, J. N. (2007). Narrative magic and the construction of selfhood in antidepressant advertising. *Bulletin of Science, Technology & Society*, 27(1), 24-36. <https://doi.org/10.1177/0270467606295973>
- Stern, T. (2003). Border narratives: Three first-person accounts of depression. *Studies in the Literary Imagination*, 36(2), 91-107.
- Styron, W. (1990). *Darkness Visible: A Memoir of Madness*. Random House.
- Tracy, S. J. (2010). Qualitative quality: Eight "big-tent" criteria for excellent qualitative research. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837-851.
- Unni, E. J., Gupta, S. et Sternbach, N. (2024). Reasons for non-adherence with antidepressants using the Medication Adherence Reasons Scale in five European countries and United States. *Journal of Affective Disorders*, 344, 446-450.
- Van Doeselaar, L., Becht, A. I., Klimstra, T. A., & Meeus, W. H. (2018). A review and integration of three key components of identity development. *European Psychologist*. <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1027/1016-9040/a000334>
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P. et Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: Three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26, 331-342.
- Vogler, Christopher (2007). *The Writer's Journey: Mythic Structure For Writers*. Michael Wiese Productions.
- Vrijens, B., De Geest, S., Hughes, D. A., Przemyslaw, K., Demonceau, J., Ruppar, T. et Matyjaszczyk, M. (2012). A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 73(5), 691-705.

- Westerbeek, J. et Mutsaers, K. (2008). Depression narratives: How the self became a problem. *Literature and Medicine*, 27(1), 25-55.
- White, M. et Epston, D. (1990). *Narrative Means to Therapeutic Ends*. WW Norton & Company.
- Wilson, M. (2017). *Strengthening the case for investing in Canada's mental health system: Economic considerations*. Mental Health Commission of Canada.
- Wolf, E. S. (1988). *Treating the Self: Elements of Clinical Self Psychology*. The Guilford Press.
- World Health Organization (WHO) (2012). Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social services at the country level. Récupéré à : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_10-en.pdf?ua=1
- Zhou, X., Teng, T., Zhang, Y., Del Giovane, C., Furukawa, T. A., Weisz, J. R., ... et Hetrick, S. E. (2020). Comparative efficacy and acceptability of antidepressants, psychotherapies, and their combination for acute treatment of children and adolescents with depressive disorder: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 7(7), 581-601.
- Zolnoori, M., Fung, K. W., Fontelo, P., Kharrazi, H., Faiola, A., Wu, Y. S. S., Stoffel, V. et Patrick, T. (2018). Identifying the underlying factors associated with patients' attitudes toward antidepressants: Qualitative and quantitative analysis of Patient Drug Reviews. *JMIR mental health*, 5(4), e10726.