

La dépression chez la femme : plus qu'un simple cafard. Récit de deux études de cas

Anne Charron

Volume 39, numéro 1-2, 2008

Discipline infirmière : enjeux, défis et innovations

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/039843ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/039843ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue de l'Université de Moncton

ISSN

0316-6368 (imprimé)

1712-2139 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Charron, A. (2008). La dépression chez la femme : plus qu'un simple cafard. Récit de deux études de cas. *Revue de l'Université de Moncton*, 39(1-2), 69-96. <https://doi.org/10.7202/039843ar>

Résumé de l'article

Deux études de cas sont relatées dans le présent article afin d'explorer le parcours de la trajectoire expérientielle de la maladie et la période de rétablissement de deux femmes atteintes de dépression, de même que leurs besoins d'apprentissage et les dimensions les plus altérées de leur qualité de vie. Une des femmes est hospitalisée à une unité de psychiatrie et l'autre suit une thérapie de groupe dans un Centre de Jour psychiatrique. Ces études de cas sont décrites et comparées à partir de trois unités d'analyse, soit : 1) le fait de vivre au quotidien avec un trouble dépressif; 2) le besoin d'apprendre en ce qui a trait à leur maladie et 3) la qualité de leur vie. Quatorze thèmes ont émergé de l'analyse interprétative du compte rendu *in extenso* et une synthèse intégrative de ces thématiques est exposée. L'apparition de la dépression chez les deux sujets gravite particulièrement autour de l'emploi et des difficultés financières.

LA DÉPRESSION CHEZ LA FEMME :
PLUS QU'UN SIMPLE CAFARD.
RÉCIT DE DEUX ÉTUDES DE CAS

Anne Charron
Université de Moncton

Résumé

Deux études de cas sont relatées dans le présent article afin d'explorer le parcours de la trajectoire expérientielle de la maladie et la période de rétablissement de deux femmes atteintes de dépression, de même que leurs besoins d'apprentissage et les dimensions les plus altérées de leur qualité de vie. Une des femmes est hospitalisée à une unité de psychiatrie et l'autre suit une thérapie de groupe dans un Centre de Jour psychiatrique. Ces études de cas sont décrites et comparées à partir de trois unités d'analyse, soit : 1) le fait de vivre au quotidien avec un trouble dépressif; 2) le besoin d'apprendre en ce qui a trait à leur maladie et 3) la qualité de leur vie. Quatorze thèmes ont émergé de l'analyse interprétative du compte rendu *in extenso* et une synthèse intégrative de ces thématiques est exposée. L'apparition de la dépression chez les deux sujets gravite particulièrement autour de l'emploi et des difficultés financières.

Mots-clés : femme, dépression (trouble dépressif), étude de cas, expérience de la maladie, besoins d'apprentissage, qualité de vie.

Abstract

This article describes and compares two case studies in an attempt to delimit more precisely the experience of illness and recovery of two women suffering from depression as well as determining their learning needs and the dimensions of their quality of life which were most affected by their illness. One case study involved a woman who was

hospitalized on a psychiatric ward, while the other was about a woman undergoing group therapy three times a week at a psychiatric day center. The verbatim report revealed fourteen themes distributed among three analysis units. In both women, the trigger for their depressive disorder gravitated around their employment and their financial difficulties.

Keywords : women, depression, case study, experience of illness, learning needs, quality of life.

Introduction

Cet article présente la portion qualitative d'une étude doctorale effectuée au Nouveau-Brunswick auprès de 30 femmes présentant un trouble dépressif. Cette recherche à méthodologie mixte, en majeure partie quantitative de nature descriptive comparative corrélationnelle, a porté sur les besoins d'apprentissage et sur la perception de leur qualité de vie de deux groupes de femmes atteintes de dépression, soit 15 participantes hospitalisées à une unité de psychiatrie et 15 participantes fréquentant un Centre de Jour psychiatrique. À titre de complément, le volet qualitatif, sous forme de deux études de cas, a permis de recueillir le compte rendu *in extenso* de deux femmes en voie de convalescence - une de chaque groupe - dans une tentative de mieux circonscrire l'expérience quotidienne de vivre au féminin avec un trouble dépressif. La question de recherche s'énonçait comme suit : Dans un paradigme naturaliste avec analyse de contenu interprétative, quelles sont les convergences et les divergences - sous forme de thématiques - entre l'étude de cas chez la femme hospitalisée et chez celle suivie en consultation externe au Centre de Jour, quant aux trois unités d'analyse suivantes : 1) vivre avec un trouble dépressif, 2) le besoin d'apprendre en ce qui a trait à leur maladie et 3) la qualité de leur vie. Ces deux études de cas n'ont pas de théorie ni de cadre préalablement définis; plusieurs chercheurs chevronnés en recherche qualitative recommandent cette méthode procédurale pour la comparaison multi-cas (Huberman et Miles, 1991; Lessard-Hébert, Goyette et Boutin, 1996; Van der Maren, 1995). Le paradigme naturaliste présente une vision holistique de la réalité. Étant donné le contexte de santé mentale de la présente étude, où l'écoute active et l'empathie sont primordiales de la part de l'aidant et où la possibilité de se confier à une

oreille attentive est thérapeutique pour l'aidé (Chalifour, 2000), une triangulation s'est instinctivement imposée avec cette population cible.

Femmes et trouble dépressif

La dépression est l'une des maladies les plus fréquentes des dernières décennies. Elle est bien plus qu'un vague à l'âme. Près d'une personne sur cinq sera atteinte d'un trouble dépressif majeur au cours de sa vie. Cette pathologie a un risque élevé de récurrence et chaque épisode dépressif récurrent est plus sévère et débilitant que le précédent (Boyd, 2005; Hammen, 2003; Joffe et Levitt, 1998; Statistique Canada et Santé Canada, 1999; Townsend, 2004).

Au Canada, le trouble dépressif est pratiquement deux fois plus courant chez les femmes que chez les hommes (Statistique Canada et Santé Canada, 1999). Cette tendance est observée dans la plupart des autres pays (Blehar et Keita, 2003; Harris, 2003; Kessler, 2003). La dépression chronique représente un problème de santé publique important chez la femme (Kornstein, 2003). Cette différence assez marquée par rapport au genre (sexe) en regard de cette pathologie a fait émerger plusieurs tentatives d'explication. À part le fait que les femmes soient plus disposées à reconnaître et à accepter qu'elles souffrent d'un trouble dépressif (Parker et Hadzi-Pavlovic, 2001), il existe des théories souvent contradictoires qui expliqueraient cette différence. L'une d'elles postule que les femmes cumulent plus de rôles que les hommes, ce qui les rendraient plus vulnérables à un trouble dépressif. Inversement, d'autres théories portent à croire que la dépression est plus fréquente chez les femmes qui assument un nombre minime de rôles (Statistique Canada, 1996). Belle et Doucet (2003) soulignent que la pauvreté, l'inégalité et la discrimination entraînent fréquemment des symptômes dépressifs sévères chez les femmes.

Notions explicatives sur l'étude de cas

Il était difficile de justifier une recherche uniquement quantitative, étant donné que les participantes ont évolué dans un contexte de soins de santé mentale. Selon Lessard-Hébert, Goyette et Boutin (1996), l'étude de cas, en recherche, correspond à un « champ d'investigation le moins construit, donc le plus réel; le moins limité, donc le plus ouvert; et le

moins manipulable, donc le plus incontrôlé » (p. 111). L'étude de cas fut appropriée pour la présente étude, car la chercheuse a tenté de décrire la perception du sujet à propos de sa situation par rapport à des unités d'analyse déterminées à l'avance, comme le recommandent Lessard-Hébert *et al.* (1996). Le canevas d'entrevue a été construit en fonction de trois unités d'analyse mentionnés précédemment. Deux études de cas ont ainsi été décrites et comparées, afin de découvrir les convergences et les divergences dans le discours chez une femme hospitalisée versus une femme suivant une thérapie externe de groupe au Centre de Jour psychiatrique concernant le fait de vivre avec la dépression, le besoin d'apprendre pour composer avec cette pathologie et la qualité de leur vie en situation de maladie.

Huberman et Miles (1991) nomment l'étude multi-cas la « méthode des différences ». Pour eux, les cas atypiques, où les extrêmes et les exceptions règnent, sont les alliés du chercheur et permettent de vérifier « si ce qui est présent chez eux est absent ou différent dans d'autres exemples plus standards » (p. 433). Dans le même ordre d'idées, Van der Maren (1995) précise que l'étude de cas a le privilège d'examiner en profondeur des données extensives en regard d'un seul événement (par exemple : comme l'expérience de la maladie) chez le cas retenu. Cet auteur fait état que le choix du cas s'arrête en général à une situation « parlante ». Néanmoins, l'étude d'un « beau cas » conduira à voir l'exceptionnel comme étant la norme. Le choix ne peut s'arrêter sur un cas banal, le chercheur vise un cas plus remarquable qui se démarque par un intérêt que les autres n'ont pas. Dans l'étude de cas, c'est « ce qui excède, ce qui dépasse, ce qui est neuf » (p. 107) qui sera retenu. C'est donc la particularité atypique du cas (l'idiosyncrasie) qui devient remarquable. Toujours selon Van der Maren, l'anormalité et l'exception sont mises sur la sellette. Cela aboutit à une idéalisation de l'unique à titre de représentation du normal. Les études de cas prennent le risque de construire une connaissance dynamique à propos d'un sujet particulier sur des traits non partagés. Bien que ce soit un risque voulu et sain, il faut être conscient qu'une quelconque généralisation n'est pas possible (*ibid.*). Les deux femmes sélectionnées pour une entrevue individuelle d'une heure et demie environ avaient une expérience de maladie qui s'est démarquée parmi les autres et elles démontraient le désir d'élaborer sur leur situation de vie et leur état de santé. La saturation des données n'était pas

nécessaire pour cette complémentarité instrumentale non exhaustive. Voici maintenant les deux scénarios de vie des deux participantes.

Présentation de Pénélope (répondante hospitalisée)

Pénélope (nom fictif), âgée de 45 ans, est mariée depuis 25 ans. Le couple n'a pu avoir d'enfants. Pénélope se considère une personne à « besoins spéciaux » en raison de psoriasis et d'arthrite rhumatoïde sévères, d'où la nécessité de traitements de chimiothérapie similaires à ceux pour le cancer. Elle se rend à l'hôpital une fois par semaine afin de recevoir une médication par voie intraveineuse. En dépit de ce traitement drastique, son arthrite s'exacerbe parfois à un point tel que sa mobilité l'empêche alors de vaquer à ses occupations quotidiennes.

Pénélope est sans emploi depuis deux ans, suite à la fermeture de sa petite entreprise qu'elle gérait à domicile, tout en prenant soin de sa mère qui vivait avec eux. À contrecœur, elle a préféré fermer son commerce, car la tâche était devenue trop exigeante pour sa santé. Sa mère, suite à une longue bataille contre le cancer, est décédée au cours de cette période. Ces deux crises situationnelles ont provoqué une souffrance intense chez Pénélope. Malgré ses démarches extensives pour se dégoter un boulot à sa mesure, Pénélope est toujours sans travail, ce qu'elle déplore vivement. De plus, Pénélope, responsable de gérer le budget familial et de payer les factures, se garde d'informer son époux de leurs difficultés financières. Boucler les fins de mois devient un véritable fardeau pour Pénélope qui s'enlise peu à peu dans un marasme.

Un vendredi soir, elle avoue les problèmes monétaires à son mari. Ce dernier, abasourdi, sort prendre l'air. Demeurée seule, Pénélope touche le fond. Ayant en sa possession des fioles d'un médicament puissant pour traiter son arthrite, elle remplit sa seringue en ayant la ferme intention de s'injecter le médicament dans une veine. Au moment fatidique, sa main tremble et le courage lui manque. Elle se tourne alors vers une ligne d'écoute. Un message vocal lui répond et elle raccroche. Elle appelle alors une amie qui lui parle jusqu'au retour de son mari. Pénélope, en larmes, révèle à ce dernier sa tentative de suicide. Dans tous ses états, il appelle à l'Urgence. L'intervenante réussit à convaincre Pénélope de se rendre à l'hôpital. Suite à une évaluation psychiatrique, Pénélope est admise à l'unité de psychiatrie pour sept jours.

Le premier contact de la chercheuse avec Pénélope fut lors de la cinquième journée de son hospitalisation alors qu'elle accepte volontiers de faire partie de la cohorte des quinze femmes hospitalisées. Volubile et ayant une facilité à se confier, Pénélope est pressentie par la chercheuse comme étant une candidate pour une étude de cas. De fait, Pénélope accepte de rencontrer à nouveau la chercheuse deux mois après son hospitalisation.

Présentation de Diana (répondante suivie au Centre de Jour)

Diana (nom fictif), âgée de 54 ans, est mariée depuis 34 ans et mère de deux enfants, soit un garçon et une fille tous deux dans la trentaine. Elle est secrétaire pour un comptable (emploi fictif) depuis plus de vingt ans.

Un arrêt de travail s'est avéré nécessaire afin de subir une chirurgie pour l'ablation d'un kyste gangrené derrière l'oreille. Elle consulte son médecin après deux mois car elle se sent fatiguée et faible, présente des troubles gastriques et n'a plus le goût de faire des activités. Suite à une panoplie de tests ne révélant rien d'anormal sur le plan physique, le médecin pose le diagnostic de trouble dépressif masqué et lui prescrit des antidépresseurs. Diana, réticente à ce diagnostic au début, est obligée de se rendre à l'évidence qu'elle est déprimée et tient compte de la suggestion du médecin de consulter aux Services de santé mentale communautaires. Suite à une évaluation psychiatrique, une intervenante ne voit pas la nécessité d'une hospitalisation pour Diana, mais lui propose de suivre une thérapie de groupe au Centre de Jour. Diana assiste aux sessions trois fois par semaine. Elle suit également une psychothérapie individuelle à ses frais.

Diana devient peu à peu convaincue que son travail est à l'origine de sa dépression. Elle se questionne si elle doit retourner à cet emploi. De plus, sa mère avec qui elle avait une relation houleuse depuis près de 25 ans, s'est suicidée il y a cinq ans, ce qui a avivé certains souvenirs pénibles. Finalement, son arrêt de travail qui se prolonge a entraîné des difficultés financières au sein du couple, habitué à gérer un budget restreint mais bien équilibré. Diana est le principal gagne-pain familial, étant donné que son mari reçoit une pension d'invalidité depuis un infarctus du myocarde qui l'a terrassé en 1989. Les représentants de l'assurance-maladie souhaitent clore le dossier de Diana sous prétexte

que ses formulaires n'étaient pas toujours remplis de façon régulière par son médecin qui reporte des rendez-vous à la dernière minute et qui pense même fermer sa pratique.

Le premier contact de la chercheuse avec Diana fut lors de la quatrième session de thérapie. Elle accepte de faire partie de l'échantillon des quinze femmes suivies au Centre de Jour. Elle accepte de rencontrer à nouveau la chercheuse vers la fin de sa thérapie pour une entrevue. Voyons maintenant l'analyse des résultats de ces deux études de cas.

Analyse interprétative des études de cas

Le compte rendu *in extenso* met en relief la portée du vécu des deux femmes au cours de la période ayant précédé leur trouble dépressif, puis durant l'expérience de la maladie et finalement, lors de leur période de rétablissement. Un panorama expérientiel global est ainsi dévoilé.

1. Étude de cas de Pénélope (répondante hospitalisée)

1.1 Unité d'analyse : vivre au quotidien avec un trouble dépressif

Un point culminant dans la vie de Pénélope est la fermeture de son entreprise qu'elle a durement encaissée : « *...tu t'aperçois que c'est une défaite personnelle* ». Ce négativisme s'est perpétué dans une quête d'emploi infructueuse. Elle est convaincue que son trouble dépressif y est relié : « *Ça a commencé par la recherche d'emploi, mais moi, à cause que je souffre de maladies qui demandent que je sois au moins une journée par semaine que je ne peux pas aller travailler, ça fait en sorte que l'employeur n'est pas intéressé à prendre une personne qui a des besoins spéciaux* ». Elle s'est sentie dévalorisée : « *...à force de te faire dire non, de te faire fermer les portes, tu te dis bien, qu'est-ce que je fais ici?...moi je me suis sentie tout à fait diminuée, que je suis nulle, que je ne vaux rien, que je n'apporte rien. La seule chose que j'apporte chez nous, ce sont des dépenses et des dépenses, je n'en ai pas à faire...rien qu'en médication, c'est une fortune...* ». Elle revient fréquemment sur ce sentiment d'inutilité : « *...je sentais vraiment que je ne servais plus à rien, c'était comme ça que je voyais ma vie...tant qu'à avoir une vie plate comme ça, je me disais au moins un bibelot sert à quelque chose, il embellit la place, tandis que moi bien, je prends de la place* ».

Pénélope a versé bien des larmes : « ...souvent les larmes coulaient pour absolument rien...la pression, il faut qu'elle sorte...une de mes amies m'a dit : "On dirait que t'es comme les geysers qu'il y a au parc de Yellowstone" ». Elle souhaitait délivrer son mari : « Tu sais, ton couple, il en souffre énormément... c'est pour ça que j'ai voulu en finir, c'était ma raison principale, donner la liberté à mon époux. Pour qu'il se trouve une autre personne, faire des activités que moi...je ne peux plus faire...pourquoi ne pas lui donner sa liberté, c'est à quoi je sers astheure?° ». Cette sensation d'inutilité fut un des éléments déclencheurs d'une idéation suicidaire avec un plan bien précis un vendredi : « ...ça a été une semaine d'enfer...me faire dire que je n'avais aucune chance d'avoir de l'emploi...j'avais des problèmes de finances qui étaient énormes...bien tu mets tout ça dans le même sac, tu le brasses, ça a fait que la "fuse" (fusible) a sauté ». Pénélope est désespérée : « ...c'est là que j'ai entré en crise...c'est fini à soir là, je n'en peux plus...il me restait des fioles de méthotrexate..., si je peux les injecter en même temps...peut-être que ça va être assez nocif...puis bonjour la visite, bye, bye...j'ai essayé de me piquer et je ne pouvais pas, je me suis mise à "shaker" (trembler) puis c'était impossible ». Depuis un certain moment, elle considérait ce médicament comme une porte de sortie : « Ces fioles-là, c'était ma béquille...quand ça allait mal, j'ouvrais ma porte de frigidaire et je regardais si elles étaient toujours là ». Cette tentative de suicide a entraîné son hospitalisation à l'unité de psychiatrie. Néanmoins, sa réticence à se rendre à l'hôpital fut vive : « ...je voulais pas y aller parce que je savais...qu'ils me garderaient, j'avais pas d'affaire à aller là ».

Pénélope mentionne que son hospitalisation a eu certains bienfaits : « ...tu es bien pris soin, tu es bien encadrée, tu as des personnes ressources...tu as tes trois repas par jour...c'est le calme, t'es bien, moi je suis une solitaire, comme ça j'étais bien dans ma chambre, puis si je voulais socialiser avec les autres, c'était plaisant aussi... ». Quant au fait de vivre au jour le jour avec un trouble dépressif, elle trouve le renouement social ardu : « La chose que je trouve la plus difficile, c'est le contact avec les amis... on dirait qu'ils savent pas comment t'approcher...j'ai trouvé difficile de ne pas avoir personne qui est prêt à t'entendre répéter la même affaire 10 fois...Quand j'ai fait ma tentative, après, certaines personnes me disaient...on a besoin de toi, ils me démontraient des marques d'affection, mais on aurait besoin de plus...une

visite ou un coup de téléphone pour jaser de tout ou de rien, mais tout le monde est pris dans un engrenage... ». Toutefois, Pénélope ne fait de reproches à personne : « ...je peux pas blâmer mes chums puis leur dire...si tu m'aurais appelé ce soir-là, bien je n'aurais pas eu cette idée-là...non,...eux autres aussi ils ont leurs problèmes, eux autres aussi ils sont pressés... ». Pénélope a appris à compter davantage sur elle-même. Son foyer de contrôle (*locus of control*) est désormais plus interne qu'externe.

Lorsqu'on demande à Pénélope ce qui l'aide à récupérer de son trouble dépressif, plusieurs points ressortent. Quand elle peut se sentir utile envers les autres, cela fait toute une différence sur son moral : « ...mon beau-père...à la fin janvier...il est décédé...on avait beaucoup de va-et-vient puis de tralala à s'occuper puis dans ce temps-là, je me sens dans mon élément, je sens que quelqu'un a besoin de moi, ça va bien dans ce temps-là, je pense pas à mes bobos ». Pénélope vit davantage un jour à la fois, au lieu de trop anticiper l'avenir : « ...je pouvais visionner six mois d'avance, tandis qu'au jour d'aujourd'hui... ». Elle prend également les choses plus à la légère : « ...je vais pouvoir plus passer l'éponge,...je regarde l'autre côté de la médaille ». Le rapprochement avec son mari lui est aussi bénéfique : « On était en train de prendre deux routes complètement différentes. Tandis que là, on s'en va sur le même chemin... ». En dernier lieu, Pénélope est convaincue que la médication l'aide énormément : « ...j'ai de l'aide avec les médicaments...des antidépresseurs, de quoi pour dormir...Ah, je suis certaine de ça...le baume est plus rapide ».

1.2 Unité d'analyse : le besoin d'apprendre en ce qui a trait à leur maladie

Pénélope a ressenti le besoin d'apprendre pour composer avec son trouble dépressif. Le déclic s'est produit à l'hôpital. Elle a fait l'apprentissage que les stratégies de *coping* peuvent être différentes pour un même événement (par exemple : perte d'emploi) d'un individu à l'autre : « ...il y a pas personne qui réagit pareil...on peut avoir la même situation, mais ça veut pas dire qu'on va réagir de la même façon ». Également, c'est à l'hôpital que Pénélope a pris conscience que les problèmes d'argent et l'accumulation de frustration en regard de la recherche d'un emploi ont engendré l'escalade de sa dépression : « c'est certain que le niveau financier...ton incapacité de te trouver de l'emploi

puis te faire fermer les portes... ». Elle a apprécié les vidéos comme outils d'apprentissage : « *...ils avaient des vidéos qu'on pouvait visionner. J'ai aimé ça beaucoup, c'était de quoi qui te réveillais un peu...qui faisait voir d'autres angles d'une situation* ». En revanche, elle a trouvé que l'enseignement oral fut peu exhaustif : « *...le département de psychiatrie, la demande est beaucoup trop forte, mais leurs moyens sont très limités...il y a un virement de patients qui est énorme...s'il y aurait eu des choses de proposées....* ». Pénélope aurait apprécié des directives écrites sur les sessions qui étaient offertes : « *J'avais aucune idée de ce qui est offert là. Un dépliant disant si tu veux participer à ces thérapies-là ou ces sessions-là, bien tu l'apportes au bureau, j'aurais aimé ça.* ». Elle admet ne pas avoir demandé.

1.3 Unité d'analyse : la qualité de vie

Pour Pénélope, une bonne qualité de vie signifie trois choses, soit la santé, le travail et les amis. La santé, de même que l'autonomie qui en découle, arrivent au premier plan : « *La première, c'est certain que c'est au niveau de la santé. Quand tu as une santé, tu peux te permettre de pouvoir faire les choses à ton rythme et à ta façon...ton indépendance est là... pour moi, c'est sacré...c'est ma santé que je verrais maintenant comme numéro un pour ma qualité de vie* ». Elle considère que la maladie physique est en partie responsable de la dégringolade de sa santé mentale : « *...la santé physique, si elle est bonne, c'est certain que ta santé mentale va se refléter à travers...quand mon physique était bon, mon moral était bon..., j'avais pas toujours la larme à l'œil...* ». En second lieu, la qualité de vie, pour Pénélope, c'est avoir un travail. Ainsi, l'impossibilité de se trouver un emploi fut excessivement négative pour elle : « *C'est ça qui m'a mis la hache dans le cœur...quand j'en parle, je me sens comme moins que rien...chaque jour que je ne fais rien, c'est une journée perdue, c'est une très grosse défaite dans ma vie, c'est vraiment un échec...c'est vraiment...je vais dire le mot honteux...je trouve ça pire que de dire que j'ai essayé de me tuer* ». Elle ne veut pas être considérée comme une invalide : « *...tant que tu es encore capable de mettre le pied en avant...donnez-nous de quoi à faire, c'est pas ma pension (d'invalidité) que je veux...c'est loin dans ma tête* ». Troisièmement, le fait d'avoir un petit cercle d'amis contribue à sa qualité de vie : « *Moi je trouve que des amis...des relations d'amitié...qu'on ait du plaisir. Une couple d'amis* ».

proches, pour moi, ça me suffit. Il vaut mieux en avoir moins et en avoir des bons ».

Pénélope considère qu'avoir appris sur sa condition de santé a amélioré sa qualité de vie. En particulier, elle a appris à reconnaître ses limites et à dire non : *« ...ils nous ont donné des petites armes..., comme de repousser s'il y a quelqu'un qui veut t'embarquer là, savoir dire non, savoir t'affirmer ».* Quant à son processus décisionnel, elle avoue être moins ambivalente, mais reconnaît qu'elle doit davantage se faire confiance : *« ...je fais-tu la bonne décision, il y a des fois où c'est plus facile que d'autres...c'est encore fragile ».*

En terminant, mentionnons que malgré sa tentative de suicide, Pénélope dit aimer la vie, pourvue que celle-ci soit productive, ce qui en fait sa qualité : *« Tu sais...la vie, c'est un petit mot avec trois lettres, mais qui veut en dire beaucoup... Pour moi, chaque jour que je ne fais rien, c'est une journée perdue, perdue dans le sens du terme que c'est perdu avec des lettres majuscules. Pour moi, le temps, ça vaut de l'or ».*

2. Étude de cas de Diana (répondante suivie au Centre de Jour)

2.1 Unité d'analyse : vivre au quotidien avec un trouble dépressif

Diana a ressenti du mécontentement lorsque des malaises physiques persistent au cours des mois suivant la chirurgie et que le médecin lui fait part qu'elle souffre d'un trouble dépressif et que ses maux sont psychosomatiques: *« ...mon médecin a trouvé que j'avais euh...des problèmes psychologiques parce que j'avais passé toutes sortes de tests, puis il y avait rien d'anormal...puis les problèmes que je démontrais, c'était plus relié à un genre de dépression, malgré que c'était des problèmes physiques...au début, ça m'a fâchée. Parce que moi, je sentais que c'était plus physique que dépressif ».* Diana vit mal avec la langueur émanant du trouble dépressif : *« J'aime pas ça du tout parce que moi, ma mentalité, c'est quand t'es malade, c'est une perte de temps, je me trouve pas vaillante, puis j'aime pas ça d'avoir pas le goût de faire mon ménage...j'aimais ça travailler à l'extérieur parce que ça m'obligeait à me lever, à me toiletter ».*

Au fil d'une psychothérapie, ses difficultés focalisent autour de son emploi : *« ...comment je vivais mon travail avant d'être arrêtée...qui fait*

que ça peut peut-être m'influencer à penser que si je suis malade plus longtemps, je retournerai pas travailler, ou que j'aimerais plus retravailler là...il y avait des problèmes avec mon patron, beaucoup de stress ». Une certaine ambivalence est notable quant au retour au travail : « *...ça a peut-être un impact sur le fait que je traîne à retourner...je vois qu'il y avait des problèmes qui me stressaient avant que j'arrête, mais que je combattais puis je me rendais pas compte à quel point ça pouvait m'affecter...j'aimerais y retourner, mais pas revivre ce que je vivais* ». Elle avoue cependant qu'elle conçoit péniblement un changement d'orientation dans son travail : « *À mon âge, j'ai pas de diplôme...j'ai un bagage d'expérience mais où je vais aller appliquer?* ». Diana éprouve de la difficulté à parler du harcèlement dont elle est victime au bureau : « *...il y a un petit peu de harcèlement dans ça là, tu sais...c'est pas du physique, c'est du psychologique, ça m'agace. Je me sens coincée...je le fuis souvent...* ». Cette nécessité d'être toujours sur le qui-vive au travail semble avoir grugé la résistance physique et mentale de Diana. Elle admet avoir maintes fois déplacé son irritabilité sur son conjoint, en rentrant le soir : « *...malheureusement, je jetais ça sur le dos de mon mari...Je me défoulais sur lui là....je m'en rendais compte, mais j'avais pas de contrôle là-dessus* ».

Diana n'a pas beaucoup élaboré sur ce qui l'aide à récupérer de son trouble dépressif. Elle mentionne certains loisirs, notamment la télé et les mots croisés : « *...je regarde les programmes que j'aime...En me levant le matin, je m'assois dans mon solarium, puis je fais mes mots croisés* ». Diana trouve que son état de santé stagne : « *Pour être franche, je trouve pas qu'elle (santé) s'améliore tellement. Parce que j'ai encore tous mes symptômes physiques...j'ai mal à la tête, j'ai mal à la gorge, ça revient pas...* ». De plus, la concentration et la mémoire ne sont pas de la partie, ce qui lui occasionne des difficultés à suivre les sessions au Centre de Jour : « *...même cette semaine, en thérapie de jour...j'étais pas là. J'étais là physiquement mais mentalement, j'étais pas là* ».

2.2 Unité d'analyse : le besoin d'apprendre en ce qui a trait à leur maladie

Bien que frustrée au départ par le diagnostic de trouble dépressif, Diana a rapidement enclenché des mesures pour s'aider : « ...ça m'a fâchée un peu mais j'ai accepté de suivre une médication, puis de la thérapie...des personnes pour m'aider...oui, tout de suite ». Elle allègue qu'une certaine période d'adaptation au Centre de Jour fut nécessaire avant que l'apprentissage soit valable : « ...c'est que la première semaine de thérapie, euh, je n'enregistrais pas parce que j'étais comme stressée, c'était nouveau puis tout ça...La deuxième semaine, ça allait beaucoup mieux ». Un élément qui a aussi nui à son apprentissage fut l'annonce du départ possible de son médecin traitant, un mois après le début de ses thérapies de groupe, ce qui a engendré un déséquilibre manifeste : « ...quand j'ai su pour mon médecin, j'ai l'impression que c'est ça qui m'a redéclenchée de nouveau parce que cette semaine pfff, ça enregistre plus, j'ai plus de concentration... ». Diana considère avoir appris sur son problème de santé, bien que ses réponses soient un peu vagues : « Bien, ça nous éclaire un peu parce qu'il y a des problèmes qu'on se rend pas compte à quel point ça peut nous affecter...puis cette thérapie-là, ça nous fait réaliser...qu'on est pas tout seul dans ça... ». Diana est consciente qu'elle doit relativiser et individualiser l'enseignement reçu en groupe : « Il faut quand même qu'on sache se retrouver dans chaque aspect chaque semaine. Chacun a son problème différent ».

En dernier lieu, au niveau du phénomène de la perte occasionnée par le suicide de sa mère il y a cinq ans, Diana n'a pas appris à lâcher prise : « ...Il m'arrive encore d'y penser, de me culpabiliser, de dire pourquoi qu'elle a fait ça ou qu'est-ce que j'aurais pu faire? J'ai toujours fait mon gros possible à son niveau. C'était une personne très exigeante à mon égard...puis je me dis qu'elle aurait dû être fière de moi puis...elle pouvait pas te dire c'est bon ou c'est beau...? Oui, il y a un petit quelque chose qui accroche là ». Diana traîne cette relation manquée comme un boulet.

2.3 Unité d'analyse : la qualité de vie

En ce qui a trait à la signification d'une bonne qualité de vie pour Diana, la première chose qu'elle évoque est le sentiment d'utilité, mais

sans trop élaborer : « *C'est d'être capable de faire euh..., d'être utile dans ma journée, de...(silence)* ». Le fait que son mari soit malade influe également sur sa qualité de vie : « *L'état de mon mari me stresse beaucoup, puis ça fait longtemps que ça me stresse parce que ça fait déjà depuis 1989 qu'il a fait sa grosse crise de cœur...ça m'arrive, quand il dort puis qu'il bouge pas, ça m'arrive d'aller au-dessus de lui puis sentir son "respir", si vraiment il est encore en vie. C'est vraiment quelque chose qui me dérange* ». Les soucis financiers sont de la partie : « *J'ai des problèmes avec les assurances salaires parce que le médecin est pas là pour remplir les formules,...les "bills" (factures) rentrent, les grosses taxes de propriété...faut manger, on a des médicaments, on n'a pas d'assurance pour les médicaments, on prend comme 200-300 piastres par mois de médicaments....s'il y a pas d'argent qui rentre, ça vient stressant, puis ça rend irritable...un moment donné, j'avais plus de Celexa (antidépresseur), puis j'avais pas d'argent pour en acheter, ça fait que je les ai arrêtés...puis le médecin...il m'a donné des échantillons* ».

Avant son trouble dépressif, Diana considérait sa qualité de vie meilleure que maintenant pour son fonctionnement en général : « *...j'avais peut-être du mal, mais j'étais active, j'allais quand même à mon travail* ». À l'heure actuelle, sa qualité de vie est vacillante en ce qui a trait aux activités de la vie quotidienne. On note que plusieurs tâches lui pèsent sur l'échine : « *Pas très bonne (qualité de vie), parce que j'ai pas le goût de faire les travaux domestiques, je vais traîner le lavage...le linge est dans la sècheuse, il est là trois jours...Ça vient le temps pour aller faire l'épicerie, je vais la reporter au lendemain, puis au surlendemain puis on se retrouve qu'il y a plus rien à manger...J'ai pas le goût de faire à souper...prendre le temps de faire un bon repas, tu sais?* ».

Le réseau d'amis de Diana n'est guère alimenté et cela lui importe peu pour sa qualité de vie. Toutefois, quelques remarques désobligeantes émises par son entourage la blessent et elle se sent diminuée : « *...des amis proches, j'en avais pas tellement, en tant que couple là, puis en tant que femme, j'ai pas d'amie de femme. Exceptée ma fille...Ça fait que ça a pas vraiment changé...euh excepté que les personnes qu'on avait l'habitude de rencontrer souvent, j'ai l'impression qu'ils ont changé avec moi, c'est peut-être moi qui a changé là, mais j'ai l'impression que la façon de me regarder... Je me sens comme abaissée* ».

En terminant, il est un peu paradoxal de remarquer que Diana, bien qu'elle indique avoir acquis des apprentissages pour composer avec sa dépression, exprime malgré tout que cela n'a pas amélioré sa qualité de vie pour le moment. Elle semble n'avoir pas assez appris pour que ça fasse une différence : « *J'aurais encore besoin d'un peu plus d'aide, un peu plus de thérapie... parce que je sens qu'on a touché à des problèmes... que ça a ouvert des plaies, puis j'ai pas d'outils, je sais pas comment "dealer" avec ça. Par exemple, ce qu'on a sorti au sujet de mon travail, ça va être assez difficile... j'ai pas encore les capacités pour...* ». Cependant, Diana devait encore assister à deux semaines de thérapie. Voyons maintenant la discussion des résultats.

Synthèse intégrative

Cette synthèse met en relief les similitudes et les divergences des deux études de cas. Quatorze thèmes, dont cinq dans la première unité d'analyse, deux dans la deuxième et sept dans la troisième, émergent de l'analyse de contenu. Le tableau 1 donne la liste exhaustive de ces thématiques.

Unité d'analyse : vivre au quotidien avec un trouble dépressif

- **Emploi** : Le principal facteur déclencheur du trouble dépressif chez Pénélope est la fermeture de son commerce et l'incapacité à se trouver un emploi par la suite, alors que pour Diana, des problèmes liés au travail, tels que l'accroissement de ses tâches, le harcèlement dont elle est victime, de même que la difficulté à se percevoir, à son âge, dans un autre emploi, sont les éléments ayant entraîné sa réaction dépressive. Elles attribuent leur dépression à une cause externe que Manber, Chambers, Hitt, McGahuey, Delgado et Allen (2003), dans leur étude sur la perception des patients quant à leur trouble dépressif, classifie comme faisant partie de la dimension « *externalizing* ». De plus, être sans emploi comme l'est Pénélope engendre un faible niveau de bien-être psychologique, et ce, non seulement à cause du manque d'argent, mais aussi en raison de l'absence de bénéfices non financiers liés au fait de travailler, comme l'estime de soi, l'activité physique et mentale, de même que l'utilisation de ses habiletés (Artazcoz, Benach, Borrell et Cortès, 2004). De toute évidence, une association existe entre le trouble dépressif

et le fait d'être sans emploi ou d'avoir des difficultés au travail (Barker, 2003).

Tableau 1 : Thèmes découlant de l'analyse des données qualitative

Vivre au quotidien avec un trouble dépressif :

- Emploi : principal facteur déclencheur
- Sentiments : inutilité, stress, anxiété, incertitude, culpabilité, ambivalence
- Symptomatologie psychologique et physique
- Perturbation des activités de la vie quotidienne
- Décès de la mère

Le besoin d'apprendre en ce qui a trait à la maladie :

- Informations sur la dépression et son traitement
- Stratégies de récupération

La qualité de vie :

- Santé
 - Travail
 - Amis
 - Argent
 - Être utile
 - Soutien
 - Un jour à la fois
-

• Sentiments : Les deux répondantes ont manifesté plusieurs sentiments négatifs durant l'expérience de la maladie. Le sentiment d'inutilité est le plus intense et le plus dévastateur, particulièrement chez Pénélope pour qui « ne rien faire » s'avère une perte de temps qui la dévalorise grandement. Elle se sent comme une nullité. Pour elle, être occupée, même sans rémunération, c'est l'essence de la vie. Quant à Diana, bien que moins amère en regard de son arrêt de travail, se sentir utile est essentiel. Tout bien considéré, la perception de l'auto-efficacité

(*self efficacy*) constitue une importante prémisse à la santé mentale (Manber *et al.*, 2003).

Le stress et l'anxiété font partie du quotidien de Pénélope et Diana, quoique les agents stressants ne soient pas tout à fait similaires. À part les soucis financiers qui sont un tourment pour les deux sujets, Pénélope se préoccupe surtout de sa santé physique qui constitue une barrière à cerner un travail à sa mesure. Quant à Diana, elle est particulièrement anxieuse face au harcèlement au travail et ressent de l'appréhension envers le retour au bureau. L'état de santé de son mari invalide provoque des remous émotionnels. Endler, Macrodimitris et Kocovski (2003) rapportent la nécessité de concevoir l'anxiété comme un construit distinct de la dépression, tout en prenant conscience que ces deux concepts se chevauchent et s'enchevêtrent. Plusieurs auteurs s'accordent pour dire qu'une tranquillité d'esprit raisonnable est indispensable pour une santé mentale acceptable. Rappelons que 60 % des personnes atteintes d'un trouble dépressif ont une anxiété concomitante (Nandrino, 1999; Townsend, 2004; Varcarolis, 2002).

L'incertitude face à l'avenir règne chez les deux participantes. Pénélope ne peut prédire quand sa mobilité finira par lâcher. C'est surtout pour cette raison que le temps pour elle vaut son pesant d'or et que chaque jour où elle ne fait rien constitue un jour perdu. De son côté, Diana est incertaine concernant son retour au travail. L'ambivalence est palpable par rapport à la décision à prendre et suscite un certain déchirement. Bien entendu, la précarité financière alimente le sentiment d'incertitude à long terme à la fois chez Pénélope et Diana. Il est parfois laborieux de déterminer avec exactitude si les sentiments d'incertitude et d'ambivalence sont des facteurs qui prédisposent au trouble dépressif ou s'ils constituent des séquelles de ce trouble. Joffe et Levitt (1998) évoquent à ce propos le cercle vicieux de la dépression.

La culpabilité ressentie par la personne présentant un trouble dépressif est d'ores et déjà reconnue dans la littérature (Muckle, 2001; Townsend, 2004). Chez Pénélope et Diana, ce sentiment est attribuable au fait qu'elles ne sont plus en mesure d'assumer la majorité de leurs rôles professionnels, familiaux et sociaux. Elles se sentent coupables d'être malades et de prendre des médicaments qui sont dispendieux, d'être

incapables de travailler à l'extérieur mais également de ne pouvoir entretenir la maison, de cuisiner et de faire le magasinage.

- Symptomatologie psychologique et physique : Les répondantes souffrent de divers problèmes de santé physiques qui ont des répercussions sur leur santé mentale. Pénélope est physiquement plus affligée. Elle est consciente que ses malaises articulaires et cutanés n'iront pas en s'améliorant. Townsend (2004) et Varcarolis (2002) signalent que la prévalence du trouble dépressif augmente s'il y a présence de pathologies physiques. Pour ce qui est de Diana, la chirurgie pour l'exérèse d'un kyste gangrené derrière l'oreille n'a pas été une sinécure, mais le reste de ses symptômes physiques sont psychosomatiques, ce qui est fréquent lors d'un trouble dépressif (Joffe et Levitt, 1998).

- Perturbation des activités de la vie quotidienne (AVQ) : Les tâches domestiques, comme le ménage, la lessive et l'épicerie, sont devenues un fardeau, en particulier pour Diana. Elle se qualifie de « pas vaillante » à maintes reprises. Les deux répondantes n'ont pas adopté une quelconque forme d'exercice durant leur convalescence, même si elles en ont appris les bienfaits. Suite à son étude phénoménologique sur l'expérience de femmes aux prises avec la dépression, Rhea (1989) a classifié l'exercice physique comme étant une méthode « activante » pour composer avec le trouble dépressif, mais avoue cependant que peu de sujets s'y adonnent vraiment.

- Décès de la mère : Pénélope et Diana ont vécu le décès de leur mère, la première d'un cancer et la seconde, d'un suicide. Pénélope s'entendait bien avec sa mère, alors que Diana était à couteaux tirés avec la sienne. Même si le scénario est complètement opposé, il n'en demeure pas moins que cette perte est un facteur, parmi d'autres, qui a entretenu le trouble dépressif chez ces deux sujets. Cela rejoint le schème de pensée de Çirakoglu, Dogan et Demirutku (2003) qui révèlent, dans leur étude, qu'un décès dans la famille proche s'avère une perte susceptible de causer ou d'alimenter un trouble dépressif.

Unité d'analyse : le besoin d'apprendre en ce qui a trait à leur maladie

- Information sur la dépression et son traitement : Pénélope et Diana ont ressenti le besoin d'apprendre à propos de leur trouble dépressif. Elles considèrent que l'enseignement reçu a été bénéfique, mais elles auraient aimé en savoir davantage. Pénélope a appris à reconnaître ses limites, à s'affirmer et à dire non. Elle a apprécié les vidéos qui furent des outils d'apprentissage pertinents. Ceci rejoint l'optique de Robinson *et al.* (1997) qui soulignent que des films et des brochures ont joué un rôle significatif dans l'amélioration du trouble dépressif chez leur échantillon de sujets. Pénélope déplore quelque peu le manque d'enseignement individuel ou de groupe reçu à l'hôpital. Peu de choses lui ont été proposées. Le personnel doit voir au plus pressé, ce qui gruge dans le temps normalement alloué à l'enseignement. Ces propos tendent à confirmer la réalité du virage ambulatoire. De fait, les hospitalisations psychiatriques consistent, pour la majorité, en des cas aigus qui doivent être stabilisés, comme des tentatives de suicide ou des psychoses aiguës. La nouvelle mentalité en matière de soins de santé penche en faveur que dès la crise contrôlée, le patient devrait quitter. Rien d'étonnant que cela entraîne le syndrome de la porte tournante (Townsend, 2004).

Pour Pénélope, l'expérience de l'hospitalisation s'est avérée positive. Elle s'est sentie en sécurité, bien encadrée et respectée, alors que dans l'étude de Cutting et Henderson (2002), les femmes révèlent davantage d'éléments négatifs (par exemple : déshumanisation, stigmatisation, impuissance, manque d'intimité) que positifs lors de leur séjour dans une aile psychiatrique. Quant à Diana, une période d'adaptation fut nécessaire avant que l'apprentissage puisse se produire au Centre de Jour. Sa concentration et sa mémoire furent également altérées en cours de thérapie. Elle a pu relativiser et individualiser l'enseignement reçu. Toutefois, elle indique que sa thérapie de groupe n'a pas répondu à tous ses besoins. Elle veut être mieux outillée pour son retour au travail. Pourtant, Scott et Watkins (2004) dévoilent que la psychothérapie semble être efficace, du moins partiellement, pour traiter le trouble dépressif, surtout si la personne prend des antidépresseurs.

- Stratégies de récupération : Au cours de son hospitalisation, Pénélope a fait l'apprentissage que chacun réagit à sa manière devant une situation similaire, étant donné que le *coping*, défini comme étant les efforts

cognitifs et comportementaux déployés par une personne pour composer avec une situation stressante (Lazarus et Folkman, 1984), diffère d'un individu à l'autre. Elle est plus ouverte en ce qui a trait à ses tracas financiers et à la frustration d'être sans emploi. Pénélope met dorénavant en perspective les situations problématiques au lieu de faire de l'évitement. Pénélope comprend la nécessité des antidépresseurs pour sa convalescence et accepte d'emblée cette prise de médication. Rhea (1989) classe cette façon de s'adapter dans la catégorie des techniques de résolution de problèmes. Diana, de son côté, mentionne prendre du temps pour soi afin de récupérer. Elle cible les loisirs qu'elle affectionne, ce qui suit le schème de pensée de Çiragöglu *et al.* (2003) qui dévoilent que les hobbies furent une composante curative de la dépression dans leur étude. Diana verbalise néanmoins que sa santé, tant au plan physique que mental, ne s'améliore pas tellement. Pourtant moins hypothéquée physiquement que Pénélope, elle est plus pessimiste que cette dernière et cette cognition négative semble nuire à sa convalescence. Un des aspects positifs de la thérapie de groupe fut la prise de conscience qu'elle n'est pas la seule à vivre des choses tragiques, et ce, même si chaque membre du groupe fait face à des problèmes différents. Ce concept, appelé universalité, constitue un des principes de base des groupes de thérapie, qui génère en quelque sorte un sentiment d'appartenance et peut favoriser, par exemple, l'acceptation d'un problème de santé, (Varcarolis, 2002). Diana semble moins répondre aux antidépresseurs. Garland et Scott (2002) font état que cette médication démontre peu d'efficacité chez 35 à 40 % de la population. Svedberg, Jormfeldt et Arvidsson (2003) ont tenté de démontrer que l'expérience vécue de la maladie mentale devrait se résumer en un sentiment d'habilitation chez les sujets, mais leurs résultats réfutent quelque peu leur prédiction. Pénélope, bien qu'encore fragile, semble maintenant capable de reconnaître et de miser sur ses forces intérieures, alors que cela reste à voir pour Diana. Tout bien pesé, Pénélope fait preuve d'une meilleure auto-prise en charge de sa santé et de sa vie en général.

Unité d'analyse : la qualité de vie

- Santé : La santé est la priorité numéro un en tant que critère à une bonne qualité de vie pour Pénélope, car elle conçoit que diverses dimensions de sa vie découlent d'une santé adéquate, telles que

l'autonomie à faire les choses à son rythme, la capacité de travailler à l'extérieur et de pratiquer certains loisirs. Pour Pénélope, la dégradation de sa santé physique a miné son moral. Pour sa part, Diana considérait que sa qualité de vie était meilleure avant son trouble dépressif, car elle était plus fonctionnelle dans ses activités de la vie quotidienne. La qualité de vie, souvent définie comme l'état de santé tel que perçu par le sujet est, de façon inhérente, très subjective (Ferrans, 1990).

- Travail : Le travail arrive en deuxième position pour une qualité de vie adéquate pour Pénélope. La souffrance psychologique liée à la fermeture de son entreprise et à l'impossibilité de se trouver un emploi est indubitable. Elle parle de « hache dans le cœur », de grosse défaite et même de honte. Elle trouve plus difficile de mentionner qu'elle n'a pas d'emploi que d'avouer qu'elle a fait une tentative de suicide, ce qui n'est pas peu dire ! Pénélope ne se perçoit pas comme invalide, malgré la chronicité de sa condition physique. Quant à Diana, l'appréhension est grande en regard du retour au travail. Le harcèlement de la part de son patron est en majeure partie à l'origine de son désarroi affectif.

- Amis : Un petit cercle d'amis constitue le troisième élément pour la qualité de vie de Pénélope. Une multitude de relations sociales lui importe peu. Quelques bons amis font l'affaire. Or, une difficulté rencontrée par Pénélope suite à sa tentative de suicide fut justement le renouement social. De fait, ses camarades étaient quelque peu gênés envers elle et ne savaient pas trop comment l'approcher et quoi lui dire. Cette attitude est fréquente après un tel drame (Varcarolis, 2002). Bien que Pénélope ne fasse de reproches à personne, elle concède qu'une oreille attentive prête à écouter la même rengaine aurait été appréciée. À cet effet, Nandrino (1999) spécifie que les femmes qui ont des confidents résistent mieux aux événements perturbateurs.

- Argent : Pénélope et Diana sont aux prises avec des difficultés financières occasionnées par la maladie. Pénélope, étant donné qu'elle était travailleuse autonome, n'a pas eu droit au chômage, alors que Diana avait une assurance salaire à revenu moindre et elle a accusé du retard dans ses prestations. Ce bris monétaire a eu des répercussions, comme la cessation de la prise de médication antidépressive à maintes reprises. L'épicerie et les grosses factures, comme les taxes foncières, sont des soucis constants. Artazcoz *et al.* (2004) soulèvent que les problèmes

d'argent peuvent être associés à des symptômes dépressifs et affecter la qualité de vie.

- Être utile : Pénélope souligne que chaque jour où elle ne fait rien constitue une journée perdue. Elle mentionne plusieurs fois qu'elle ne vaut rien, étant donné qu'elle ne travaille pas. À la longue, son sentiment d'inutilité l'a tellement consumée qu'elle a voulu en finir. Pénélope réclame quelque chose à faire, et ce, tant qu'elle sera capable de se mobiliser. De son côté, Diana estime nécessaire de se sentir utile pour sa qualité de vie. Elle a de la difficulté à composer avec la léthargie du trouble dépressif. Elle n'aime pas être obligée de se « pousser dans le dos » pour la moindre petite vétille. Les réflexions de ces deux femmes nous ramènent au concept d'auto-efficacité (Manber *et al.*, 2003).

- Soutien : Pénélope reçoit du soutien émotif de son conjoint. Ses amis ne sont pas toujours aussi disponibles qu'elle le voudrait, en raison du rythme trépidant de la vie. Pour Diana, il est difficile pour son mari invalide de lui offrir un soutien tangible par rapport au harcèlement subi, en lui proposant, par exemple, de quitter son emploi. Sa position précaire au niveau financier (i.e. petite pension d'invalidité) ne lui laisse pas tellement de marge de manœuvre. Diana n'a pas eu le courage de dénoncer ce harcèlement.

- Un jour à la fois : Pénélope mentionne la prière de la sérénité durant l'entrevue. Au lieu de prévoir six mois à l'avance et de s'en faire pour des choses qui risquent fort de ne point se produire, elle vit maintenant un jour à la fois et fait confiance au destin. Ses pensées sont plus optimistes. Ces stratégies, du domaine cognitif, enclenchent un mécanisme pour contrecarrer le négativisme, comme le signale Peden (1994). Pénélope croit que les médicaments y sont pour quelque chose. Elle parle du « baume » qui est là plus rapidement, c'est-à-dire qu'un problème va moins la démolir. Chez Diana, une distorsion cognitive négative est évidente, ce qui entrave son rétablissement. Au lieu de focaliser son énergie sur l'ici et le maintenant (*here and now*), sa vision des événements tend vers la rumination. Par exemple, elle appréhende son retour au travail. Somme toute, Pénélope semble mieux récupérer de son trouble dépressif que Diana qui est encore mélancolique, voire quelque peu morose.

Les tableaux 2 et 3 font la synthèse des thèmes en faisant respectivement état des similarités et des divergences dans les deux études de cas.

Tableau 2 : Résumé des similarités dans les deux études de cas

Étude de cas de Pénélope	Étude de cas de Diana
Répondante hospitalisée	Répondante suivie au Centre de Jour
mariée depuis 25 ans	mariée depuis 34 ans
sentiment d'inutilité très intense	sentiment d'inutilité présent (mais moins intense)
sous médication (antidépresseurs, somnifères)	sous médication (antidépresseurs, anxiolytiques)
problèmes financiers (mais conjoint travaille)	problèmes financiers (conjoint invalide)
symptômes dépressifs présents	symptômes dépressifs présents
décès de sa mère il y a deux ans	décès de sa mère il y a cinq ans

D'après leur compte-rendu *in extenso* et suite à l'analyse de contenu, nous arrivons au constat que Pénélope a surtout opté pour des stratégies de récupération cognitives – telles la prise de conscience de sa situation de vie et de santé, la réflexion sur le sens à donner à sa vie, une remise en question de croyances contraignantes à sa situation de santé et une confrontation de ses problèmes au lieu de les éviter – stratégies qui furent adéquates dans l'ensemble. Quant à Diana, les stratégies comportementales – telles la lecture, les mots croisés, la télévision comme loisirs et le laisser-aller par rapport aux travaux domestiques - étaient au premier plan et furent d'emblée moins efficaces. Ces résultats vont dans le même sens que ceux de Peden (1994). Les deux répondantes ont effectué peu de recherche d'information sur leur trouble dépressif, bien qu'elles furent loin d'être réfractaires aux savoirs qui leur ont été enseignés par les

professionnels de la santé. Souvent, elles n'ont pas osé demander, alors les membres de l'équipe de santé ont pu croire à tort que certains besoins d'apprentissage étaient satisfaits.

Tableau 3 : Résumé des divergences dans les deux études de cas

Étude de cas de Pénélope	Étude de cas de Diana
Répondante hospitalisée sans enfants (accepte bien cette situation)	Répondante suivie au Centre de Jour deux enfants
sans emploi (tragique pour elle)	difficultés au travail et harcèlement (patron)
problèmes physiques graves (arthrite, psoriasis, diabète)	maux physiques sont psychosomatiques
conjoint en bonne santé	problèmes cardiaques du conjoint la préoccupe
a fait tentative de suicide	n'a pas d'idéation suicidaire
avait bonne relation avec sa mère	relation avec sa mère était conflictuelle
pas de psychothérapie individuelle (pas d'assurance)	psychothérapie individuelle (car assurance)
petit cercle d'amis important pour elle	très peu d'amis et s'en accommode
volubile et plutôt extravertie	moins loquace et davantage introvertie
facilité à se confier	plus réservée et discours moins élaboré

Les deux études de cas ont démontré que l'auto-prise en charge des besoins physiques, psychosociaux et d'apprentissage, bien qu'elle soit un peu laborieuse, est quand même amorcée chez les deux répondantes.

Visiblement, la convalescence s'avère lente, mais empreinte de bonne volonté. Cet argument favorable devrait contribuer à démanteler certaines convictions ancrées chez le commun des mortels à l'effet que la personne présentant un trouble dépressif est faible de caractère, ne veut pas faire d'efforts pour s'aider et ne veut pas s'en sortir (Joffe et Levitt, 1998; Nandrino, 1999). Il faut démystifier cette problématique de santé mentale qu'est la dépression afin de la rendre moins taboue et moins enkystée de stigmates difficiles à ébranler.

La santé, comme il le fut dévoilé dans les deux études de cas, mais plus particulièrement chez Pénélope, est souvent synonyme de qualité de vie. Somme toute, les entrevues ont eu un effet apaisant et cicatriciel chez Pénélope et Diana. Tel que mentionné par Murray (2003), les entrevues avec des gens vivant une situation de vie délicate ont des bénéfices thérapeutiques.

Tout compte fait, ce volet qualitatif a renforcé plusieurs données quantitatives recueillies dans l'étude plus vaste auprès des 30 femmes, notamment le besoin d'apprendre à mieux gérer la fatigue, l'épuisement et le stress. De plus, une diminution de la qualité de vie se reflète dans le manque d'énergie nécessaire pour les activités quotidiennes et le degré de maîtrise exercée sur leur vie qui fait défaut. Finalement, l'apparition du trouble dépressif gravite autour de l'emploi et des difficultés financières pour la majorité des femmes de l'échantillon, comme ce fut le cas pour les deux études de cas.

Bibliographie

- Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C., et Cortez, I. (2004). Unemployment and mental health : Understanding the interactions among gender, family roles and social class. *American Journal of Public Health*. 94.82-88.
- Barker, P. (2003). *Psychiatric and mental health nursing : the craft of caring*. Londres : Arnold.
- Belle, D., et Doucet, J. (2003). Poverty, inequality and discrimination as sources of depression among U.S. women. *Psychology of Women Quarterly*. 27.101-113.

- Blehar, M. C., et Keita, G. W. (2003). Women and depression : A millennial perspective. *Journal of Affective Disorders*. 74.1-4.
- Boyd, M. A. (2005). *Psychiatric nursing : Contemporary practice*. (3^e éd.). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Chalifour, J. (2000). *L'intervention thérapeutique. Volume I : Les fondements existentiels-humanistes de la relation d'aide*. Montréal : Gaétan Morin.
- Charon, A. (2005). *Besoins d'apprentissage et qualité de vie de femmes présentant un trouble dépressif*. Thèse de doctorat. Université de Montréal.
- Çirakoglu, O. C., Dogan, K., et Demirutku, K. (2003). Lay theories of causes and cures for depression in a Turkish university sample. *Social Behavior and Personality*. 31.795-806.
- Cutting, P., et Anderson, C. (2002). Women's experiences of hospital admission. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 9.705-712.
- Endler, N. S., Macrodimitris, S. D., et Kocovski, N. L. (2003). Anxiety and depression : congruent, separate or both? *Journal of Applied Biobehavioral Research*. 8.42-60.
- Ferrans, C. E. (1990). Quality of life : conceptual issues. *Seminars in Oncology Nursing*. 6.248-254.
- Garland, A., et Scott, J. (2002). Cognitive therapy for depression in women. *Psychiatric Annals*. 32.465-476.
- Hammen, C. (2003). Interpersonal stress and depression in women. *Journal of Affective Disorders*. 74.49-57.
- Harris, T. (2003). Depression in women and its sequelae. *Journal of Psychosomatic Research*. 54.103-112.
- Huberman, A. M., et Miles, M. B. (1991). *Analyse des données qualitatives : recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles : DeBoeck-Wesmael.
- Joffe, R., et Levitt, A. (1998). *Conquérir la dépression*. Hamilton, ON : Empowering Press.

- Kessler, R. C. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*. 74.5-13.
- Kornstein, S. G. (2002). Chronic depression and women. *Journal of Clinical Psychiatry*. 63.602-609.
- Lazarus, R. Z., et Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York : Springer.
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G., et Boutin, G. (1996). *La recherche qualitative : fondements et pratiques*. (2^e édition). Montréal : Éditions Nouvelles.
- Manber, R., Chambers, A. S., Hitt, S., McGahuey, C., Delgado, P., et Allen, J. J. (2003). Patients' perception of their depressive illness. *Journal of Psychiatric Illness*. 37.335-343.
- Muckle, Y. (2001, mai). Dévorés par le boulot? *L'Actualité*. 26:7.23-24,28,30,32-34.
- Murray, B. L. (2003). Qualitative research interviews : Therapeutic benefits for the participants. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 10.231-238.
- Nandrino, J.-L. (1999). *Comprendre et accompagner la personne dépressive*. Paris : Gaétan Morin Éditeur Europe.
- Parker, G., et Hadzi-Pavlovic, D. (2001). Is any female preponderance in depression secondary to a primary female preponderance in anxiety disorders? *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 103.252-256.
- Peden, A. R. (1994). Up from depression : Strategies used by women recovering from depression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 1.140-146.
- Rhea, M. H. (1989). *Women's explanations for depression*. Thèse de doctorat non-publiée, University of Utah.
- Robinson, P., Katon, W., Von Korff, M., Bush, T., Simon, G., Lin, E., et Walker, E. (1997). The education of depressed primary care patients : what do patients think of interactive material and videos? *The Journal of Family Practice*. 44.562-571.
- Scott, J., et Watkins, E. (2004). Brief psychotherapies for depression : current status. *Current Opinion in Psychiatry*. 17.3-7.

- Statistique Canada (1996). *La dépression : rapport sur la santé*. 7:4.11-25.
- Statistique Canada et Santé Canada (1999). *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*. Ottawa : Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population.
- Svedberg, P., Jormfeldt, H., et Arvidsson, B. (2003). Patients' conceptions of how health processes are promoted in mental health nursing : a qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 10.448-456.
- Townsend, M. C. (2004). *Soins infirmiers : psychiatrie et santé mentale*. Saint-Laurent, QC : Éditions du Renouveau pédagogique (ERPI).
- Van der Maren, J.-M. (1995). *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Varcarolis, E. M. (2002). *Foundations of psychiatric mental health nursing : a clinical approach*. (4^e édition). Philadelphia : W.B. Saunders.