

Université de Montréal

Logiques sociales de recours aux antidépresseurs : le cas de la rupture conjugale

par
Martin Beaulieu

Département de sociologie
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M. Sc.)
en sociologie

décembre 2008

© Martin Beaulieu, 2008

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire de maîtrise intitulé :
Logiques sociales de recours aux antidépresseurs : le cas de la rupture conjugale

présenté par :
Martin Beaulieu

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Céline Lafontaine
présidente-rapporteuse
Département de sociologie, Université de Montréal

Johanne Collin
directrice de recherche
Faculté de pharmacie, Université de Montréal

Eric Gagnon
membre du jury
Centre de Santé et de Services Sociaux de la Vieille-Capitale
Département de médecine sociale et préventive, Université Laval

RÉSUMÉ

La dépression et l'antidépresseur, phénomènes plus vastes, plus complexes que l'ordre biomédical ne l'entend, répondent à des logiques qui dépassent les seules considérations organiques, corporelles. Certaines recherches montrent d'ailleurs que ces deux entités sont autonomes l'une de l'autre, signifiant que les antidépresseurs sont prescrits pour des raisons indépendantes de la prévalence de problèmes de santé mentale. C'est dans cette optique que, dans ce mémoire, nous examinons les raisons pour lesquelles les individus ont recours aux antidépresseurs suite à une rupture conjugale. C'est à l'aide des récits de huit femmes ayant pris des antidépresseurs suite à une rupture conjugale qu'on a donc investigué les rouages du recours à ces médicaments. À la lumière des résultats, on observe effectivement que la prise d'antidépresseurs semble répondre à une logique qui soit extra-médicale. D'abord par le constat que seules trois d'entre ces huit femmes ont justifié leur prise d'antidépresseurs par la réception d'un diagnostic formel de dépression. Ensuite, par la découverte qu'elle se déploie essentiellement selon une double symbolique au centre duquel prime le lien social. En effet, on a recours aux antidépresseurs suite à une rupture conjugale parce qu'ils sont à la fois l'incarnation d'un lien de confiance avec un être semblable à soi, empathique, le médecin, et le symbole d'un retour à la vie dite 'normale' où les manières d'être et d'interagir sont conformes à celles du groupe auquel on s'identifie. On croit que l'importance accordée à la confiance au médecin et à la normalisation quant au recours à l'antidépresseur témoignent du resserrement des liens d'identification propre à l'individualisme contemporain lesquels, en opposition aux grands récits de jadis, sont désormais axés sur une intimité de valeurs et d'objectifs entre semblables.

mots clés : antidépresseur, dépression, rupture conjugale, rupture biographique, femmes, lien social, représentations du médicament

ABSTRACT

Depression and antidepressants are far more complex phenomena than the biomedical order pretends. Some research shows that these two entities are independent from one another, meaning that antidepressants are prescribed for reasons independent of mental health problems. In this master's thesis we examine why individuals have recourse to antidepressants following a relationship break-up; the relationship (marital or not) break-up being a critical situation associated with the prevalence of depression.

Eight women who took antidepressants following a relationship break-up were interviewed for this study. The findings show that the recourse to antidepressants appears to respond to a logic that is non-medical. First, by the fact that only three of the eight women interviewed justified their recourse to antidepressants by receiving a diagnosis of depression. Second, by the discovery that these women relied on antidepressants because they are the embodiment of a relationship of trust with someone familiar to themselves, the doctor, and the symbol of a return to a 'normal' life.

keywords : antidepressants, depression, relationship break-up, biographical disruption, women, social bond, drug representation, meaning.

TABLE DES MATIÈRES

résumé	iii
abstract	iv
remerciements	7
introduction	8
1. problématique.....	10
1.1 dépression, incertitude biochimique.....	11
1.2 (in)efficacité des antidépresseurs	11
1.3 construction de l'antidépresseur : construction de la dépression	13
1.4 autonomie prescription–santé mentale.....	15
2. cadre conceptuel.....	17
2.1 rupture conjugale et dépression.....	17
2.2 rupture conjugale comme rupture biographique	20
2.3 médicalisation de l'existence	23
2.4 les pratiques de prescriptions et la relation thérapeutique	24
2.4.1 pratiques de prescription : irrationalité	25
2.4.2 la relation thérapeutique : autorité et partenariat.....	27
2.5 représentation du médicament	34
2.5.1 l'entité chimique : l'action du médicament.....	35
2.5.2 l'entité culturelle : l'effet du médicament	37
2.6 le lien social : intériorisation de manières d'être	38
3. choix méthodologiques	43
3.1 stratégie d'échantillonnage.....	43
3.1.1 femmes	43
3.1.2 critères d'échantillon.....	44
3.1.3. sources du recrutement.....	44
3.2 description de l'échantillon.....	45
3.3. caractéristiques de l'échantillon.....	47
3.4. collecte de données	48
3.5. analyse.....	50
4. résultats – présentation des trajectoires.....	51
4.1 les 'laissantes' et les 'laissées' : résumé des trajectoires et précisions	51
4.2 les femmes 'laissantes' (artemisía, chiara, consuelo, dolores).....	54
4.2.1 le lien social problématique	54
4.2.2 la rupture biographique	56
4.2.3 les stratégies thérapeutiques.....	62
4.2.4 la rupture conjugale.....	68
4.2.5 les stratégies thérapeutiques.....	70
4.2.6 le rapport biographique	73
4.2.7 le lien conjugal	75
4.2.8 la zone sursitaire.....	77
4.3 les femmes 'laissées' (odessa, ofelia, paloma, urania).....	78
4.3.1 la rupture biographique	78
4.3.2 les stratégies thérapeutiques.....	81
4.3.3 le rapport biographique	85

4.3.4 le lien conjugal	87
4.3.5 la zone sursitaire.....	87
4.4 l'antidépresseur	89
4.4.1 la représentation	89
4.4.2 la prescription.....	92
4.4.3 les effets	97
4.4.4 l'arrêt	101
5. discussion	104
5.1 de l'exclusion à l'inclusion : la trajectoire thérapeutique	105
5.1.1 la souffrance de l'exclusion : une dynamique centripète-centrifuge.....	107
5.1.2 l'antidépresseur comme stratégie thérapeutique : une volonté d'inclusion... mais aussi de distinction	110
5.2 la trajectoire de la rupture biographique comme révélatrice d'une totalité relationnelle.....	112
5.2.1 l'individu : un réseau d'interdépendances.....	113
5.2.2 la rupture biographique : un déséquilibre de la configuration	114
5.2.3 la rupture conjugale et les stratégies thérapeutiques : une question de contrôle	115
5.2.4 la souffrance sociale.....	117
5.3 la trajectoire thérapeutique, le recours à l'antidépresseur : un rapport de confiance et un désir de normalisation	118
5.3.1 le rapport de confiance	119
5.3.2 un désir de normalisation	123
5.4 le lien conjugal contemporain : un accomplissement de soi.....	127
conclusion	129
bibliographie	133
annexe	141

REMERCIEMENTS

J'aimerais avant tout remercier ma chère directrice, Johanne Collin, résolument une chercheuse passionnée. Disons-le, sa grande ouverture d'esprit est plaisante. Aussi aussi, il ne faut pas oublier mes collègues du MÉOS, spécialement mes complices du local 3175, Andréanne Robitaille et Catherine Pelletier. Je n'en dis pas plus, le reste c'est entre nous. Évidemment, parents et amis, vous savez qui vous êtes, et ces valeureuses femmes qui ont bien voulu partager des pans intimes et parfois douloureux de leur vie avec un 'pur' inconnu, un homme de surcroît. Enfin, je vous remercie vous qui lisez ce remerciement. Ce, même si c'est la seule chose que vous lisez. Merci.

INTRODUCTION

L'acception courante de la dépression voulant qu'elle soit essentiellement un déséquilibre biochimique du cerveau est mise à mal lorsqu'on regarde plus attentivement les faits l'entourant. On se rend d'emblée compte qu'il y règne une grande incertitude quant à ces 'faits' associant la dépression à un quelconque déséquilibre chimique du cerveau. Non seulement les chercheurs n'ont-ils pas encore trouvé de liens directs prouvant celui-ci mais aussi réalise-t-on que cette notion de déséquilibre, comme l'ensemble des savoirs, émane d'une certaine construction où des enjeux professionnels, économiques et sociaux sont impliqués. Ainsi, assurément, la dépression n'est pas qu'un déséquilibre biochimique. Incidemment, la même chose peut être dit de l'antidépresseur : les nombreuses méta-analyses confirment l'indétermination biochimique en ce qu'elles démontrent la très relative efficacité des antidépresseurs. Tout ce doute entourant la dépression et l'antidépresseur se trouve soutenu voire consacré lorsqu'on jette un coup d'œil aux raisons de prescription des médicaments psychotropes, lesquelles s'avèrent être indépendantes de la prévalence des problèmes de santé mentale : en effet, on prescrit des médicaments psychotropes pour des raisons qui sont d'abord sociales, plus que biomédicales. Cette découverte fait dès lors surgir un phénomène intéressant d'autonomie entre ces deux entités, cette prévalence de problèmes de santé mentale et la prise de médicaments psychotropes. Afin de jeter un peu plus de lumière sur cette supposée autonomie, on a décidé d'étudier le recours à l'antidépresseur à partir d'un événement de vie 'critique'. C'est pourquoi on a choisi la rupture conjugale : en plus de regrouper le couple dépression-antidépresseurs, sa 'qualité' de situation critique, pouvant exacerber voire révéler des pratiques difficilement observables dans un contexte 'normal', nous permettra d'investiguer le recours à l'antidépresseur, de mieux en comprendre les rouages et conséquemment d'en connaître un peu plus sur cette autonomie susmentionnée.

Ainsi, après avoir passé en revue dans la problématique (Chapitre 1) la complexe et indéterminée question de la dépression et de l'antidépresseur, on verra dans le cadre conceptuel (Chapitre 2) l'existence d'une association, somme toute hétéroclite, de la rupture conjugale à la dépression. Ensuite, il sera démontré comment la rupture conjugale en tant que 'situation critique' sous-tend l'existence d'une rupture biographique, en ce qu'elle constitue un chambardement du cours 'normal' de la vie nécessitant de repenser le rapport à soi et à autrui. Après, de manière à élargir

la perspective, on regardera comment la pratique de prescription s'avère être un tableau multifactoriel qui implique un amalgame de savoirs scientifiques, sociaux, sur le client et expérientiels; comment la relation thérapeutique est un mélange d'autorité et de partenariat et plus particulièrement comment la confiance, laquelle se trouve être le moteur de la relation thérapeutique, influe sur le recours aux médicaments. Dans un même ordre d'idée, on s'intéressera par la suite à la représentation qu'ont les individus du médicament, une représentation qui se fait en fonction de sa double personnalité, à la fois entité chimique et culturelle. Finalement, dans la veine des représentations, on jettera un coup d'œil sur l'importance du lien social dans la constitution biographique des individus, de quelle manière les individus cherchent toujours à s'adjoindre à autrui. Le troisième chapitre abordera les choix méthodologiques et dressera un portrait sommaire des participantes à la recherche. Dans le quatrième chapitre on présentera les résultats de notre analyse des récits des femmes participantes en exposant leurs trajectoires de rupture conjugale, biographique et thérapeutique. Enfin, dans le cinquième chapitre, on analysera ces trajectoires et ferons la démonstration que les femmes se trouvent dans un perpétuel rapport à autrui et que leur recours aux antidépresseurs découle de la place capitale qu'occupe le lien social dans leurs existences.

1. PROBLÉMATIQUE

Ce mémoire s'est donné comme mission de contribuer à jeter davantage de lumière sur la complexe question contemporaine et occidentale de la prise d'antidépresseurs. La réflexion part de l'éloquence des statistiques lesquelles montrent que la prescription d'antidépresseurs est un phénomène en pleine explosion. Au Canada, sur une période d'une vingtaine d'années, entre 1981 et 2000, le nombre de prescriptions d'antidépresseurs croît à un rythme moyen d'augmentation annuelle de 16,8%, passant de 3,2 à 14,5 millions¹. L'entrée sur le marché en 1989 des ISRS (Inhibiteur Sélectif de la Recapture de Sérotonine) serait en partie responsable de cette augmentation fulgurante; alors qu'en 2002, ils occupent déjà une part de marché de 46,3% (Hemels *et al*, 2002), en 2005 c'est 81% de tous les antidépresseurs prescrits qu'ils représentent (IMS, 2005). De plus, simultanément à cette montée de la prescription, on note la croissance importante du diagnostic de dépression... En 2001, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) annonce que la dépression est devenue la principale cause d'incapacité en Occident. En date de 2002, Santé Canada estimait que 3,4 millions de Canadiens souffraient de troubles dépressifs (Santé Canada, 2002), une augmentation de près de 40% depuis 1995. Des chiffres plus récents avancent qu'au Canada, annuellement, plus d'un million de personnes vivent un épisode dépressif majeur (Patten & Juby, 2008). De plus, « de récentes estimations démontrent qu'environ un Canadien sur dix a vécu un épisode dépressif majeur à un moment donné de sa vie (prévalence à vie = 10 %-12 %); un sur vingt, au cours d'une année (prévalence annuelle = 4 %-5 %); enfin, un sur cinquante, à un moment précis (prévalence ponctuelle = 2 %) » (Patten 2005 dans Patten & Juby, 2008).

Ces statistiques sidérantes suscitent maintes interrogations quant à l'adéquation du couple prescription d'antidépresseur-dépression, notamment celle de se demander si la première est tributaire de la seconde. Et effectivement, lorsqu'on en investigate les rouages, au-delà de son inhérente complexité, on constate l'incertitude de la liaison : d'abord que la notion de dépression comme déséquilibre biochimique est nettement questionnée. Ensuite, que l'efficacité de

¹ ce alors que pendant ces vingt années la population ne croît que de 1%.

l'antidépresseur demeure non prouvée, qu'en substance le couple dépression–antidépresseur relève de multiples forces sociales, professionnelles, économiques qui dépassent largement sa simple et hypothétique existence biomédicale.

1.1 DÉPRESSION, INCERTITUDE BIOCHIMIQUE

L'acception populaire et généralisée du couple dépression–antidépresseur comme (dés)équilibre biochimique du cerveau, qui repose sur le modèle biomédical de la maladie comme processus essentiellement organique (Laplantine, 1986), est fortement remise en question (Moncrieff & Cohen, 2006). Les études indiquent toujours l'existence d'une 'incertitude biochimique'. C'est ainsi que la genèse même du savoir associant la dépression à un certain déséquilibre chimique du cerveau reposerait selon certains chercheurs sur une construction somme toute arbitraire : Leo & Lacasse (2008) dans leur recherche sur la prédominance de la thèse du déséquilibre chimique du cerveau dans les médias, font la démonstration que cette théorie en serait venue à sa véritable consécration lorsqu'on observa, au milieu des années 1960, qu'un médicament nommé '*reserpine*' catapultait certains des individus que le prenait dans des états dépressifs. Des tests subséquents sur des lapins montrèrent que la '*reserpine*' causait une baisse de la sérotonine. C'est ainsi que dans une logique primaire on associa les deux faits l'un à l'autre et proclama pour la première fois que la dépression était le résultat d'un manque de sérotonine (Leo & Lacasse, 2008 : 35-36). Encore aujourd'hui, d'autres études (Hirschfeld, 2000) confirment que les origines biologiques de la dépression ne sont toujours pas prouvées; Bien que l'on soit sur des pistes, on ne parle que de liens indirects entre un déséquilibre biochimique et la dépression. Parlant de la théorie voulant que la dépression soit une insuffisance de sérotonine et/ou de noradrénaline, Hirschfeld (2000 : 4) affirme : « In its original form it is clearly inadequate, as it does not provide a complete explanation for the actions of antidepressants, and the psychopathology of depression itself remains unknown. »

1.2 (IN)EFFICACITÉ DES ANTIDÉPRESSEURS

De fait, les dernières méta-analyses attestent le caractère peu convaincant des tests cliniques quant à l'efficacité des antidépresseurs (Kirsch *et al*, 2002, 2008; Moncrieff & Kirsch,

2005). Dans une méta-analyse concernant l'efficacité clinique des six antidépresseurs les plus prescrits aux États-Unis entre 1987 et 1999, Kirsch *et al* (2002) rapportent que les « pharmacological effects of antidepressants are clinically negligible », relevant qu'une minime différence significative de deux points sur l'échelle de dépression Hamilton (Hamilton Depression Scale) sépare l'antidépresseur du placebo. D'après les chercheurs, cette différence pourrait aussi bien être un effet pharmaceutique tout comme il serait possible qu'elle résulte d'un artéfact des tests cliniques. En se basant sur une méta-analyse réalisée par l'organisme indépendant britannique National Institute for Clinical Excellence (2004) qui recommandait l'utilisation de ISRS comme traitement à privilégier dans le cas de dépressions modérées et sévères, Moncrieff & Kirsch (2005) en viennent à des conclusions similaires : les récentes méta-analyses montrent que les ISRS ne se démarquent pas significativement des placebos, peu de preuves soutiennent les déclarations voulant que les antidépresseurs soient plus efficaces dans le cas de dépressions profondes, les antidépresseurs n'ont pas démontrés d'une manière convaincante leur capacité à soigner la dépression sur le long cours. Dans une même veine, et dans une étude plus récente, Kirsch *et al* (2008), avec l'aide de l'ensemble des études cliniques soumises à la Food and Drug Administration (FDA, États-Unis) pour quatre antidépresseurs de nouvelle génération, montrent l'existence d'un lien entre la différence placebo-antidépresseur et la sévérité de l'état dépressif : la différence entre le placebo et le médicament augmenterait en fonction de la sévérité des états dépressifs, passant d'une absence de différence en cas de dépression modérée à une petite différence en cas de dépression profonde (*very severe*). À leurs dires, seule la catégorie de la dépression profonde présenterait une différence significative et l'augmentation de la différence placebo-antidépresseur serait essentiellement imputable à une diminution de la réponse au placebo plutôt qu'à l'augmentation de l'effet du médicament.

Dans une étude perspicace, Turner *et al* (2008) soulignent la nature sélective de la publication des essais cliniques sur les antidépresseurs et se demandent si cela n'aurait pas également un impact sur la perception de l'efficacité de ceux-ci. Les auteurs remarquent que la publication d'une étude est en lien avec ses résultats. Ainsi, une vaste majorité d'essais cliniques dits 'positifs', c'est-à-dire attestant de l'efficacité des antidépresseurs, est publiée alors que leurs confrères 'négatifs' non seulement sont moins publiés mais lorsqu'ils le sont, sont modifiés afin de véhiculer un aspect 'positif'. Quand on regarde les articles publiés, on croit comprendre que 94% des tests

cliniques sur l'efficacité des antidépresseurs sont 'positifs' alors que dans les faits, l'ensemble des analyses détenues par la FDA atteste plutôt d'un taux de 51% de résultats positifs.

À la lumière de l'ambiguïté biochimique et biomédicale de la dépression et de l'antidépresseur, il appert que ces entités découlent davantage de forces économiques, professionnelles et sociales que biomédicales. Ainsi, il est possible de voir comment le concept d'antidépresseur a contribué à la définition contemporaine de la dépression et qu'en somme, il existe une autonomie entre la prescription de médicaments psychotropes et les problèmes de santé mentale.

1.3 CONSTRUCTION DE L'ANTIDÉPRESSEUR : CONSTRUCTION DE LA DÉPRESSION

Moncrieff (2008)², entre autres, en s'intéressant à la venue au monde du concept 'antidépresseur', arrive à la conclusion que c'est l'idée même d'antidépresseur qui aurait renforcé l'idée de la dépression comme désordre psychique, psychiatrique, son argumentaire se basant sur la 'spécificité' du médicament. Le passage d'un modèle centré sur le médicament (*drug centered model*) à un modèle centré sur la 'maladie' (*disease centered model*) aurait ainsi mis davantage l'emphase sur la 'spécificité' du traitement, s'affairant dès lors à soigner une affection particulière (tel le déséquilibre chimique du cerveau par exemple). En ce qu'elle renverse la notion de 'normalité', cette manière de penser n'est pas bénigne : alors que dans le premier modèle, c'est le médicament qui induit un état anormal dans le corps, dans le second c'est le corps qui s'avère être anormal et le médicament, 'normalisateur'; L'historique du développement de l'antidépresseur s'inscrit dans cette optique. Afin de démontrer sa thèse, laquelle s'inscrit dans la mouvance de celle de Healy (2000), la chercheuse illustre d'abord comment la notion d'antidépresseur, en ce qui concerne l'historique du déséquilibre chimique du cerveau, se promène au fil des décennies : de médicaments dits 'stimulants' généraux dans les années 1940, la notion d'antidépresseur passe en 1950 dans le clan des médicaments stimulants

² Bien que Moncrieff soit, à l'instar de Healy (1999, 2004), sur le pôle 'radical' d'un constructivisme, d'un certain relativisme, lequel s'avère fortement critique de l'antidépresseur et interroge sévèrement la légitimité d'un positivisme biomédical, on croit néanmoins que sa vision vaut la peine d'être exposée ici en ce qu'elle fait ressortir d'une manière évidente, sans nuance certes, la convergence des influences dans la construction des savoirs.

antituberculeux : ceux-ci, surnommés '*psychic energisers*', ont des effets sur le psychisme sans pour autant en avoir sur le corps. C'est au nom de cette spécificité qu'ils détiendront un bout de temps le statut d'antidépresseur. Ensuite, lors de l'arrivée des médicaments dits sédatifs, vers la fin des années 1950, toujours au nom de la spécificité, le flambeau changera encore de camp. En effet souligne Moncrieff, ne pouvant justifier en quoi un sédatif pouvait remplir la même fonction que son contraire, c'est essentiellement au nom d'une prétendue plus grande 'spécificité' que la molécule sédatrice nommée '*imipramine*' est consacrée 'antidépresseur'. Aucun test standardisé n'ayant été effectué afin de vérifier son efficacité, sa consécration se basera sur les seuls comptes rendus, impressions, opinions des cliniciens...

Ainsi, c'est la spécificité du traitement de l'antidépresseur agissant supposément sur le psychisme qui rend dès lors la dépression spécifique, émanant d'un désordre psychique : d'après l'auteure, c'est donc l'idée que la dépression soit soignable à l'aide d'un médicament qui contribua à son existence et son acceptation officielle... C'est en effet lors de la parution du DSM III que la dépression se voit sanctifiée. S'affranchissant de ses bases psychanalytiques, le DSM III marque un tournant dans le traitement des affections mentales en se centrant désormais sur la spécificité des traitements.

Dans un effet boule de neige, l'ancrage d'une définition 'opérationnelle' de la dépression permet la création, par les compagnies pharmaceutiques, d'un marché de l'antidépresseur – on pense au geste de la compagnie Merck de promouvoir le caractère commun de la dépression en distribuant 50 000 exemplaires d'un livre de Frank Ayd '*Recognising the Depressed Patient*' prétendant de même – lequel, grâce à son succès, c'est-à-dire son utilisation massive, concoure à renforcer l'acceptation de la dépression comme problème biologique, comme déséquilibre chimique. De ce fait, avance Moncrieff (2008 : 2352), c'est le concept d'antidépresseur qui forgerait en définitive notre notion contemporaine de la dépression.

Alors en partant d'un paradigme de spécificité, on peut dès lors voir comment les divers partis participent à produire une acception de l'antidépresseur et de la dépression. On constate au travers de ce regard la multitude d'influences que subissent des entités qui, à prime abord, paraissent solidement ancrées dans l'objectivité scientifique... Les différentes forces en jeu établissent finalement des croyances, des traitements, des comportements de santé. Un mélange

de contextes sociaux, d'intérêts économiques mais aussi d'intérêts professionnels – aux dires de l'auteure, l'antidépresseur en ce qu'il ancre la dépression dans l'organisme, dans le corps, permet à la profession psychiatrique d'acquérir un statut de médecine scientifique et, de ce fait, de taire les détracteurs, notamment les courants antipsychiatriques – qui témoignent de la complexité et du caractère multifactoriel des entités que sont la dépression et l'antidépresseur.

1.4 AUTONOMIE PRESCRIPTION–SANTÉ MENTALE

Autant que le couple dépression–antidépresseur semble régi par des intérêts autres que purement biomédicaux, la prescription d'antidépresseurs paraît-elle être autonome des problèmes de santé mentale. C'est ce qu'indique une étude réalisée par Collin (2005) laquelle montre que la prescription de médicaments psychotropes obéit à des directives qui sont indépendantes de celles dictées par les problèmes de santé mentale. À partir de la cohorte fortement étudiée des personnes âgées Collin (2005) expose les facteurs de prescription de médicaments psychotropes, montrant la diversité de ceux-ci. Ses observations indiquent que les études portant sur cette question font davantage état de facteurs qui sont extérieurs à la santé mentale lorsque vient le temps d'expliquer la prise de médicaments psychotropes chez les personnes âgées. Ainsi souligne-t-elle que la détresse psychologique des personnes âgées est souvent occasionnée par des éléments déclencheurs tels que « la perte du conjoint ou d'un proche, la perte de la maîtrise des événements familiaux ou extérieurs, la crainte des cambriolages, des agressions, etc. » (Dupré-Lévêque dans Collin, 2005 : 118); que les consommateurs de psychotropes seraient plus souvent atteints de problèmes de santé physique, qu'il existerait un lien entre l'isolement, le manque de support social et la prise de médicaments psychotropes. Aussi mentionne-t-elle l'existence d'études récentes montrant que 42% à 75% des patients âgés avaient reçu des prescriptions de psychotropes sans présenter au préalable « d'évidences de morbidité psychiatrique ou d'indication médicale fondée » (Aparasu *et al*, 1998; Tamblyn, 1996 dans Collin, 2005 : 119). Les raisons de prescription de médicaments psychotropes s'avèrent multiples et de ce fait le lien entre prescription et santé mentale paraît « difficile à établir » : bris de lien social, croyances, solitude, support social, etc. Face à cette réalité, la chercheuse en profite et propose une ouverture en se demandant pourquoi les personnes âgées détonneraient-elles du lot, pourquoi les facteurs

sous-tendant la prescription ne seraient-ils pas les mêmes chez la population adulte âgée de moins de 60 ans?

« Si le cas du recours aux médicaments psychotropes chez les personnes âgées est, de loin, celui qui, à ce jour, a été le plus étudié sous tous ses angles et à travers différents regards en sciences sociales, on ne saurait pour autant le considérer comme un cas à ‘part’ » (Collin, 2005 : 120).

Ainsi, telles les études précédentes nous l’indiquent, à la base et la dépression et l’antidépresseur sont des entités qui s’avèrent plus larges, plus vastes, plus complexes que le seul paradigme biomédical nous le laisse croire, que la dépression, l’antidépresseur et sa prescription paraissent répondre à des logiques qui vont bien au-delà de simples considérations organiques, corporelles. C’est pourquoi, dans ce mémoire, on a décidé de s’intéresser au recours à l’antidépresseur. En l’appréhendant comme entité autonome, indépendante de la prévalence de problèmes de santé mentale, le recours à l’antidépresseur, on l’espère, se trouvera être révélateur de ses secrets, c’est-à-dire des raisons pour lesquelles on a recours à celui-ci, au sens qu’on lui accorde voire des préoccupations contemporaines de nos sociétés occidentales. On vient brièvement de le voir dans le cas des personnes âgées, les facteurs menant à la prise d’antidépresseurs semblent souvent témoigner des soucis voire des maux propres à nos sociétés : solitude, lien, support social, etc.

2. CADRE CONCEPTUEL

Ce mémoire, donc, explore le recours aux antidépresseurs et pour ce faire, il s'appuie sur le contexte de la rupture conjugale. La rupture conjugale d'abord comme événement de vie associé à la prévalence d'états dépressifs et incidemment à un potentiel recours aux antidépresseurs, mais aussi en sa qualité de 'situation critique' (Giddens, 1979) pouvant exacerber voir révéler des pratiques qui au quotidien tranquille sont plus difficilement observables. « We can learn a good deal about day-to-day situations in routine settings from analysing circumstances in which those settings are radically disturbed » (Giddens, 1979 : 123 dans Bury, 1982 : 169). Dans cette section, on traite en premier lieu de la rupture conjugale : on rapporte l'existence d'études montrant une association entre la rupture conjugale et la prévalence d'états dépressifs; on voit comment, en lien avec cette 'situation critique' susmentionnée, l'expérience de la rupture conjugale s'apparente à une 'rupture biographique' (Bury, 1982) en ce qu'elle bouleverse le cours 'normal' de la vie et force à repenser, reconstruire le rapport à soi et à autrui. Ensuite, de ces faits plaçant la rupture conjugale dans la sphère de la 'maladie', on soulève l'inévitable question d'une médicalisation de l'existential. En deuxième lieu, on s'attarde au recours à l'antidépresseur : dans une optique voulant qu'il existe une autonomie entre la prescription de médicaments psychotropes et la prévalence de problèmes de santé mentale, on examine les pratiques de prescription des médecins, la relation thérapeutique entre ceux-ci et leurs clients, et le lien de confiance les liants les uns aux autres. Troisièmement, on se penche sur les représentations du médicament et dernièrement, en quatrième partie, en regard de ces représentations, on jette un coup d'œil sur l'importance du lien social dans la constitution biographique des individus.

2.1 RUPTURE CONJUGALE ET DÉPRESSION

Il appert que la rupture conjugale soit effectivement associée à la dépression. Le volume d'études à son effet en fait foi. Cependant, bien que maintes et maintes études reconnaissent la

relation rupture conjugale–dépression, le portait qui en émerge apparaît somme toute bien bigarré...

D'emblée, il semblerait que les individus n'ayant aucune histoire de divorce soient plus heureux que ceux portant en eux une telle histoire (Kurdek, 1991; Bruce & Kim, 1992). De plus, le nombre de divorce influe sur la propension à la dépression : plus l'histoire de divorce(s) est 'riche', plus la dépression se trouve-t-elle présente. Aussi, l'état civil aurait des répercussions sur la dépression, les individus mariés étant plus heureux et moins dépressifs que leurs comparses en union libre qui, en retour, seraient plus heureux et moins dépressifs que les célibataires (Kurdek, 1991). Ainsi, le mariage équivaut-il à une baisse de symptômes dépressifs et l'inverse, le divorce, à une montée de ceux-ci. De plus, les effets négatifs seraient plus importants chez ceux qui croient en la permanence du mariage (Simon & Marcussen, 1999). Dans une même lancée, de demeurer dans une union malsaine aurait une influence négative sur la santé : un mariage malsain résulterait en un appauvrissement de la santé à la fois psychologique et physique lorsque comparé au célibat. Lorsqu'on observe l'effet du mariage malsain sur le genre, on constate que les femmes qui demeurent dans une union malsaine rapportent une augmentation de dépression alors que les hommes rapportent un déclin de leur santé générale, tant physique que psychique (Wu & Hart, 2002). Des études sur les facteurs de risque de souffrir de désordres psychiatriques paraissent corroborer les faits énumérés dans les études précédentes : Chatav & Whisman (2007) concluent en effet qu'il y aurait 3,7 fois plus de risque de souffrir d'un désordre d'humeur (*mood disorder*) suivant une rupture conjugale.

Si on s'attarde au genre, la situation semble se complexifier quelque peu. Des chercheurs rapportent que les hommes retireraient plus d'avantages psychologiques du mariage que les femmes ce qui les placeraient dans une situation plus vulnérable quant à l'impact d'une rupture conjugale (séparation/divorce) (Bruce & Kim, 1992; Wu & Hart, 2002). Ainsi, les hommes sans histoire de divorce antérieure seraient plus à risque d'une première dépression que les femmes lors d'une rupture conjugale (Bruce & Kim, 1992). D'autres recherches vont également dans ce sens, affirmant que la 'rupture conjugale est plus fortement associée à la dépression chez les hommes que chez les femmes' (séparation/divorce) (Rotermann, 2007). Toutefois, Wu & Hart (2002) font état de délicates différences : les hommes se verraient plus affectés à la fois physiquement et psychologiquement par la rupture conjugale alors les femmes verraient

principalement leur santé psychologique affectée par celle-ci, qu'elle soit séparation ou divorce. Ces subtiles différences trouveraient leur source dans le support affectif chez les hommes et la sécurité financière chez les femmes : les hommes bénéficiant généralement du support de leurs épouses seraient plus globalement affectés par la perte de ce support que les femmes, qui trouveraient davantage ce support chez leurs ami(e)s et/ou enfants; en revanche, la santé psychologique des femmes serait plutôt affectée par le contrecoup financier de la rupture. Certains contredisent ces découvertes quant à la propension des hommes à être plus bouleversés que les femmes suite à un divorce et soutiennent qu'au contraire, les femmes, dû à la perte de leur rôle d'épouse, souffriraient davantage de dépression (Simon & Marcussen, 1999). D'autres études vont aussi dans ce sens, quoique la nuance est à souligner, en ce que les femmes *rapporteraient* plus de dépression que les hommes suite à une séparation/divorce (Kurdek, 1991). Finalement, des approches longitudinales montrent qu'à court terme, c'est-à-dire lors des deux premières années suivant la rupture, aucune différence ne séparerait les hommes des femmes quant aux effets sur la santé mentale de la séparation/divorce (Strohschein *et al*, 2005) alors que sur le long cours, les femmes seraient plus vulnérables que leurs confrères masculins. Cependant, les chercheurs mettent un bémol : la disparité homme/femme quant à la dépression sur le long cours serait plutôt le fruit d'autres facteurs tels que la précarité économique et la monoparentalité. Menaghan & Lieberman (1986) identifiaient également ces 'facteurs de stress' (*external stressors*) comme contribuant à la dépression post-divorce : problèmes économiques, impression de baisse du niveau de vie, perte de relations sociales significatives. L'incidence du facteur socio-économique paraît significative dans la prévalence de la dépression chez les femmes. Ainsi, l'avènement d'une rupture conjugale aurait des conséquences psychologiques importantes chez les femmes pauvres, déjà plus à risque de souffrir d'une mauvaise santé mentale que leurs consœurs mieux nanties. De ce fait, il est d'ailleurs montré que chez les femmes plus à l'aise économiquement, la rupture d'un mariage conflictuel est associée à une baisse des niveaux de dépression (Liu & Chen, 2006).

Comme facteur influençant l'intensité de l'état dépressif suivant la rupture conjugale, la monoparentalité a une incidence certaine chez les femmes lesquelles ont davantage de symptômes dépressifs que les mères mariées, ce même deux à trois années après le divorce. Encore ici, les 'facteurs de stress' placeraient ces mères dans une vulnérabilité économique et sociale. Par contre, les chercheurs notent qu'il y aurait diminution des symptômes dépressifs

quand la mère reconstitue une nouvelle vie familiale sans la présence d'un père (Lorenz *et al*, 1997).

La question de l'initiation de la rupture conjugale, pour des raisons autres que l'infidélité du conjoint, paraît aussi avoir une certaine incidence sur la santé mentale. D'initier le divorce serait gage d'une moins bonne santé mentale ultérieure (risque accrue de dépression) alors que celui ou celle qui initie le divorce suite à l'infidélité du conjoint s'en tirerait généralement positivement au niveau de la santé mentale (réduction de la dépression) (Sweeney & Horwitz, 2001).

Enfin, il semblerait que les femmes victimes de violence au sein de leur mariage sont plus enclines à souffrir de dépression et que, dans leur cas, le support social semblait constituer la seule ressource ayant un effet décroissant sur la dépression (Anderson *et al*, 2003).

La relation liant la rupture conjugale à la dépression semble bel et bien exister malgré qu'elle ne puisse imposer une tendance claire quant au genre. En effet, c'est seulement lorsqu'on se penche sur des facteurs tels que la pauvreté et la monoparentalité que semble se dessiner une différenciation homme/femme, des champs qui paraissent essentiellement être le lot des femmes. Fait intéressant, ce constat s'accorde avec les recherches plus globales sur la dépression lesquelles font ressortir la forte prégnance des femmes dans la sphère de la 'maladie mentale'. Le 'Rapport sur la santé dans le monde' de 2001 de l'OMS dans son exploration de la santé mentale stipulait en effet qu'il y a chez la femme une plus grande prévalence des troubles mentaux, notamment des états dépressifs et anxieux, lesquels sont, en comparaison avec l'homme, de l'ordre de 1,5 à 2 pour 1. (Les statistiques puisées dans le DSM IV-TR (2003) abondent le même sens, déclarant que la prévalence de dépression pour les femmes est de 10-25% contre 5-12% pour les hommes.) Selon le même rapport (OMS, 2001), les femmes seraient aussi de plus grandes consommatrices de médicaments psychotropes que leur contrepartie masculine.

2.2 RUPTURE CONJUGALE COMME RUPTURE BIOGRAPHIQUE

La reconnaissance d'une association entre la rupture conjugale et la dépression autorise dès lors à faire un parallèle entre les expériences de rupture conjugale et de maladie en ce qu'elles

semblent toutes deux mener à une ‘rupture biographique’ (Bury, 1982). Bien que le concept ait d’abord été développé pour témoigner de l’expérience de la maladie chronique, on croit qu’un rapprochement est possible en ce que l’expérience de la rupture conjugale comme bris d’un lien social significatif constitue le chambardement du cours ‘normal’ de la vie, la ‘situation critique’ (Giddens, 1979) à laquelle on faisait allusion plus haut, et implique de repenser le rapport à soi et le rapport à autrui en fonction d’une nouvelle réalité.

Ainsi, la ‘rupture biographique’ telle que Bury (1982, 1991) l’entend, c’est d’abord la rupture de la structure de la vie quotidienne et des savoirs qui sous-tendent cette structure. Le train-train, ‘*les gestes et comportements ‘allant de soi’ sont remis en question*’. La maladie qui s’insinue dans le corps de l’individu bouleverse la routine normale de la vie et les rapports à soi et à autrui s’en trouvent chamboulés, les interactions modifiées. Dans l’expérience de la maladie chronique, le monde habituel n’est plus simplement accessible comme auparavant, les habitudes bouleversées ramènent l’être, le corps à la surface. La rupture, la tension raniment une sensorialité effacée par la codification de la vie du rituel quotidien (Le Breton, 1985, 1988). Ainsi, au sein d’une tension, d’une rupture causée par la maladie, les choses, les visages, les gestes, les interactions retrouveraient leur relief et s’affranchiraient de la familiarité de l’absence (inspiré de Le Breton, 1985 : 129).

« Le mystère que contient virtuellement l’épaisseur de son propre corps est ainsi conjuré par la récurrence des mêmes signes. Dans ces conditions, la conscience de l’enracinement corporel de la présence humaine n’est donnée que par les phases de tension que rencontre l’individu » (Le Breton, 1988 : 96).

La rupture biographique, c’est donc reconnaître une souffrance et son impact sur soi, une présence dysfonctionnelle de l’être, du corps. Leder (1990) parle d’une présence (*‘appearance’*) dysfonctionnelle du corps, une *‘dys-appearance’* : le corps est absent d’une absence, loin, distancié de l’état normal et/ou désiré (Leder, 1990 : 90-91). «With the onset of illness this gives way to dys-appearance. The body is no longer alien-as-forgotten, but precisely as-remembered. A sharp and searing presence threatening the self. »

De cette souffrance, de cette présence du corps et de perte des repères habituels, les ‘*systèmes explicatifs*’ tant pratiques que symboliques habituellement utilisés sont en rupture, le rapport à soi

et aux autres est questionné : on doit repenser sa biographie; on doit reconstruire, redonner un sens à son monde, à sa vie, à ses actions, à ses interactions. Sens et contexte social sont repensés, interrogés en regard de la maladie. Le sens accordé à l'affection fait revoir les différents rapports entretenus aux choses, aux gens, à soi, entraînant un remaniement nécessaire du quotidien, de la maison, du travail, des interactions. C'est ainsi l'on *mobilise des ressources*, physiques, sociales, temporelles, financières, médicales, culturelles, en fonction du sens et du contexte au sein desquels la maladie prend place (Williams, 2000). Il faut reconstruire sa biographie.

La rupture conjugale où le couple se sépare, se scinde, où les habitudes journalières sont dérangés, où le rapport à soi et aux autres – famille, enfants, amis, collègues – est ébranlé s'apparente à la rupture biographique car ici aussi, *'les gestes et comportements 'allant de soi' sont remis en question'*. Des études font état de la rupture conjugale comme d'un moment de grand stress nécessitant une réorganisation (Alain & Lussier, 1988). La rupture conjugale et la perte d'un rapport intime à autrui qu'elle sous-tend s'avère être du même coup une perte d'une partie de soi, une perte d'un 'moi/nous' (Elias, 2003 [1991] : 165) qui s'apparente au deuil : « Elle est morte, une partie intégrante de lui-même, de son image 'moi/nous', s'est brisée. » D'ailleurs Gullo & Church (1990) reprennent la première phase du deuil, l'état de choc (Bacqué & Hanus, 2001 : 16) et parlent à cet effet de 'choc amoureux' en faisant référence au 'choc du bombardement', une espèce de choc post-traumatique issu du combat en zone de guerre : « l'intensité des réactions à la rupture d'une relation établie de longue date se révèle parfois aussi grande, et la guérison aussi lente » (Giddens, 2004 : 130) que chez ces soldats de retour du combat. En ce qu'il en a fait depuis la nuit des temps le moteur de sa création, l'art mieux que toute étude 'scientifique' s'avère le plus apte à témoigner de ce bouleversement, de cette souffrance: des *'Baby I miss youuu'* de la musique populaire, aux classiques des classiques de la littérature, bijoux du romantisme (on pense par exemple au *Les souffrances du jeune Werther* de Goethe, au *Les Nuits* d'Alfred de Musset) à l'ultime complainte des grands opéras...

« Con onor muore
chi non può serbar vita con onore. » (Madame Butterfly, Acte II, 2^{ième} partie, Puccini)³

³ « Mourir avec honneur est mieux que vivre dans le déshonneur »

On doit alors reconstruire une nouvelle biographie à la lumière de cette nouvelle réalité où les habitudes ne sont plus, où les '*systèmes explicatifs*' sont en rupture, la rupture conjugale comme la maladie provoque une réflexion sur le sens de l'existence physique et sociale, une nouvelle définition de soi doit être faite à la lumière de la nouvelle réalité (Charmaz, 1983, 1987; Carricaburu & Ménoret, 2005).

2.3 MÉDICALISATION DE L'EXISTENCE

À la base un problème 'existentiel', c'est-à-dire s'inscrivant dans le continuum de la vie, une condition pas si éloignée du deuil (Bacqué & Hanus, 2001; Giddens 2004), un état de tristesse lié au bris d'un lien social significatif, la rupture conjugale serait-elle entrée dans la sphère médicale? Assisterait-on à la définition et au traitement médical d'un phénomène à prime abord non médical ? (Conrad, 1992 : 209) En effet, son association à la dépression soulève l'obligatoire et épineuse question de la médicalisation de l'existence. Couplé à une diminution généralisée de la tolérance aux symptômes anodins et aux problèmes bénins dans nos sociétés contemporaines occidentales (Barsky & Borus, 1995 dans Carricaburu & Ménoret, 2005: 180), la tendance à la spécificité des affections mentales officialisée avec l'entrée en jeux du DSM III, ce passage d'une logique syndromique à une logique symptomatique dans le dépistage (OMS, 2001), amènerait l'accroissement de la demande, tant chez le profane que le spécialiste, d'une catégorisation médicale des maux existentiels (Barsky & Borus, 1995). La reconnaissance quasi généralisée de la spécificité de la dépression comme déséquilibre biochimique constitue un exemple probant de ce rapprochement vers le médical de l'existence, le diagnostic de dépression étant rapidement associé par les différents partis à une affection organique. Certains chercheurs (Dworkin, 2001) pointent la méthode de catégorisation des troubles mentaux et cette tendance à expliquer ceux-ci en terme de biochimie comme une des causes de cette médicalisation de l'existentiel. Ainsi, le DSM et sa vaste 'symptomisation' des troubles contribuerait à cette dynamique, brouillant la distinction entre maladie et santé. Paradoxalement, la quête d'une spécificité en reviendrait donc à davantage englober. On assisterait effectivement à un déplacement des frontières, la médicalisation de l'existence n'étant pas simplement tramée par les sociologues, où il y aurait un élargissement du regard médical (Collin, 2007), visible dans le passage à une discipline de santé publique axée sur la prévention et le risque où on surveille la

population normale, laquelle se retrouve sur des continuums épidémiologiques statistiques : « Se situant toujours plus ou moins à la marge, plus ou moins dans la moyenne, en somme sur un continuum, l'individu à 'risque' constitue nécessairement, aux yeux de la médecine et de la santé publique, un malade 'en devenir' » (Collin, 2007 : 102). Voilà, ce déplacement des frontières brouille la démarcation entre santé et bien-être et santé et maladie, « le médicament devenant un outil dont l'usage est justifié, tant par la prévention de la maladie que par sa présence » (Collin, 2007 : 102). C'est similairement que la tristesse se retrouverait de cette mouvance dans le champ de la maladie, sur le même continuum que la dépression, devenant une sous-catégorie d'une affection sérieuse, et découvrant également sa place au sein des troubles psychosociaux et environnementaux de l'axe IV du DSM (Dworkin, 2001 : 88). « With the creation of the DSM, everyday unhappiness suddenly gained a fixed position in medical science, if only as a subcategory of a subcategory of a major mental illness. »

« The diagnosis of minor depression requires only a feeling of sadness and a loss of pleasure in daily activities – a mood that may characterize the pain of everyday life as well as any medical pathology. Because 'minor depression' often gets treated with medication, so too does everyday unhappiness » (Dworkin, 2001 : 89).

Effectivement, on peut voir que la prescription d'antidépresseurs suit cette tendance et se fait d'une manière de plus en plus libérale : performance, stress, timidité (Lane, 2007), syndrome prémenstruel (Kornstein *et al*, 2006), magasinage compulsif (Lee & Mysyk, 2004) sont des exemples de situations pour lesquelles on prescrit désormais des antidépresseurs... La rupture conjugale en ferait-elle parti ?

2.4 LES PRATIQUES DE PRESCRIPTIONS ET LA RELATION THÉRAPEUTIQUE

D'explorer le recours aux antidépresseurs lorsqu'on envisage celui-ci comme entité autonome, indépendante des directives dictées par les problèmes de santé mentale, puisque la prescription est souvent soutenue par « une rationalité qui déroge des normes scientifiques et dites objectives imposées par les experts ou par la communauté médicale » (Collin *et al*, 2005), commande dès lors de regarder les pratiques de prescription, la relation thérapeutique ainsi que la

représentation du médicament chez les utilisateurs comme révélatrices des rouages du recours à l'antidépresseur...

« Cette non-correspondance [entre la prise de médicaments psychotropes et les problèmes de santé mentale] témoigne des pratiques de prescription des médecins. Elle relève ainsi, en partie du moins, des motifs qui sous-tendent la décision de prescrire et, ce faisant, de la dynamique d'interaction qui se déroule dans le cabinet du médecin prescripteur » (Collin, 2005 : 119).

2.4.1 PRATIQUES DE PRESCRIPTION : IRRATIONALITÉ

Dans le contexte d'une 'médecine scientifique basée sur les preuves' (Evidence-Based Medicine), on s'attend en quelque sorte à ce qu'il en découle une pratique de prescription dite rationnelle, c'est-à-dire appropriée, sécuritaire, efficace et économe (Audit Commission, 1994; Bradley, 1992). « Prescribing rationally requires setting a therapeutic goal and choosing the best possible treatment for reaching that goal, taking into account aspects of efficacy, safety, and suitability for the patient » (Denig *et al*, 2002 : 137). Malgré les bonnes intentions, on se rend rapidement compte que l'exercice est somme toute bien périlleuse et difficilement applicable en pratique. De ce fait, si certains questionnent la capacité humaine de faire ces choix et appellent à une aide extérieure, à l'utilisation de systèmes informatiques « Choosing the best treatment thus involves weighting different alternatives on many divergent aspects and performing difficult calculations. People are, by their nature, not self-evidently able to perform these procedures correctly » (Denig *et al*, 2002 : 137) ... d'autres simplement et sagement reconnaissent la nature complexe et diversifiée des facteurs en jeux :

« On these criteria much prescribing in general practice is judged to be irrational. (...) Far from acting irrationally, the prescriber is struggling to balance several disparate considerations and work out what to do for the best. There is a rationale; it is just not purely pharmacological. » (Bradley, 1992 : 196).

Effectivement, plusieurs études conviennent que la décision de prescrire relève d'un tableau multifactoriel : on pense aux caractéristiques socio-démographiques, les connaissances, les expériences, les contextes de travail des médecins ou la pression de l'industrie pharmaceutique (Freeman & Sweeney, 2001; Collin *et al*, 2005; Collin, 2005; Prosser & Walley, 2006). Dans une étude intéressante, Prosser & Walley (2006) montrent que la décision et l'intention de prescrire

des médicaments implique quatre types de savoirs: le savoir scientifique, le savoir social, le savoir sur le client et le savoir expérientiel. Et que ces savoirs s'imbriquent lorsque vient le temps de prendre la décision de prescrire un médicament. Bien que leur recherche porte sur la prescription de nouveaux médicaments dans un contexte hospitalier, on croit que la typologie des savoirs demeure pertinente dans la compréhension plus générale des facteurs influençant les pratiques de prescription. Ainsi, les auteurs reconnaissent la complexité de la pratique de prescription, que les décisions de prescrire sont un amalgame de ces quatre savoirs, qu'elles sont éclectiques en leur mélange de science, d'expérience clinique et d'interactions sociales. Lorsqu'on jette un regard plus circonscrit sur ces savoirs, on apprend que le savoir scientifique est fait d'informations indépendantes tirées de publications scientifiques et de comptes rendus de compagnies pharmaceutiques. On constate aussi que le savoir social, bien qu'il soit davantage l'apanage du milieu hospitalier⁴, s'avère primordial. Au dire des auteurs, il consiste en un savoir tacite provenant de diverses influences sociales, de relations interpersonnelles et de réseaux professionnels; un savoir qui porte en lui deux caractéristiques majeures, soit la confiance et la socialisation (*socialization*), i.e. l'opinion des collègues. Au sein de ce savoir social, la confiance vouée aux collègues et conséquemment leur opinion sont une part importante du processus de décision. Ainsi dans un contexte d'ambiguïté, c'est le savoir social qui prévaudra sur la décision de prescrire ou non un médicament. Le contexte, le milieu dans lequel prend place la pratique de prescription a aussi son poids : au delà des politiques et protocoles, c'est les habitudes du groupe qui orientent les manières de prescrire, un ralliement indirect afin d'éviter le conflit et la confrontation (peut-être cela aussi se rapporte-il plus à un contexte hospitalier). Bien entendu, le savoir sur le client occupe aussi une place dans la décision de prescrire des médicaments : son état, c'est-à-dire la perception du médecin de sa situation, de ses besoins, de même que ses demandes, ses attentes influencent les décisions de prescrire du médecin. Enfin, l'expérience personnelle du médecin, 'sa (ré)interprétation des effets en fonction de son expérience clinique' (Prosser & Walley, 2006 : 1572) vient également teinter sa pratique de prescription. Les chercheurs concluent en mentionnant que dans la majorité des cas, la décision de prescrire des médicaments semble prendre en compte tous ces savoirs malgré le fait qu'ils soient à l'occasion conflictuels...

⁴ McGettigan *et al* (2001) notent à cet effet que les médecins oeuvrant en milieu hospitalier ont plus tendance à avoir recours à leurs collègues comme source d'information que leurs confrères généralistes

Si tous ces différents types de savoirs, et leur amalgame, semblent influencer sur la pratique de prescription, d'autres études insistent sur la centralité du client :

« The data also indicated that doctors were working together with patients and for the benefit of their patients. Sometimes these factors and the doctor's experience lead to the conclusion that strictly sticking to the rules of guidelines is not appropriate » (Freeman & Sweeney, 2001 : 4).

En effet, la pratique de prescription demeure un geste 'humain' dans ce qu'elle est dirigée vers un être humain malade, souffrant... Ainsi, tels le disent Freeman & Sweeney (2001), au delà des protocoles et des règles, la décision de prescrire consiste en finalité en une relation entre deux, ou plusieurs individus... peut-être vaut-il dès lors la peine de se pencher plus profondément sur cette relation thérapeutique afin d'y voir les rouages de la décision de prescrire...

2.4.2 LA RELATION THÉRAPEUTIQUE : AUTORITÉ ET PARTENARIAT

Collin *et al* (2005) dans leur rapport de recherche sur le médicament comme objet social et culturel commandé par le Conseil de la santé et du bien-être du Québec appellent à la réalisation qu'un « ensemble d'éléments qui entourent le contexte de la consultation médicale, c'est-à-dire l'histoire relationnelle entre médecins et patients, doit être prise en compte pour arriver à cerner véritablement les problèmes liés à la prescription de médicaments » (Collin *et al*, 2005 : 16). Afin de bien saisir en quoi la relation thérapeutique peut avoir une influence sur la prescription de médicaments, on se doit d'en faire l'historique. Une histoire relationnelle qui, à prime abord, paraît s'être fortement transformée au fil des dernières décennies, passant d'une logique autoritaire à une logique de partenariat entre le médecin et son patient/client à possiblement un partenariat autoritaire.

D'après le rôle classique de la relation médecin-patient, telle que définie par Talcott Parsons dans son ouvrage phare paru en 1951, *The Social System*, celle-ci se déploie d'une manière autoritaire. C'est-à-dire que le médecin, dans une dynamique unidirectionnelle, impose sa vision, son diagnostic et son traitement à un patient somme toute passif. L'expertise entre les mains du

médecin n'étant nullement contestée, l'institution médicale retenant l'ensemble du capital de connaissance. Dans une entente tacite, médecin et patient s'accordent vers un même but. La vision parsonienne de la relation thérapeutique prenant pour acquis son existence harmonieuse, un certain consensus entre les deux partis quant aux valeurs et buts, le médecin procurant les meilleurs soins possibles à son patient lequel s'engage à mettre toutes ses ressources en œuvre afin de guérir, afin de vaincre son ou ses affections (Ong & Hopper, 2006); le fameux 'rôle de malade' (Parsons, 1951). Toujours selon cette vision, la relation unissant le médecin et son patient en est donc une de confiance, de disponibilité, de connaissance voire de familiarité, le premier étant au fait de l'histoire personnelle et familiale du deuxième, par exemple. Par contre, la profonde asymétrie de cette relation, le caractère hautement passif du patient au sein de celle-ci ont fait dire à plusieurs qu'il s'agissait d'une relation relevant du paternalisme : la figure parentale du médecin qui prend soin de son patient, l'enfant (Balint & Shelton, 1996; Wiles & Higgins, 1996; Beisecker & Beisecker, 1993; Parsons & Fox, 1952 dans Potter & McKinlay, 2005 : 466).

Dans un portrait intéressant des changements quant au rôle du médecin, Potter & McKinlay (2005) notent que graduellement l'asymétrie entre le médecin et son patient s'est vue être de plus en plus conflictuelle. Ils pointent la place grandissante de la technologie comme une des causes de ce chamboulement de l'harmonieuse inégalité entre les deux clans. L'accroissement des tests, la scanographie auraient remplacé le dialogue entre le médecin et son patient, le compte rendu de ce dernier devenant invalide face aux révélations de la technologie. Aux dires des auteurs susnommés, ça serait dans les années 1970 que la métaphore 'paternaliste' aurait été remplacée par celle de 'consommatrice', la montée d'une médecine 'consommeriste' mettant de l'avant le droit des patients, leurs revendications, etc. Ainsi naît un regard critique face à la médecine où le patient conteste l'institution médicale et ses savoirs. De cela découle une nouvelle relation thérapeutique basée sur le 'partenariat', une relation se voulant égalitaire où les décisions et les actions du médecin sont désormais influencées par les réactions, les besoins et les souhaits du patient qui, de ce fait, devient client (Potter & McKinlay, 2005 : 467).

À 'l'émergence' d'un partenariat s'associe la venue de la négociation. Le patient devenu client s'inscrit dorénavant dans une relation où, avec le médecin, il est un acteur actif dans les choix

thérapeutiques. Dès lors, la thérapie est un produit de la relation médecin–client (Collin *et al*, 1999). C’est la perspective interactionniste (Strauss, 1992) qui souligne l’importance de cette ‘transaction’ entre médecin et client, en mettant de l’avant les enjeux voire les confrontations qui la porte : contextes, pouvoir sont le lot d’une relation, particulièrement dans un contexte médical où il y a, en soubassement, une évidente asymétrie (Freidson, 1984), ce même lors d’un ‘partenariat’. C’est donc en fonction de leurs croyances sur la vie et la maladie, de leurs systèmes de valeurs, du contexte que les deux partis négocient maintenant les choix thérapeutiques (Collin *et al*, 1999).

Par contre, pour certains chercheurs, il n’est pas sûr que le passage d’un rôle autoritaire à un rôle de partenariat soit si clair. En effet, Lutfey (2005), dans une recherche sur la relation entre le rôle du médecin et l’adhérence des clients à un traitement, montre comment les premiers, malgré la tendance au ‘partenariat’, conservent ce vieux rôle autoritaire dans leur façon de persuader le client d’adhérer à un traitement. Les médecins useraient de stratégies afin de convaincre leurs clients. Dans un même ordre d’idée, fait intéressant, Potter & McKinlay (2005 : 466) mentionnent que les clients auraient toujours en tête la vision traditionnelle, parsonnienne, autoritaire de la relation thérapeutique alors que la réalité est toute autre : à leurs dires, il y aurait donc un ‘décalage culturel’ entre la vision des patients d’une relation thérapeutique et la situation actuelle, d’autant plus différente aux Etats-Unis où la profession et l’institution médicale ont subi de profonds changements aux cours des dernières années⁵.

Dans cette mouvance certaines recherches proposent que la relation thérapeutique se trouve être davantage le résultat d’un amalgame d’autorité et de ‘partenariat’. C’est notamment le cas de Gwyn et Elwyn (1999) qui, dans une même veine que Potter & McKinlay (2005), avancent que non seulement le rôle autoritaire du médecin est-il toujours en place, quoique légèrement plus subtil dans son imposition – nous nous imaginons un biopouvoir foucauldien, provenant de l’intérieur, d’un discours centré sur l’evidence-based medicine – mais aussi se trouve-t-il d’une certaine manière demandé par les clients/patients. « Many patients want to keep the asymmetry of

⁵ D’après Potter & McKinlay (2005), le milieu de la santé et de la médecine aux Etats-Unis se trouverait dans une phase corporatiste, subséquente à celle consommatrice, où les compagnies d’assurance ont remplacé les médecins quant au pouvoir de traitement des patients.

the relationship and would feel uncomfortable without it » (Gwyn & Elwyn, 1999 : 439). Les auteurs parlent d'une 'acceptation interactive' (interactively achieved) de cette asymétrie médecin–client (qui se démarque de celle jadis unidirectionnelle) (Maynard, 1991 dans Gwyn & Elwyn, 1999 : 439). D'après Gwyn & Elwyn (1999), loin d'être une barrière dans l'interaction entre les 'partenaires', cette asymétrie s'avère jouer un rôle positif lorsque vient le temps de décider d'un traitement. Dans cette dynamique, l'autorité du médecin détenue par son expertise, son savoir spécialisé, le rend responsable de dévoiler les tenants et aboutissants d'une affection, les risques et bénéfices des traitements disponibles. C'est donc la reconnaissance de l'intrinsèque écart qui sépare le médecin et son client qui permet par le fait même le 'partenariat' entre les deux partis.

L' 'acceptation interactive' de ce 'partenariat autoritaire', si on peut l'appeler ainsi, est très bien illustrée dans une recherche sur le processus d'entrée de nouveaux antidépresseurs dans le répertoire de prescription des médecins (Armstrong, 2002) laquelle montre comment la connaissance par le médecin d'un client et d'un médicament font de l'efficacité de ce dernier le produit d'une interaction médecin–client. C'est-à-dire que l'expertise du médecin et sa connaissance de son client font que l'efficacité du médicament voire ses effets secondaires ne dépendent plus des propriétés pharmacologiques du médicament mais bien de l'interaction entre le médecin et son client. Et c'est donc l'importance de cette interaction médecin–client qui met le client comme partenaire dans le choix de la prescription, du médicament.

Bien que de ce 'troisième modèle' de relation thérapeutique, plus nuancé, ressorte toute la centralité de l'interaction médecin–client dans le processus de décision d'un traitement, on remarque que son intrinsèque asymétrie sous-tend toute la question de la confiance : si la relation thérapeutique est au centre des pratiques de prescription, la confiance se trouve-t-elle au cœur de la relation thérapeutique...

2.4.2.1 LA CONFIANCE : RÉCIPROCITÉ

De la reconnaissance de la centralité du rapport médecin–client dans la décision de traitement ressort toute l'importance de la confiance. En effet, pour bon nombre de chercheurs, elle serait au cœur de la relation thérapeutique (Davies & Rundall, 2000; Hall *et al*, 2001; Rogers,

2002). Déjà dans son acception peut-on voir l'intrinsèque asymétrie du rapport médecin–client : le client, de par son état vulnérable, s'en remet au pouvoir discrétionnaire du médecin, détenteur du savoir et de l'expertise, avec la croyance que ce dernier agira dans le meilleur de ses intérêts (Hall *et al*, 2001; Rogers, 2002). Le propre de la relation médicale, les notions de vulnérabilité du client et de pouvoir du médecin font donc à prime abord de la confiance un rapport unidirectionnel 'confiance–digne de confiance' (*trust vs trustworthiness*) au sein duquel le client a confiance (ou non) en son médecin (Miller, 2007). « The trust vector from patient to provider is much more prominent and important than in the reverse direction because the conditions of vulnerability that give rise to trust in medical settings are not shared equally on both sides of the relationship » (Hall *et al*, 2001 : 620). Or, si on tient en compte de 'l'acceptation interactive' de l'asymétrie médecin–client et la responsabilité qu'elle sous-tend, on en vient vite à réaliser que la relation thérapeutique, loin d'être unidirectionnelle, requiert une confiance qui soit toute aussi *mutuelle*. Du récit du client aux actions thérapeutiques, la capacité d'effectuer un diagnostic, de choisir et d'appliquer un traitement est tributaire de la confiance entre les partis impliqués (Rogers, 2002). La confiance paraît véritablement être le moteur du processus.

Alors que jadis elle s'instaurait de par la nature intime de la relation, aujourd'hui note Miller (2007), la confiance se fonderait davantage par le système, ses lois, ses règles et protocoles, ses ordres professionnels. À cet effet, Châtel (2005 : 57) décrit bien les deux pôles de la confiance :

« La confiance comme construit social s'appuie soit explicitement sur un dispositif institutionnel de certification (...) soit implicitement sur un dispositif de promesse qui, en quelque sorte, se fonde sur une évaluation plus souvent intuitive que formelle des risques pris dans le processus de confiance et qui de ce fait révèle la fragilité des interactions sociales ou a minima la fragilité de leur soubassement. »

La confiance du client se dirige donc vers l'individu, son médecin et/ou envers le système, la médecine au sens large, l'institution médicale. Ainsi, sa confiance tend soit conjointement vers à la fois son médecin et la médecine ou sélectivement vers son médecin *ou* la médecine. Telle serait la prémisse de la confiance du client envers son médecin. Bien évidemment, ces deux niveaux s'influencent mutuellement, la confiance vouée au médecin déteignant sur celle vouée à l'institution médicale et vice-versa (Hall *et al*, 2001: 619).

En plus de l'objet vers lequel elle est dirigée – le médecin, la médecine ou les deux – la confiance, de par le caractère de vulnérabilité et de promesse qu'elle sous-tend, implique de quelconques attentes. En effet, la confiance est porteuse d'espoirs envers ce médecin qui, de par sa profession, se trouve investi d'un devoir de 'fidélité de confiance' (Miller, 2007: 52). D'abord, on l'a vu, de la définition même de la confiance ressort cette expectative du client que le médecin agisse dans ses intérêts. De plus, on s'attend à ce que ce dernier fasse preuve de compétence, à ce qu'il possède le savoir et l'expertise requis aux soins, qu'il soit honnête, qu'il dise la vérité quant à l'état de santé du client, et aussi qu'il révèle toute information qui soit pertinente et importante pour le client et qu'il respecte la confidentialité de la relation (Mechanic, 1996; Davies & Rundall, 2000; Hall et al, 2001).

On sait qu'un individu en confiance est plus enclin à aller chercher une aide médicale dès les premiers symptômes, tout comme, une fois dans le cabinet, il est plus porté à communiquer des informations importantes à son état et à respecter les recommandations médicales subséquentes, notamment l'observance d'une pharmacothérapie. De plus, il fait moins de 'magasinage' et, de ce fait, possède donc une plus grande loyauté envers son médecin. Aussi, de la confiance du client envers son médecin découlerait de meilleurs résultats, lesquels seraient largement dus à une plus grande adhérence aux traitements proposés et à une augmentation de l'effet placebo (Miller, 2007 : 52; Davies & Rundall, 2000).

On peut voir qu'inversement, la confiance du médecin en son client comporte aussi des bénéfices quant à l'efficacité d'un traitement. C'est d'ailleurs une des choses que Armstrong (2002 : 1775) découvre dans sa recherche : le rôle accordé aux clients par les médecins influence l'efficacité de l'antidépresseur. Ainsi, un médicament choisit par le client est perçu comme ayant plus de chance d'être efficace que s'il est imposé par le médecin.

« The importance of the interaction between doctor and patient in influencing the effectiveness of a drug was also expressed in the role that many GPs gave to patient involvement. In particular, if a patient chose a drug then it was seen as more likely to be effective than if it was 'imposed' by the GP. »

Certains des médecins interviewés par Armstrong avancent la possibilité d'un effet placebo dû à cette interaction positive entre le médecin et le client : « I think there is a massive massive

placebo effect for antidepressants, and if they have confidence in that drug then I'll give it to them, rather than say no I've got a better one (15). » Cet exemple illustre bien le caractère essentiel d'une confiance mutuelle (en plus d'être également multidimensionnelle) et l'importance de la relation thérapeutique au sein des pratiques de prescription: le client a confiance en l'institution médicale, laquelle se trouve représentée par la confiance vouée au médicament et le médecin a confiance en son client en lui reconnaissant une certaine compétence.

De plus, cela souligne le caractère essentiel de la contrepartie de la relation de confiance, celle du médecin envers le client. Comme ce dernier, le médecin porte en lui certaines attentes lorsqu'il s'engage dans une consultation, la première étant que le client soit porteur de bonnes intentions, que sa représentation soit véridique, authentique en ce qu'il soit bien ce qu'il dit être (Miller, 2007; Rogers, 2002). Ainsi le médecin se demande-t-il d'abord quelle est la motivation à consulter du client : est-il mû par un désir de chercher une aide, par une volonté de guérison? Ensuite, son récit est-il authentique, véridique, sincère? D'autre part, le client comprend-t-il les informations générales qui lui sont transmises, sa compétence générale lui permet-elle de saisir les consignes, les explications ? Par conséquent, c'est donc les réponses du médecin à ces questions, c'est sa perception des 'qualités' de son client qui orientent les soins qui lui sont prodigués.

Déjà dans un rapport asymétrique (même si celui-ci se trouve possiblement accepté 'interactivement'), le pouvoir du médecin est immense : sur la base d'une perception de compétence il peut décider ou non de partager de l'information concernant les tenants et aboutissants d'une affection, il peut décider ou non de suggérer un traitement, d'en écarter un autre, etc. À cet effet, Cockburn & Pit (1997), dans une étude sur le comportement de prescription des médecins généralistes, montrent comment la prescription de médicaments est faite en fonction de l'opinion qu'ont les médecins de leurs clients : ainsi lorsque les médecins pensaient que leurs clients voulaient une prescription, ces derniers étaient dix fois plus susceptibles d'en recevoir une... « Although patients brought expectations to the consultation regarding medication, it was the doctors' opinions about patients' expectations that were the strongest determinants of prescribing. » On voit alors toute l'importance que prend l'opinion, la

perception d'autrui dans l'application d'un traitement. « Burdens of misplaced trust fall more heavily upon patients » (Rogers, 2002 : 77)

La perception du médecin des 'compétences' du client est aussi grandement influencée par l'intrinsèque asymétrie qui souvent les séparent, statut socio-économique, éducation, etc. Maintes études ont été faites à ce sujet qui confirment la disparité des traitements que reçoivent les différentes couches sociales, ceux des basses classes sociales ayant habituellement droit à des consultations plus courtes et recevant moins d'informations de leurs médecins (McKinlay, 1975; Cartwright & O'Brien, 1976; Bochner, 1983; Bain, 1976 dans Scott *et al*, 1995). À titre d'exemple, justement, Scott *et al* (1995) montrent qu'il existe une association entre la prise de décision des médecins et le statut socio-économique des clients : les adultes de faible statut socio-économique ont plus de chances de se faire immédiatement prescrire un médicament que ceux de statut plus élevé, lesquels se font, en revanche, préalablement davantage diriger vers des tests diagnostic. Les chercheurs trouvent également qu'il est plus probable que les femmes se fassent prescrire des médicaments ce, indépendamment de leur affection et de leur statut socio-économique. L'incrustation de facteurs sociaux, qu'ils émanent de stéréotypes, de préjugés, dans la perception de la 'compétence' d'un client et donc dans la décision de traitement déteignent directement sur les soins prodigués, renforçant du même fait la centralité de la relation thérapeutique dans le processus de traitement et de guérison... C'est au nom de la prévention de potentielles conséquences désastreuses – « Harms may ensue when doctors do not trust patients » – que Rogers (2002 : 78) appelle à une position morale des médecins en ce qu'ils soient, à prime abord, 'disposés' à faire confiance.

« Thus, trust is a *lubricant* that enables relationships to function smoothly, a *glue* that binds people in mutually rewarding relationships, and a *stimulant* that allows greater creativity, innovation, and performance. » Davies & Rundall (2000 : 612)

2.5 REPRÉSENTATION DU MÉDICAMENT

Le médicament, de par son acception originelle grecque de *pharmakon*, porte en lui 'la complicité des valeurs contraires' (Derrida, 2000 dans Persson, 2004) étant à la fois remède et

poison. De par cette première représentation binaire, le médicament en recèle-t-il aussi une autre, soit une certaine ‘magie’, une indétermination, une contingence « Having no stable, definitive essence, pharmakon is indeterminate rather than predictable, contextual rather than causal » (Derrida, 2000 : 125-126 dans Persson, 2004 : 49). Au-delà d’être remède ou poison le médicament devient donc la possibilité d’être les deux mais aussi d’être autre chose. Une considération qui dès lors ouvre vers l’infinitude des champs sociaux, culturels. La représentation qu’ont les individus du médicament peut alors se décliner selon sa double personnalité d’entité chimique et culturelle...

2.5.1 L’ENTITÉ CHIMIQUE : L’ACTION DU MÉDICAMENT

La représentation qu’ont les usagers du médicament peut être en fonction de son action pharmacologique (Montagne, 1996a, 1996b). « drug action results from the interaction, usually through a physicochemical bond, of a drug molecule with a cell, or constituent part of a cell, in the human body » (Montagne, 1996b :18). Le médicament s’inscrit en effet dans l’organisation biomédicale et sa logique voulant que les affections aient une assise concrète dans le corps, à savoir qu’elles constituent une cible tangible pour un potentiel traitement (Persson, 2004). Le couple biochimie–dépression en est un bon exemple : on voit que la biomédecine situe la dépression dans le cerveau et plus spécifiquement dans un quelconque déséquilibre biochimique de la sérotonine. De ce fait, le rôle de l’antidépresseur est d’agir précisément sur ce déséquilibre en tentant de le renverser et de ramener le corps à son état ‘normal’. Ce raisonnement rejoint le ‘modèle centré sur la maladie’ (*disease centered model*) évoqué précédemment lequel met l’emphase sur la défectuosité spécifique du corps et le rôle de ‘normalisateur’ du médicament. Une logique biomédicale qui ancre dans le concret, dans le corps l’affection et duquel découle une solution toute aussi concrète, le médicament. « If the problem is physical, the remedy should be physical. Medicines appear the perfect answer to the problem » (Van der Geest & Whyte, 1989 : 355). Cette logique du tangible est fortement ancrée dans les croyances – on l’a vu avec Leo & Lacasse (2008) qui démontraient la prédominance dans les médias et le monde profane de la thèse du déséquilibre chimique du cerveau – et il en découle une représentation métonymique du médicament (Van der Geest & Whyte, 1989), c’est-à-dire qu’on se représente le médicament comme objet concret qui porte en lui toute l’expertise médicale nécessaire à un traitement. Les

chercheurs donnent l'exemple de la chirurgie qui ne saurait exister sans le chirurgien tandis que le médicament comme entité concrète incarne toute l'expertise médicale, faisant donc le passage direct de la science au profane. « It is the visual sign of the physician's power to heal, and in contemporary society, is a symbol of the power of modern technology » (Pellegrino, 1976 dans Van der Geest & Whyte, 1989 : 359). La représentation métonymique du médicament est donc aussi celle du pouvoir du médecin, et donc de la médecine, de guérir. Ici, le médicament n'est pas la représentation du médecin en tant qu'être humain mais bien comme porteur du savoir médical.

Ainsi, la représentation de l'action du médicament rejoint essentiellement les croyances des individus quant au fonctionnement du médicament dans le contexte d'un système de santé biomédical. Puisque le système met l'emphasis sur le caractère concret de la maladie, le médicament est conçu comme représentant officiel de la médecine scientifique, incarnant la logique de spécificité et de tangibilité de celle-ci. Par surcroît, de cette optique de spécificité tangible de l'affection et de son traitement ressort le caractère sensément spécifique de l'action du médicament : on se représente l'action pour laquelle le médicament a été conçu comme principale, reléguant de ce fait toutes les autres dans un rôle dit 'secondaire', le réputé 'effet secondaire' du médicament. Or, Montagne (1996b :13) parle de 'pharmacomythologie' afin de qualifier cette notion d'une seule action principale du médicament : « These are cultural conceptions about drugs that are illusory, yet are regarded as fundamental principles. » Selon le chercheur, il est illusoire de croire qu'un médicament ne produit qu'un seul effet 'positif', souhaitable, il ne faut pas oublier le caractère imprévisible et complexe du médicament. « This theory [of biochemical specificity] has proved to be very effective in explaining how a wide range of drugs act in the body to produce effects (...) But the theory does not explain or predict all aspects of the drug-taking experience. » (Montagne, 1996b :18). Non seulement le médicament produit-il plusieurs effets, qu'ils soient physiologiques ou psychologiques, mais ces derniers changent-ils aussi au gré des situations et des individus. Le médicament, donc, plus qu'une simple action biochimique, représente toute l'intrication du culturel, du social.

2.5.2 L'ENTITÉ CULTURELLE : L'EFFET DU MÉDICAMENT

Bien au-delà d'une simple entité biochimique, le médicament semble répondre à de plus vastes injonctions. « Pharmacological action is a necessary precondition for the experience, but the particular form it takes and the effects that result are ultimately shaped by social definitions or labels available to the drug taker » (Montagne, 2004 : 318). Le médicament est donc porteur d'une symbolique en ce que sa prise est mise en forme par les définitions et attentes sociales propres à une société, en ce qu'elle est métaphore d'une culture, représentative de préoccupations sociales. Des préoccupations qui sont bien sûr changeantes selon la perspective à partir de laquelle le médicament est évoqué. Ainsi, il appert que la motivation à prendre un médicament chez le profane soit de l'ordre 'comportemental', que l'utilisateur soit d'abord préoccupé par son 'fonctionnement' social (Montagne, 1996b : 12). C'est dès lors dire que la supposée 'normalisation' procurée par l'antidépresseur dépasse le seul équilibre biochimique du cerveau et s'étend aux définitions culturelles et sociales du soi, de l'identité et de ce qu'elle devrait être (Kirmayer, 2002; Montagne, 1996b). On ingurgiterait donc un médicament au nom d'attentes sociales, dans nos sociétés occidentales contemporaines, de bonheur, de santé, de beauté, d'autonomie, de responsabilité, d'adaptabilité, etc (Ecks, 2005; Kirmayer, 2002; Ehrenberg, 1998; Otero, 2005, 2006). En effet, l'état dépressif, avant d'être un déséquilibre biochimique est perçu, tel Ecks (2005) le mentionne, comme un symptôme de marginalisation sociale; soit une mise à l'écart, une non désirabilité (Kirmayer, 2002) dus à une perception d'un décalage entre soi et le monde social, entre soi et l'idée qu'on se fait de ce qu'on devrait, en principe, être. On sent que notre manière d'être détonne du lot, de l'habituel, que certains traits de notre personnalité dérangeant, on saisit qu'on peut effectivement être non désirable dans l'état dans lequel on se trouve, une appréhension qui s'avère, en plus, confirmée par l'entourage qui acquiesce en nous encourageant à chercher une aide, à nous retirer du monde pour un bout de temps. L'état dépressif comme écart de la norme, de ce qui est désirable comme trait de personnalité dans la société (Kirmayer, 2002). Voilà à quoi le médicament, l'antidépresseur particulièrement, semble répondre : à ramener l'individu dans les paramètres acceptables de la norme sociale, à contenir le corps, réguler les émotions. « L'antidépresseur revêt donc l'effet désiré pour le contexte

occidental, régule l'identité sur un mode d'expression de soi, contrôlé, ni trop haut ni trop bas, juste acceptable, selon les standards idéologiques, les valeurs et les normes en place » (Kirmayer, 2002). On s'attend à ce que l'antidépresseur nous démarginalise, c'est-à-dire qu'il restaure le rapport à autrui, aux normes, son 'vrai soi' (*own true self*), afin de se sentir 'soi' de nouveau, '*I feel like myself again!*' (Ecks, 2005). L'antidépresseur est donc dispositif de socialisation (Collin, 2005), en ce qu'on cherche à rejoindre la norme, la manière d'être dans le monde, dans la vie sociale.

2.6 LE LIEN SOCIAL : INTÉRIORISATION DE MANIÈRES D'ÊTRE

En effet, maints auteurs ont savamment démontré de quelle manière l'individu paraît toujours vouloir être en lien, partie intégrante de la société, investi par le social, dans un perpétuel alignement envers autrui. Mauss (1936), on se souvient, identifiait les techniques dûment intériorisées du corps propres à une société donnée, alors que Goffman parlait de 'shared vocabularies of body idioms' afin de témoigner de cet ordre, de cette architectonique (Le Breton, 1988), de cette banque de manières d'agir et d'être : « We possess shared vocabularies of body idiom which provide us with a common means of classifying embodied information » (Goffman, 1963 : 35 dans Shilling, 2003 : 75). Le Breton évoque la plus grande facilité à vivre le quotidien lorsque tous sont alignés dans leurs manières d'être, les codes étant aisément déchiffrables :

« Dans le sentiment de sécurité qui naît du caractère intelligible et familier du quotidien, les mises en jeu ordonnées du corps jouent un rôle essentiel. Le feuilletage des rituels au long du jour doit son efficience à une architectonique de gestes, de sensations, de perceptions qui font corps à l'acteur et le soulage d'un trop grand effort de vigilance dans le déroulement des diverses séquences de sa vie » (Le Breton, 1988 : 94).

La sociologie historique de Norbert Elias (2002 [1973], 2003 [1975]) abonde sensiblement dans le même sens lorsqu'elle trace éloquemment le 'processus de civilisation' par lequel, justement, le monde occidental s'est socialisé, s'est standardisé. Lui aussi parle d'une intériorisation des comportements, des manières d'être, mais une intériorisation à la base muée par la recherche de distinction au sein des cours de la Renaissance où une compétition féroce prend place afin d'obtenir un statut de plus en plus prestigieux à la cour. Dans cet environnement si compétitif, personne ne peut se permettre de laisser-aller; Pour employer la terminologie de Goffman, on doit

toujours maintenir la face, faire bonne impression. Ainsi, c'est dans cette optique que les comportements et manières d'être s'intériorisent, deviennent secondes natures. Dans un monde moderne prône à la rationalisation, cette dernière, de par son systématisme, aurait aussi le même effet : celui d'intérioriser des comportements rendus impératifs par les normes ambiantes, un autocontrôle. « Les hommes se modèlent eux-mêmes et modèlent les autres (...) tant l'exigence d'une bonne conduite devient impérieuse, tant le problème des convenances revêt une plus grande importance » (Martuccelli, 2003 : 233).

Ainsi, au fil du temps le corps s'est civilisé, il s'est dirigé tranquillement vers le normatif, vers une 'domestication des pulsions' et un 'raffinement des mœurs'. Un exemple de ce processus peut être relevé dans le passage du Moyen Âge à la Renaissance. À l'époque du Moyen-Âge, le caractère volatile de la vie favorise une grande expression des affects, la retenue n'est pas de mise; la vie est courte, violente, imprédictible, intense. Dans ce contexte guerrier, les manières n'ont pas de place. C'est un corps de pulsions voire un corps animal, en tout cas un corps naturel celui du Moyen Âge. Le corps est partie intégrante de la vie, il est normal qu'il s'exprime ouvertement. Dans les auberges, on partage souvent un lit avec des étrangers, dans la rue, on croise des couples qui copulent, on rote et pète allégrement, partout (Martuccelli, 2004; Schilling, 2003 [1993]; Le Breton, 1988). L'avènement de la Renaissance change cependant la donne. Progressivement, d'abord dans les sociétés de cour, on y relève une certaine propension à la retenue, au contrôle des émotions et des manières d'être et de faire. En effet, la Renaissance et l'émergence des sociétés de cour changent radicalement la dynamique. Alors que jadis la force physique assurait la survivance, ce sont plutôt les manières d'être qui comptent à la Renaissance. Des traités de savoir-faire sont rédigés, il faut maintenant savoir se comporter correctement. La présentation du corps supplante la force. Dans ces sociétés de cour, c'est l'apparence et les manières d'être, l'étiquette qui sont gages d'avancement. Le corps est de plus en plus contrôlé, géré. Il y a maintenant des façons et des manières de manger, de saluer, de parler, de dormir. Le corps naturel, le corps biologique est tranquillement relégué dans un arrière-plan. On veut s'éloigner de ce corps animal, de ce corps de pulsions. Ainsi, alors que le corps se civilise, il se socialise. Il se socialise par le fait de cacher ses fonctions naturelles. Les fonctions naturelles étant remisées, le corps devient le centre de normes de conduites en plus de l'expression de celles-ci. Il tend vers le social, au détriment du biologique, du naturel. De ce fait, pour Elias, le corps s'inscrit aussi dans un processus de rationalisation. De ce rejet du corps naturel, de sa

socialisation grandissante, le corps se rationalise. En effet, les codes de conduite chassent la spontanéité du corps. Le contrôle est primordial si on veut maintenir les apparences. Le corps devient gouverné par la morale et la pensée rationnelle. Il y a donc séparation, distanciation du corps : « it is seen as less of a whole and more as a phenomenon whose separate parts are amenable to control » (Schilling, 2003 [1993] : 143). Dans le monde occidental, les émotions, les manifestations naturelles du corps sont refoulées, elles sont tant bien que mal mises en veille le temps de se retrouver hors du domaine social. Impérativement, le corps se doit d'être silencieux, inodore, transparent. « Il s'agit en quelque sorte d'une dénégarion promue au rang d'institution sociale. » (Le Breton, 1985 : 130). Kirmayer (2002 : 304) fait justement allusion à ces limites culturelles d'expression des émotions et des affects, ce qui pose invariablement la question de l'état dépressif, de sa manifestation à son traitement.

« Emotion 'display rules' and body practices regulate socially acceptable and deviant patterns of emotional expression. Culture provides categories and a lexicon for emotional experience, making some feelings salient and others more difficult to articulate. Culture sets limits of tolerance for specific emotions and strong affects; it also provides lay theories for managing dysphoric mood, anxiety or depression. Each of these ways in which culture may influence the regulation of emotion has potential implications for the expression of dysphoric affect in clinical settings »

D'ailleurs Goffman en a fait son projet de vie, son cheval de bataille de décortiquer les rouages des interactions entre individus : « Les règles de conduite empiètent sur l'individu de deux façons générales : directement, en tant qu'obligations, contraintes morales à se conduire de telle façon; indirectement en tant qu'attentes de ce que les autres sont moralement tenus de faire à son égard » (Goffman, 1974 : 44). Des manières d'être, d'expression suggérées : on peut pleurer mais pas crier, par exemple. Le deuil demande une manifestation de tristesse : une tête baissée, une larme, un air fermé et solennel. Le sourire est très suspect. Une commande émotionnelle. On se conforme aux normes, aux codes de tristesse du deuil, par exemple, comme on se conforme aux impératifs de célébration, de joie d'un événement sportif, d'une naissance. « (...) l'espace-temps de la fête exige l'exubérance du corps et que l'effervescence d'un groupe ne peut que mettre en évidence l'homme tiède, discret, qui oublie cette espèce de convention de l'ivresse » (Le Breton, 1985 : 138).

« L'émotion éprouvée doit donc se plier aux modèles qui en régissent l'expression et, dialectiquement, l'émotion n'existe pas en dehors de ses manifestations conventionnelles. Toute émotion ressentie implique un cadre symbolique. Le sujet reproduit librement, à tous les niveaux de son corps, les normes qu'il a intériorisées et qui visent à endiguer les excès qu'il est susceptible de porter en lui. Les comportements aléatoires tendent ainsi à être suspendus, contraints à leur source même, au profit de rôles établis, de gestuelles attendues. En se soumettant de façon inconsciente à ces rituels, le sujet accepte de gommer la réalité vivante de son corps sous la production familière des signes. Pour signifier ses sentiments, il lui suffit de puiser dans le répertoire symbolique de son groupe » (Le Breton, 1985 : 131).

Ainsi, l'individu se trouve-t-il dans un constant rapport à autrui, un rapport qui dépende en quelque sorte de sa survie. L'écart, on l'a vu à plusieurs reprises, est gage de marginalisation d'exclusion, de stigmatisation, d'incompréhension, on ne veut pas y rester trop longtemps. À cet effet, Goffman (1974 : 17) parle de 'relations d'évitement' afin de caractériser ces codes, ces stratégies qui sont développées afin d'éviter une présence, un écart. Éviter de se démarquer des autres dans la relation en cours. Les 'relations d'évitement' empêchent que l'individu perde la face, qu'il devienne présent, que son corps devienne présent, en somme. « Par mesure de défense, on écarte les sujets et les activités qui pourraient révéler des éléments contradictoires avec la ligne d'action que l'on suit » (Goffman, 1974 : 18).

« On fait preuve de discrétion : on laisse inexprimés les faits qui pourraient, implicitement ou explicitement, contredire ou gêner les prétentions des autres. On use de circonlocutions trompeuses, on formule ses réponses avec une prudente ambiguïté, de façon à préserver la face des autres, sinon leurs intérêts. » (Goffman, 1974 : 18-19).

Ces codes sociaux permettent un déroulement sans anicroches des interactions, fluides. C'est le flot de la vie, tacite. Mais voilà, la norme on peut s'y conformer, habituellement sans même s'en rendre compte, tout comme on peut s'en écarter, s'en éloigner, encore là tacitement ou intentionnellement, une rupture des codes sociaux. Une rupture des normes, un bris, un bouleversement des codes familiers. Les interactions quotidiennes rompues par l'inhabituel, une surprise, un comportement, un geste, une perception voire une maladie, on pense à la 'rupture biographique' précédemment évoquée. La surprise, l'inhabituel, dérogation du rituel implique dès lors de potentiellement 'perdre la face' : « la valeur sociale positive qu'une personne revendique effectivement à travers la ligne d'action que les autres supposent qu'elle a adoptée au cours d'un contact particulier » (Goffman, 1974 : 9). La possibilité de déroger à la représentation qu'on doit

mettre de l'avant, de déroger à la façade personnelle qu'on s'est érigée (Goffman, 1973 : 31). On l'a vu précédemment, ces 'shared vocabularies of body idioms' permettent aux individus se situer et d'appréhender autrui, de se classer au sein de cette masse.

En somme, la rupture conjugale comme expérience existentielle associée à la manifestation d'états dépressifs s'apparente-elle à la 'rupture biographique' en ce qu'elle oblige ceux qui la vive à repenser leur biographie en fonction d'une nouvelle et étrange réalité... Le remaniement que cela occasionne catapulte-il l'individu en marge de son état dit 'normal', habituel... De cet état, cherche-t-il à s'en extraire, à rejoindre ses pairs, à reprendre le cours de la vie... Pour ce faire, voilà qu'il pourrait avoir recours à l'antidépresseur... Et son recours à celui-ci serait-il mû par la relation thérapeutique de confiance qu'il entretient avec son médecin, par le caractère métonymique du médicament et/ou par un quelconque symbole d'un retour dans la vie, dans l'engrenage social, avec le monde comme tout le monde?

On espère que cette exploration du recours à l'antidépresseur nous autorise à mieux en comprendre les raisons, à saisir le sens que les individus accordent à cette entité. De plus, possiblement cela nous ouvrira les portes sur la représentation de la 'maladie', du système biomédical voire des préoccupations contemporaines. C'est pourquoi on se penche dans ce mémoire sur une 'situation critique' telle la rupture conjugale, comme potentielle révélatrice de pratiques, afin de jeter davantage de lumière sur cette entité complexe qu'est l'antidépresseur, et par le fait même, d'en comprendre davantage sur cette autonomie prévalence de problèmes de santé mentale et prescription de médicaments psychotropes. C'est à l'aide du récit de huit femmes ayant pris des antidépresseurs suivant une rupture conjugale que l'on tentera d'éclaircir tout
cela...

3. CHOIX MÉTHODOLOGIQUES

En regard de notre problématique et de nos questionnements de recherche, le recueil des données s'est fait selon une méthodologie qualitative, à l'aide de l'entretien semi-directif.

3.1 STRATÉGIE D'ÉCHANTILLONNAGE

3.1.1 FEMMES

On a choisit de limiter cette recherche au récit de la gente féminine d'abord vis-à-vis des études précédemment évoquées montrant la plus grande propension de celles-ci à souffrir de 'dépression' et de consommer des antidépresseurs (OMS, 2001; Santé Canada, 2003).

De plus, la démonstration de l'existence d'une association entre la dissolution d'une union conjugale et une dépression subséquente, lorsque des 'facteurs de stress' tels que la monoparentalité et la pauvreté étaient pris en compte, laissait présager encore là une prépondérance des femmes.

Ensuite, étant donné le court laps de temps alloué à cette recherche, il fallait faciliter au maximum le recrutement des candidates. Or, on sait que les femmes ont de nombreuses ressources à leur disposition : réseau de maisons de femmes, centres d'entraide de tout acabit, groupes de femmes, etc., etc. De ce fait, il devenait dès lors beaucoup plus aisé de cibler les endroits où recruter les potentielles candidates.

Enfin, choisir des femmes assure une certaine homogénéité des données. (Bien qu'il aurait été intéressant de faire une étude comparative homme-femme.)

3.1.2 CRITÈRES D'ÉCHANTILLON

C'est sur la base des seuls critères obligatoires à cette recherche que les participantes furent recrutées, soit la prise d'antidépresseurs dans un contexte de rupture conjugale. Celles qui avaient ces caractéristiques centrales étaient automatiquement considérées éligibles. Leur recrutement était valide dans la mesure où ces femmes, en répondant en libre arbitre aux diverses demandes de participation, jugeaient d'elles-mêmes leur prise d'antidépresseur liée à la rupture conjugale. De ce seul fait, leur histoire était digne d'être entendue pour notre recherche. En effet, à la lumière de ces seules qualités, prise d'antidépresseur et rupture conjugale, il était possible d'obtenir une représentativité d'ordre théorique (Hamel, 2007) de la population ciblée, des femmes ayant pris ou prenant des antidépresseurs suite à une rupture conjugale.

Initialement des critères plus précis liés à la durée de leur union conjugale avaient été établis mais la difficulté de trouver des femmes acceptant de partager ce moment particulièrement intime de leur existence nous obligea à abandonner toute idée de sélection des candidates en fonction de critères plus spécifiques. En somme, la réalité du terrain confirmait la difficulté du sujet.

3.1.3. SOURCES DU RECRUTEMENT

Le recrutement s'effectua par le biais de trois sources. D'abord en sondant les réseaux internes de l'étudiant-chercheur par l'envoi d'un courriel explicatif.

Ensuite, par le recours à ce réseau de centres d'entraide, de maisons et de groupes de femmes susmentionnés. Lors de la visite de ces centres, une affiche y était apposée et, dans la mesure du possible, il était convenu d'un moment opportun avec les dirigeantes du centre afin d'y faire ultérieurement une présentation du projet de recherche à des groupes de femmes.

Une autre stratégie de recrutement fut aussi déployée : le placement d'une petite annonce dans un populaire hebdomadaire culturel de la région montréalaise métropolitaine. Ce fut la plus fructueuse des tactiques de recrutement. Cependant elle occasionna un certain dilemme éthique : la très vaste majorité des femmes répondant à l'appel s'enquirent de la rémunération. Une requête à laquelle on refusa initialement de se plier au nom d'une certaine transparence morale

réci-proque : l'étudiant-chercheur s'engage par le biais d'une approbation éthique à préserver l'intégrité de la personne interviewée, laquelle devrait faire de même en acceptant de répondre d'une manière authentique et empreinte de vé-racité aux questions de l'étudiant-chercheur. On craignait que l'échange d'argent dans ce contexte vienne pervertir une entente implicite de confiance mutuelle. Mais voyant la majorité des femmes nous échapper, on comprit qu'il fallait rapidement s'adapter à cette réalité pé-cuniaire, au risque de sérieusement mettre en péril la recherche. En guise de résolution, on maintint notre position officielle de non rémunération tout en consentant à offrir un montant *compensatoire* de 20 dollars canadiens aux participantes qui en feraient explicitement la demande. Un total de 60 dollars furent distribués en tout et pour tout.

En somme, par le biais du réseau interne de l'étudiant-chercheur et des petites annonces, on recruta finalement neuf (9) femmes provenant de tous les horizons de la vie.

Mais mentionnons qu'une participante recrutée et interviewée fut rejetée sur la base de son entretien, ce qui porta le nombre effectif de participantes à cette recherche à huit (8). Au moment de l'entretien, celle-ci s'était montrée très réfractaire à partager ses expériences, faisant souvent allusion au privé, au secret : elle ne désirait pas se confier à un étranger. On décida de ne pas tenir compte de cet entretien.

3.2 DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON

Au moment de l'entretien, près de la moitié de ces femmes (4 sur 8) étaient en arrêt de travail pour diverses raisons allant de la dépression (1) à la convalescence (3) (cancer en rémission, blessures liées au travail). Des quatre autres, une était sans emploi, une autre bénéficiait de l'aide sociale et une profitait de sa retraite tandis qu'une dernière travaillait à temps plein.

Les emplois occupés par l'ensemble des femmes détenant un emploi, y compris celles en arrêt de travail, s'étendaient de la gestionnaire de programmes à la professeure universitaire en passant par l'agente de sécurité, l'agente de casting et la réceptionniste.

Bien que la question n'ait pas été directement investiguée, on sait, en ayant fait mention lors de l'entretien, qu'au moins trois d'entre ces huit femmes possèdent une éducation universitaire,

respectivement baccalauréat, maîtrise et doctorat. Aussi faut-il rajouter que sept de ces huit femmes ont des enfants.

Au moment de l'entretien, des huit participantes à la recherche, la moitié (4) prenaient des antidépresseurs; les quatre autres ayant arrêté. En ce qui concerne ces dernières, il semble que l'on ait pris des antidépresseurs pendant une période allant de six mois à trois ans.

Il ne semble pas se dégager de contraste quant à la durée de la prise d'antidépresseur, ni de la durée de la relation conjugale ni du temps écoulé depuis la séparation, ni du statut socio-économique.

Aussi, faut-il préciser que trois femmes sur les huit interviewées ont affirmé avoir reçu un diagnostic de dépression de leurs médecins respectifs. Une a été diagnostiquée comme étant en début de dépression, une autre en dépression profonde et une troisième, comme souffrant de dysthymie (dépression légère chronique). Des cinq autres femmes, une participante a reçu un diagnostic de 'burn-out', et une de 'stress'. Les autres (3) ont évoqué la peine d'amour comme cause justifiant la prescription d'antidépresseurs.

PARTICIPANTE	DURÉE RELATION	TEMPS DEPUIS RUPTURE	DIAGNOSTIC DÉPRESSION	PRISE ANTIDÉPRESSEUR
Artemisia	25 ans	3 ans	oui	+/- 3 ans +
Chiara	23 ans	13 ans	non	6 mois
Consuelo	10 ans	9 mois	non	16 mois +
Dolores	2 ans	8 ans	non	3 ans
Odessa	2 ans	8 ans	oui	1 an
Ofelia	17 ans	3 ans	non	2 ans +
Paloma	6 ans	4 ans	oui	6 ans +
Urania	22 ans	15 ans	non	10 mois

Légende : le + signifie que ces femmes prenaient des antidépresseurs au moment de l'entretien.

3.3. CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON

Voici un aperçu général de ces huit femmes d'horizons divers... On s'en doute, leurs prénoms sont fictifs.

Artemisia est une professionnelle, mère de deux enfants. Elle quitte son mari après vingt-cinq années de vie commune. Un mariage de raison et une violence psychologique la catapulte dans un état dépressif. Suite à la rupture, elle tombe en arrêt de travail pendant une année et prend des antidépresseurs. Lors de l'entretien, cela fait trois années que la rupture est effective et elle vient tout juste d'être remise une nouvelle fois en arrêt de travail par son médecin et a recommencé à prendre des antidépresseurs il y a quelques mois. Elle a reçu un diagnostic de dépression profonde. En tenant compte de ces deux périodes, cela fait donc environ trois années qu'elle prend des antidépresseurs.

Chiara, professionnelle, mère de deux enfants. Elle aussi quitte mari après vingt-trois années de vie commune. La culpabilité de devoir quitter son mari la rend malade ce qui l'amène à prendre des antidépresseurs qu'elle arrêtera quelques mois après avoir divorcé. Elle aura pris des antidépresseurs pendant 6 mois. Lors de l'entretien, cela fait treize années que la rupture est effective.

Consuelo est mère de deux enfants et, au moment de l'entretien, sans emploi. Elle rompt avec son mari de dix ans lorsqu'elle découvre sa dépendance au cybersexe. Sa prise d'antidépresseurs a débuté quelque temps avant la séparation définitive d'avec son mari, lorsque sa médecin lui annonce qu'elle fait un 'burn-out'. Au moment de l'entretien, cela fait 16 mois qu'elle prend des antidépresseurs. La rupture conjugale est effective depuis 9 mois.

Dolores est sans enfant et en arrêt de travail, souffrant d'une tendinite au bras. Victime d'un homme contrôlant, elle le quitte après deux années de relation mais continue de subir sa violence psychologique pendant près de deux autres années. Elle prendra des antidépresseurs pendant trois années. Au moment de l'entretien, cela fait huit ans que la rupture est effective, elle ne prend plus d'antidépresseurs.

Odessa est mère de deux enfants et en arrêt de travail. Après avoir rompu à l'amiable avec le père de ses enfants, elle s'énamoure d'un collègue de travail lequel l'abandonne après deux années de relation. Son médecin lui dit qu'elle se trouve être au 'début d'une dépression' et de ce fait lui prescrit des antidépresseurs. Elle les prendra pendant une année. Lors de l'entretien, cela fait huit années que la rupture est effective.

Ofelia, mère d'un enfant, est bénéficiaire de l'aide sociale. Sa conjointe la quitte alors qu'elle est incarcérée. Elles ont dix-sept années de vie commune. Sortie de prison au début de 2007, elle sombre dans la drogue. Se retrouvant un jour à l'urgence psychiatrique à la suite d'une surdose de crack, le psychiatre lui prescrit des antidépresseurs afin de l'aider à surmonter sa peine amoureuse. Au moment de l'entretien, cela fait deux années qu'elle prend ses antidépresseurs et la rupture est effective depuis trois ans.

Paloma, mère d'un enfant, occupe un poste au sein d'une imposante multinationale. La découverte des amours adultères de son conjoint l'amène à ingurgiter une quantité impressionnante de médicaments. Leur relation aura duré six années. Elle se retrouve à l'urgence psychiatrique où, après quelques visites, on lui prescrit des antidépresseurs. Le diagnostic : dysthymie. Cela fait maintenant six ans qu'elle prend ces médicaments. La rupture est effective depuis quatre ans.

Urania, retraitée, mère de deux enfants. Le départ inattendu de son mari de vingt-deux ans la plonge dans un état de choc. Sa médecin lui prescrit des antidépresseurs afin de l'aider à passer au travers de cette période douloureuse de son existence. Elle les prendra pendant dix mois. Lors de l'entretien, cela fait quinze années que la rupture est effective.

3.4. COLLECTE DE DONNÉES

Le caractère 'sensible' de la recherche commandait une approche qui soit également sensible dans le respect voué à ces femmes qui acceptaient d'ouvrir des pans douloureux de leur existence. Pour ce faire, il fallait donc trouver une méthode qui soit peu intrusive, une méthode

qui puisse laisser libre cours aux propos de ces femmes tout en permettant de poser certains jalons. On opta donc pour l'entretien semi-dirigé. Élaboré à partir d'un schéma, il favorisait la narration, donnant ainsi forme à un récit de leurs trajectoires. Évidemment, le lien de confiance s'avérait primordial dans cette opération. Il fallait que tous, tant l'intervieweur que l'interviewée aient confiance l'un en l'autre. Cela était garant de la qualité des données. Pour ce faire, il fallait favoriser 'l'ordre logique' des choses, que les questions guident le récit de ces femmes dans une mouvance qui soit 'naturelle' (Kaufmann, 1996 : 44). Éviter de faire du cinéma avec des retours dans le futur faciliterait le flot des choses et, incidemment, le confort de ces femmes à se confier à un étranger sympathique.

C'est sans brusquer les choses qu'on débiterait en les invitant à nous parler de leur quotidien, qu'on investiguerait leurs diverses représentations de la vie, pour ensuite tranquillement se diriger vers le particulier, la rupture conjugale d'abord, la prise de médicaments ensuite. (voir en annexe le schéma d'entretien).

Le schéma d'entretien était composé de cinq grandes sections

1. Portrait général de la participante
2. La rupture conjugale
3. La prise d'antidépresseurs
4. La relation conjugale
5. Post-rupture

En fait, on cherchait avec ces entretiens à susciter chez ces femmes un récit qui décrive, explique évalue et construise des significations de leurs expériences de rupture conjugale et de prise d'antidépresseurs (Bertaux, 2005 : 36-37). Ceci explique donc le petit nombre d'entretiens, ceux-ci s'apparentant, de par leur profondeur, à des quasi-récits de vie.

La moitié (4) des entretiens prirent place au domicile des participantes alors que l'autre moitié furent réalisés dans un salle de conférence à la faculté de pharmacie de l'Université de Montréal. Bien entendu, le 'caractère itératif de la démarche qualitative' (Paillé, 1994; Deslauriers & Kérisit, 1997) fit que la durée crût au fil des entretiens, passant d'une heure à près de deux

heures. Non seulement l'étudiant-chercheur devenait-il plus habile mais aussi développait-il de nouvelles avenues négligées, oubliées lors des premiers entretiens.

3.5. ANALYSE

Les entretiens recueillis, transcrits se devaient d'être analysés. Ce qui fut fait en s'inspirant des principes de la 'théorisation ancrée' de Glaser & Strauss (1967 dans Paillé, 1994). D'abord par l'inévitable et susmentionné caractère itératif de la démarche de recherche qualitative, ce va-et-vient constant entre empirie et théorie. Ensuite, en se basant sur les six étapes de l'analyse telles que suggérées par messieurs Glaser & Strauss (Paillé, 1994 : 154-179), nommément la codification initiale, « dégager, relever, nommer, résumer, thématiser, presque ligne par ligne, le propos développé à l'intérieur du corpus »;

La catégorisation, « porter l'analyse à un niveau conceptuel en nommant de manière plus riche et plus englobante les phénomènes, les événements qui se dégagent des données. »;

La mise en relation, « trouver des liens qui ont habituellement déjà commencé à s'imposer d'eux-mêmes lors du travail de consolidation. »;

L'intégration, « doit donner lieu à la délimitation de l'objet précis que deviendra l'analyse »;

La modélisation, « consiste à reproduire le plus fidèlement possible l'organisation des relations structurelles et fonctionnelles caractérisant un phénomène, un événement, un système. » ;

Et finalement, la théorisation qui consiste à traduire dans le langage théorique propre à la sociologie le modèle développé en cinquième lieu.

Voyons donc maintenant dans la prochaine section des résultats le fruit de cette méthodologie...

4. RÉSULTATS – PRÉSENTATION DES TRAJECTOIRES

C'est huit femmes qui furent interrogées sur leurs trajectoires de rupture conjugale. Elles le firent avec une grande ouverture, ouvrant volontiers la porte de leurs expériences. De leurs récits, lus et relus maintes et maintes fois, émane des similitudes, des ressemblances qui portent à la formation de catégories. Ainsi, observe-t-on que certaines femmes mettent en oeuvre la rupture conjugale, que sciemment celles-ci rompent le lien conjugal qui les lie à un homme, alors que d'autres, à l'inverse, 'subissent' plutôt cette rupture conjugale, se retrouvant laissées, contre leur gré, par le conjoint ou la conjointe. Donc, deux différentes manières de vivre une rupture conjugale desquelles émerge deux catégories maîtresses : la première, que l'on nommera celle des 'laissantes'⁶, les instigatrices de la rupture conjugale, et la deuxième, restons dans la métaphore, celle des 'laissées', ces femmes laissées par leur conjoint ou conjointe.

4.1 LES 'LAISSANTES' ET LES 'LAISSÉES' : RÉSUMÉ DES TRAJECTOIRES ET PRÉCISIONS

Deux catégories, deux différentes manières de vivre la rupture conjugale que nous nous proposons d'étaler et d'étayer ici. Débutons d'abord par un examen schématique de ces deux catégories.

Le point de pivot des trajectoires des laissantes et des laissées est la rupture biographique, laquelle se déploie à un moment différent si elles sont laissantes ou laissées. C'est en effet cette caractéristique qui, essentiellement, différencie les parcours de ces femmes. Chez les premières, les laissantes, la rupture biographique s'opère au sein d'un lien conjugal problématique alors que chez les secondes, les laissées, elle se déclenche au moment de la rupture conjugale. Ainsi ce qui, initialement, marque la route des laissantes est la présence d'un lien conjugal problématique voire

⁶ Bien que le terme 'laissante' puisse revêtir, aux yeux de certains, une certaine connotation péjorative en ce qu'il est 'dans l'action', suggérant une activité habituelle, courante voire une philosophie de vie, nous vous assurons qu'il n'en est rien, qu'ici l'utilisation de cette appellation n'est que 'pratique' en ce qu'elle constitue l'opposé direct et rapide de 'laissée'. Les femmes sont 'laissantes' dans cette recherche uniquement par le fait de leur histoire, cette tranche de vie qu'elles ont bien voulu partager. D'être 'laissante' ne constitue en rien un trait de personnalité, une quelconque propension à laisser. Voilà la précision est faite. La mise en garde s'imposait, ou m'imposait, c'est selon.

pathogène imprégné de mariage de raison, de violence psychologique, de vie secrète du conjoint. C'est cette relation conjugale malsaine qui catapulte les femmes dans une rupture biographique. Le malheur de ce lien conjugal ayant un impact sur la biographie, le rapport au monde. Ce mal-être les poussent alors à adopter diverses stratégies thérapeutiques. Le but avoué de ces démarches est une réappropriation biographique et une nécessité d'existence sociale. Suit alors l'initiation de la rupture conjugale par ces femmes, de ce fait, laissantes. Mais cette suite des choses n'est pas tout à fait d'un naturel si directe. En effet, chez certaines d'entre elles, le lien de causalité est quasi-direct, les stratégies thérapeutiques servant de tremplin à la rupture conjugale. Chez d'autres, divers facteurs entrent en jeu, une violence psychologique soutenue, un épisode de violence physique, la découverte de la vie secrète du conjoint, sont davantage les raisons menant à la rupture conjugale. Mais, somme toute, il se peut fort bien que les stratégies thérapeutiques soient une cause indirecte de la rupture conjugale, procurant ressources, énergie, accompagnement dans cette difficile épreuve. La rupture conjugale est perçue par la majorité d'entre elles d'abord comme une libération. Enfin libérées de ce lien social pathogène, elles continuent néanmoins les démarches thérapeutiques, toujours dans une optique de réappropriation biographique et cette fois-ci, avec une volonté de réintégration sociale, de retourner dans le monde. De cette route cahoteuse émane un apprentissage, une nouvelle conscience de soi, ce qui résulte en de nouvelles exigences conjugales : désormais, le lien conjugal se devra d'être inclusif, c'est-à-dire qu'il ne sera possible que dans l'acceptation par l'autre de son être entier : soi, sa famille et ses amis. Il semble donc s'opérer au sein de cette nouvelle conscience un mouvement quant à la priorité des liens sociaux constitutif de sa biographie, les liens amicaux et familiaux devenant de ce fait partie intégrante de soi, 'non négociable'. Une nouvelle conscience où, en somme, on assiste à l'extension volontaire du soi : pourrait-on dès lors remanier à notre guise la célèbre expression de Rimbaud et proclamer haut et fort que 'je est (aussi) un autre'?

La trajectoire des femmes laissées débute par la rupture conjugale. La décision de rompre, de mettre fin au lien conjugal est prise par le conjoint ou la conjointe. C'est ce qui occasionne chez elles la rupture biographique. Très vite, on adopte des stratégies thérapeutiques afin d'abord de reprendre contrôle de soi et de son corps et ensuite, de comprendre cet événement traumatique. S'en suit, comme chez les femmes laissantes, un apprentissage, une nouvelle conscience de soi, mais duquel découle cependant une crainte quant au lien conjugal prochain. Les séquelles d'une

rupture biographique, le lien de confiance s'avère affecté, plus difficile car on ne veut souffrir de nouveau...

Ainsi, on remarque que le récit de ces femmes diffère, celui des laissantes étant généralement plus étoffé que celui des laissées. On croit que cette différence trouve ses origines dans la 'qualité' de laissantes en ce que celles-ci ont accès à un sens qui est manquant chez les laissées. En effet, la 'qualité' de laissante permet l'explication de la rupture biographique et de la rupture conjugale subséquente, leur permettant dès lors de donner un sens à leur expérience de souffrance et d'en élaborer un récit qui soit cohérent avec elle. Quant aux laissées, le manque une pièce majeure, le sens de la rupture conjugale, leur empêche de développer un récit de souffrance qui soit aussi complet que celui des laissantes. Alors que les actions des laissantes ont un sens, qu'elles sont appuyées dès le départ de leur trajectoire, les laissées naviguent dans l'incertitude quant aux raisons de la rupture conjugale, ne l'ayant pas choisie, la subissant; des éléments explicatifs sont manquants à leur récit. Le récit de souffrance des laissantes, sans l'être totalement, est plus complet que celui des laissées, ce qui dès lors leur ouvre la porte à une plus grande réflexivité : on le voit dans leurs récits, elles se positionnent davantage quant aux apprentissages tirés de cette expérience, quant aux nouvelles attentes vis-à-vis du lien conjugal. Cette intuition semble s'arrimer aux études sur la place du récit dans la reconstruction d'une biographie. N'est-ce pas Hydèn (1997 : 49) dans une recherche exhaustive sur le récit et la maladie qui mentionne que « The narrative's importance lies in its being one of the main forms through which we perceive, experience, and judge our actions and the course and value of our lives. » Le récit des participantes à cette recherche s'inscrit dans cette mouvance. Hydèn (1997 : 54) parle de la 'maladie comme récit' (*illness as narrative*) où « the narrative plays a central role both in the occurrence of the illness and in shaping the manner in which it impinges on the life of the individual. » C'est-à-dire que le récit joue un rôle central dans la construction de la maladie. Good (1998 : 289-290) abonde dans le même sens

« Le récit est une forme par laquelle l'expérience est représentée et transmise, par laquelle les événements sont donnés comme ayant un ordre cohérent et significatif, par laquelle l'action et les faits sont décrits parallèlement au vécu qui leur est associé et à ce qui leur donne un sens pour les personnes impliquées. »

Voilà, ce qui explique, à notre avis, la différence entre les laissantes et les laissées quant à l'exhaustivité de leurs récits respectifs.

4.2 LES FEMMES 'LAISSANTES' (ARTEMISIA, CHIARA, CONSUELO, DOLORES)

4.2.1 LE LIEN SOCIAL PROBLÉMATIQUE

On l'a vu plus haut, la trajectoire des femmes 'laissantes' est amorcée par un lien conjugal problématique. Les femmes interviewées ont parlé de mariage de raison, de violence psychologique, de violence physique, de vie secrète du conjoint. Chacune de ces 'situations' se déploie différemment...

4.2.1.1 LE MARIAGE DE RAISON

Ce n'est pas moins de trois femmes sur les quatre de cette catégorie qui avouent avoir convolé en justes noces de raison. Deux d'entre elles reconnaissent spécifiquement s'être mariées au nom de valeurs, de responsabilité, de sentiment du père adéquat. Chiara résume à merveille l'essence de leurs discours :

c'est drôle, je savais que je faisais un mariage de raison, moi. Je ne me suis pas mariée à [X] parce que j'étais amoureuse de lui. Je le respectais, je trouvais qu'il avait de belles valeurs, j'étais certaine que ça allait être un bon mari, un bon père responsable, je l'aimais pour les valeurs que nous partagions. Mais je ne l'aimais pas de cet amour qu'on devrait ressentir quant on décide de s'engager pour la vie avec quelqu'un.

Sciemment, on renonce au désir... Les participantes Artemisia et Chiara se sont mariées en renonçant de pleine conscience à une attirance physique, leur motivation étant mue par d'autres impératifs qui semblent, selon elles, plus hauts voire plus dignes...

j'ai été 25 ans mariée (...) avec un homme que je savais dès le départ que je désirais pas physiquement mais que à ce moment là, je ne voulais pas que ça ait d'importance dans mes valeurs, ou quelque chose du genre. [Artemisia]

4.2.1.2 LA VIE SECRÈTE DU CONJOINT

Une femme laissante, Consuelo, laquelle est aussi mariée de raison, ignore que son conjoint mène une vie secrète. C'est à son insu que son partenaire développe une dépendance au cybersexe...

- J'ai découvert après dix ans de mariage que [X] était très profondément accros, il avait une dépendance

- À quoi?

- Au cybersexe. et je ne savais pas. Et c'est là que j'ai appris pourquoi il avait perdu deux jobs, c'est là que j'ai appris pourquoi il ne travaillait pas. C'est là que j'ai compris sa passivité, qu'on ne faisait jamais l'amour, j'ai compris pleins de choses (...)[Consuelo]

Il va sans dire que cette existence secrète du conjoint perturbe le lien conjugal mais également le rapport identitaire de cette femme. Nous reviendrons sur ce dernier point incessamment.

4.2.1.3 LA VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE, LA VIOLENCE PHYSIQUE

La violence psychologique est le lot de deux femmes 'laissantes', Artemisia et Dolores. L'une doit subir de nombreux assauts verbaux quant à ses capacités d'accomplissement comme mère au foyer, quant à son identité de femme, etc, etc. ...

Et vers la fin de notre relation (...) au niveau des choses difficiles qu'il avait à me dire, ça commençait à dépasser un peu les bornes, exemple que si j'étais restée à la maison avec les enfants c'est que je n'étais pas capable de faire autre chose (...) alors il y a eu des choses comme cela, ou encore, si on se sépare tu vas être avec une femme parce que je pense que tu es lesbienne (...) on dirait que vers la fin c'était comme des claques à chaque fois pis ça revenait à intervalles assez réguliers (...) [Artemisia]

Dolores s'éprend d'un homme qui deviendra rapidement contrôlant dès qu'ils auront emménagé ensemble:..

Du moment où je l'ai rencontré ça allait bien mais c'est quand je suis allé rester avec, je dirais que ça s'est détérioré...là le contrôle a embarqué pis toute là, la manipulation fait que là j'ai dit youpelaille, il y a quelque chose qui ne fonctionne pas ici...[Dolores]

il est arrivé dans ma vie, fait que je me suis dit il a l'air gentil, sens de l'humour, j'avais bien du fun avec lui, on allait au restaurant, on faisait pleins d'activités, pis quand j'ai été

resté avec, en 99, fiiiit pu de sorties pu rien, le contrôle, il me traitait de noms, n'était jamais de bonne humeur (...)[Dolores]

Non seulement le contrôle maladif de cet homme s'accroît - coups de fil incessants, traque – mais celui-ci continue sa malheureuse ascension vers une tristement prédictible violence physique : d'abord 'brassée' et 'secouée', violence qui la pousse à quitter le logement conjugal, elle sera, quelques mois plus tard, assaillie sur une piste cyclable; s'en suivra la rupture conjugale.

Déjà est-il possible d'entrevoir que tout ne tourne pas rond au sein de ces liens conjugaux. De toute évidence, il y a souffrance en la demeure. Mariage de raison, violence psychologique, violence physique, vie secrète du conjoint, ces situations portent en elles un immense potentiel explosif. Qu'elles soient artisanes ou victimes, il reste que ces situations ont une incidence sur le bien-être du lien conjugal mais également sur le rapport au monde, aux autres qu'entretiennent ces femmes. Les mariées raisonnables, les victimes de violence et de la vie secrète du partenaire, toutes sont ébranlées par ce lien conjugal problématique, maintes remises en question furent : identité, corps, relations sociales, habitudes, etc ... il y a rupture biographique.

4.2.2 LA RUPTURE BIOGRAPHIQUE

Souffrance, donc, émanant d'un lien social pathogène. Souffrance dont l'origine est connue chez les unes, mariage de raison, violence, ou inconnue chez l'autre, la vie secrète du conjoint. Interrogations, sentiment d'inexistence sociale voire désintégration identitaire et corporelle résultent de ce lien social pathogène.

4.2.2.1 LE MARIAGE DE RAISON

De convoler en justes noces de raison, faire fi du désir et de l'attirance amoureuse et embrasser le rationnel en préconisant d'abord certaines valeurs communes et une potentialité parentale, semble entraîner de sérieuses répercussions identitaires et corporelles chez les femmes ayant choisi cette voie. Artemisia et Chiara s'inscrivent totalement dans cette dynamique. Quant à

Consuelo, bien qu'elle ait évoqué indirectement le mariage de raison, c'est plutôt la vie secrète de son partenaire qui contribuera à sa rupture biographique. Nous y reviendrons sous peu.

Il est en effet intéressant d'observer chez elles, Artemisia et Chiara, comment elles ont le sentiment d'être dans une rupture identitaire au sein de ce mariage de raison. Elles sont d'ailleurs particulièrement éloquentes à ce sujet. Ici, Chiara nous parle de cette dichotomie entre vie intérieure et extérieure :

(...) imagine une situation où, moi je suis avec un bon mari, j'ai deux beaux enfants que j'aime à la folie et je suis une personne qui aime l'harmonie donc on a une relation qui est très civilisée mais de mon point de vue à moi, qui est toujours fausse. [Chiara]

Voilà clairement relaté dans cet extrait le rapport aux valeurs, l'harmonie familiale, une relation 'civilisée', dans laquelle pourtant elle se perd, ne se reconnaît pas.

j'étais pas vraiment moi-même. je vivais dans une vie avec [X] qui ne me satisfaisait pas. Alors cette insatisfaction là modifiait mes habitudes. Moi je suis une fille joyeuse pleine d'énergie mais j'étais triste...[Chiara]

Une réalité semblable est notable chez Artemisia...

Moi j'étais une femme qui avait l'air absolument douce et souriante, tout le monde me disait mon dieu comment tu fais parce que [X] il avait l'air pas évident et je ne réagissais pas, j'avais le sourire, j'encaissais mais ça ne veut pas dire que je n'en vivais pas de la colère. [Artemisia]

De plus, cette perte de soi, cette tension semblent également prendre une forme corporelle... Ainsi, Chiara associe-t-elle le fait d'étouffer au sein de ce mariage de raison à ses graves problèmes pulmonaires...

Oui...j'étais pas bien, c'est le stress, la tension constante (...) Je finis par étouffer, par me sentir en prison, les problèmes respiratoires (...) [Chiara]

Bien que son expérience soit teintée de violence psychologique, Artemisia nous parle en des termes similaires de ce rapport entre détresse identitaire et détresse corporelle.

C'est plus comme si mes symptômes psychologiques et physiques m'ont dit quelque part que si je restais dans cette relation là, je finirais par mourir entre guillemets, j'avais à avoir beaucoup de, en fait j'ai un stimulateur cardiaque depuis 93...puis honnêtement, j'ai l'impression que la difficulté psychologique que je vivais dans mon couple quelque part a contribué à ce que je développe cette maladie, mais ça c'est vraiment une forme d'intuition... [Artemisia]

Dans les deux cas, le symbole est fort. L'une étouffe dans son mariage de raison et est affligée de graves problèmes pulmonaires; l'autre, détruite psychiquement tant par la violence psychologique que le mariage de raison, a le cœur, 'siège des sensations et des émotions', qui flanche ...

Les séquelles du mariage de raison sont apparentes dans cette imbrication de détresse identitaire et corporelle mais c'est dans le rapport sexuel que cette rupture biographique paraît atteindre son paroxysme chez Artemisia et Chiara. L'écart entre le soi 'intérieur' et l'image extérieure projetée s'apparente à un gouffre. Bien qu'elles n'éprouvent aucun désir, aucune attirance pour leurs époux respectifs, ces femmes se plient néanmoins à l'acte sexuel. Comme si elles s'inscrivaient dans une dynamique sacrificielle quant aux rapports sexuels. Elles se soumettent aux rapports sexuels toujours au nom d'une harmonie, nous dira Chiara, afin d'éviter que ne se détériore une relation déjà conflictuelle, affirmera Artemisia.⁷

Je n'étais pas capable de prendre son amour, son amour m'énervait. Sur le plan sexuel, lui il la trouvait très jolie sa femme pis il l'aimait pis moi ce n'était pas ça, il n'y avait pas de désir. C'était comme un enfant pour moi. (...) Ce que j'haïssais de moi c'était de ne pas être claire, ce que je vivais en dedans et ce que faisais c'était disjoint, j'étais fausse alors je ne me refusais pas à [X], j'aurais dû le faire, des fois je me trouvais même putain, ça n'avait pas de bon sens! La seule différence c'est qu'il ne me paye pas! Je portais un jugement sévère sur moi de fausseté. [Chiara]

- oui et aussi l'autre dimension c'était notre sexualité qui était très très difficile, moi n'ayant pas de désir et lui ayant une super libido, c'était vraiment compliqué à gérer depuis le début puis pendant les 25 ans, on a fait l'amour en moyenne 3 fois par semaine durant toutes ces années là sans que moi j'en ai vraiment envie (...) il avait une période où c'était présent et très très difficile, tu sais quand tu fais l'amour et tu as un profond dégoût...

- pourquoi vous vous donniez quand même à lui?

- parce que sans ça c'aurait été encore plus conflictuel. [Artemisia]

⁷ Bien que leurs expériences s'apparentent fortement, il faut toutefois souligner, encore une fois, que celle d'Artemisia est aussi teintée d'une violence psychologique. Son expérience se voit donc complexifiée de ce fait. Ainsi, chez elle, éviter d'empirer le conflit implique le spectre d'une violence psychologique de la part de son époux.

4.2.2.2 LE RAPPORT SACRIFICIEL ET VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE - DÉVALUATION IDENTITAIRE, DÉSENSIBILISATION CORPORELLE

L'expérience complexifiée d'Artemisia, où le rapport sacrificiel au corps est accentué par la présence d'une violence psychologique, résulte en une concoction létale dont l'effet est double : une dévaluation identitaire et une désensibilisation du corps.

(...) de ce qu'il me reflétait, que moi je [goûtais] de moi, que je suis une femme qui n'est pas capable d'aimer et une femme sans sexe et quelque part, j'avais peut-être l'impression que c'était vrai, donc j'en mettais une partie sur moi, la responsabilité si on veut, et avec le temps je me suis désensibilisée au niveau corporel pour que je puisse supporter cette vie sexuelle. [Artemisia]

Elle se soumet de son propre gré à l'acte sexuel avec son mari envers lequel elle n'éprouve aucun désir mais aussi doit-elle subir, en plus de ce sacrifice, une violence verbale, psychologique.

Malgré que les parcours d'Artemisia et Chiara diffèrent, quelques similitudes sont notables quant à la rupture biographique opérée : toutes deux ressentent ce sentiment de mener une fausse vie, d'une perte de soi tant identitaire que corporelle au sein de ce mariage de raison. Toutes deux se sont mariées au nom de valeurs, en dépit du désir et toutes ressentent une profonde rupture identitaire entre ce qu'elles ont l'impression d'être et l'image extérieure qu'elles projettent. Cette contradiction est totale et les répercussions le sont également : le corps entier se trouve en rupture, les sentiments, les sensations ne s'arrêtant pas aux frontières délimitées artificiellement par le rationnel dualisme occidental. Plus spécifiquement, le rapport sacrificiel au corps qu'elles entretiennent semble contribuer d'une manière significative à cette perte de soi.

Cependant, il demeure nécessaire de garder, en arrière-plan, la conscience que l'expérience d'Artemisia est habitée d'une tension supplémentaire provenant de la violence psychologique de son mari. Tel que nous venons de le voir, de ce fait la rupture biographique paraît d'autant plus vertigineuse chez elle.

4.2.2.3 LA VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE

4.2.2.3.1 L' INÉGALITÉ

Continuons cette exploration en regardant comment la violence psychologique est une source de rupture biographique de laquelle ressort un fort sentiment d'inégalité chez les victimes. Un exemple peut-être celui d'Artemisia qui, sous la tension psychologique créée par son conjoint, renonce au patrimoine familial...

(...) la comparaison c'était : toi à la maison (...) avec les filles et moi je suis [professionnel], penses-tu qu'on peut partager le patrimoine? J'avais comme pas le choix car son rapport à l'argent faisait que j'étais pas mal certaine que si je refusais on devait se séparer pis je n'étais pas en mesure de faire face à ça, les filles étaient petites et j'étais déjà parti une première fois, peut-être un an avant et là il m'avait dit je vais avoir des bons avocats tu n'auras pas la garde blablabla (...) Donc pour moi ça été une première blessure très profonde, j'en ai pas parlé à personne (...)[Artemisia]

Dolores, prise dans une dynamique de contrôle, sans pouvoir d'emblée identifier exactement ce qui cloche au sein de sa relation conjugale, ressent, elle aussi, cette impression d'inégalité...

mais je savais qu'il y avait quelque chose dans la relation qui faisait pas, qui marchait pas, parce que je me sentais pas égale à lui, je me sentais tout le temps inférieure, j'étais bien quand il allait travailler, autrement dit. je souhaitais qu'il aille travailler même qu'il fasse de l'overtime.[Dolores]

4.2.2.3.2 L' INEXISTENCE

Résulte de cette dynamique inégalitaire, un profond sentiment d'inexistence...

J'étais triste et souvent en colère parce qu'il me provoquait tout le temps, quand je restais avec lui, il n'y avait jamais rien pour lui faire plaisir, il chialait sur toute... même moi ma présence à moi... à un moment, il m'a dit même : si je suis avec toi je me sens seul....ça veut dire, pourquoi je reste dans cette relation là? Ça me donne absolument rien. (...) [Dolores]

Quand j'étais avec lui il ne m'appréciait pas, j'étais comme un meuble dans la maison... il rentrait même pas salut bonjour, il s'en allait à l'autre porte, sur le balcon prendre une bière... c'est comme je n'existais même pas...[Dolores]

Le mécanisme de la violence psychologique semble ramener la victime dans une position inférieure. On l'a vu, les conséquences sont tangibles : dévaluation identitaire où les capacités sociales sont questionnées (moi, une femme sans sexe?; suis-je capable d'aimer?) mais aussi, un profond sentiment d'inexistence, on est moins que rien.

4.2.2.4 LA VIOLENCE PHYSIQUE

La suite logique, et malheureuse, de la violence psychologique est la violence physique. L'une des participantes, aux prises avec un conjoint obsédé qui tente de la contrôler, y goûte. Elle est assaillie sur une piste cyclable. Résulte, à ses dires, de cet assaut un choc post-traumatique. La voilà anéantie : points au cœur, crises de paniques, insomnie, maintes remises en question...

pis quand il y a eu l'agression, non, j'avais beaucoup de remises en question sur moi-même, je me disais qu'est ce que j'ai faite qui n'a pas fonctionné... je vivais de l'anxiété, crises de panique, angoisse (...) un moment donné je me promenais sur la rue pis je pensais que lui il était sur la rue, j'étais comme figée là, sur le bord du trottoir, pas capable d'avancer ou le cœur me mettait à battre ben ben fort (...)[Dolores]

4.2.2.5 LA VIE SECRÈTE DU CONJOINT

Consuelo ignore totalement que son conjoint mène une vie secrète. Une vie secrète qui a certaines incidences sur celle conjugale : elle se détériore, la tension est palpable... L'instabilité du conjoint, perte de plusieurs emplois, une distanciation émotive et sexuelle, ont tôt fait de déteindre sur le rapport identitaire et corporel de Consuelo, ils s'incrument dans son être...

je ne comprenais pas pourquoi cet homme avec qui j'avais partagé ma vie pendant tellement longtemps, avec qui j'avais été tellement généreuse et tellement bonne, n'arrivait pas à me toucher et à me dire que j'étais belle, donc je me regardais dans le miroir et je me disais mais tu es absolument ravissante comment ça se fait...mais en même temps je le regardais lui et le miroir qu'il était lui c'était indifférent, I was like how is this possible that I don't trigger any kind of emotion for this guy?[Consuelo]

Ça faisait trop longtemps que je vivais avec la colère constante, constante, constante, j'étais toujours en colère après [X] parce qu'il ne foutait rien, il ne cherchait pas de travail, il n'avait pas de revenu, ahhhh... c'est très lourd vivre avec quelqu'un qui a une dépendance, ça grugeait dans mon énergie à moi puis je me suis rendu compte qu'après dix ans de froideur physique et mentale parce que [X] n'était pas capable d'exprimer verbalement de l'affection, ni de démontrer de l'affection et j'étais en train de mourir à l'intérieur...

- le manque de...
 - de tout! Jamais t'es belle, jamais, pas de câlins, rien, puis voilà ça grugeait dans moi.[Consuelo]

Ça m'a beaucoup affectée parce que ça m'a laissée affamée, pour de l'amour et j'ai commencée à questionner mon estime de soi, tu me dis jamais que je suis belle...[Consuelo]

Ici aussi, un profond sentiment d'inexistence, le besoin du regard de l'autre, d'une proximité physique, affective, d'une reconnaissance. Cette femme est laissée dans le noir, ne comprenant pas ce qui lui arrive, ce désistement affectif... Dès lors, elle ne peut que se remettre en question, cherchant un fil conducteur, une réponse à la détérioration de sa relation conjugale.

C'est dans la découverte de la dépendance de son mari que tout (re)prendra place...

Ainsi se déploie la rupture biographique. Qu'elle ait ses sources dans le mariage de raison, la violence psychologique et physique, la vie secrète du conjoint, on constate que ces femmes remettent en question, interrogent à la fois leurs actions, leur identité, leur rapport au monde, bref leur biographie. Le lien conjugal problématique vient effectivement questionner leur existence sociale. L'une en vient à se demander si elle est femme, l'autre est perplexe quant à son incapacité de provoquer quelconques émotions chez son conjoint. L'ébranlement est total, ces femmes en sont affectés dans tout leur être. C'est pourquoi elles entreprennent des démarches thérapeutiques...

4.2.3 LES STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES

Ces femmes se tournent alors vers une panoplie de stratégies thérapeutiques. Certaines consultent leur médecin, d'autres se font masser ou suivent une psychothérapie; elles prendront des antidépresseurs, elles recevront le support des amis, de l'amant, de la famille. Les options sont donc multiples mais essentiellement les objectifs sont les mêmes : une reconstruction de soi et de son corps afin de confirmer la légitimité de son existence.

Une des stratégies employée est la prise d'antidépresseurs. Cette stratégie sera étudiée plus en détail dans une section ultérieure. Elle ne sera donc qu'évoquée en surface ici.

Le recours aux stratégies thérapeutiques semble s'opérer dans une double direction : soit va-t-on vers elles soit viennent-elles à soi. Ainsi, on ira vers une thérapie en décidant d'aller consulter son médecin, inversement la thérapie viendra à soi dans le support des amis ou de la famille.

4.2.3.1 L'EXPERT

Les femmes ont recours à des experts dans leur démarche thérapeutique. L'expert, on le désigne comme l'un de ces professionnels qui détiennent une expertise thérapeutique dans un domaine précis. Les experts auxquels les femmes 'laissantes' auront recours sont les médecins, psychothérapeutes et massothérapeutes. Elles se tournent aussi vers des organismes d'entraide, lesquels ont aussi été inclus sous cette bannière d'expert.

4.2.3.1.1 LA CONSULTATION DU MÉDECIN

Chiara, mariée de raison, est à la fois rongée par le stress de sa fausse vie et submergée par la culpabilité et la honte à l'idée de devoir laisser cet homme si bon qui « *ne méritait pas que je lui fasse cette peine* ». De son propre aveu, le stress de cette situation la rend malade. Elle se tourne vers son médecin qui lui procure conseils, réconfort, encouragements...

'fait que lui s'était voulu encourageant, il m'avait dit vous savez des fois c'est comme une prison dorée la trop grande gentillesse de l'autre, ça nous retient, il m'avait dit ça...'
[Chiara]

S'en suit la prescription d'antidépresseurs. Si le médecin lui a prescrit des antidépresseurs, c'est afin d'apaiser ces émotions engendrées par l'idée de faire de la peine à son conjoint, '*un si bon homme*', nous dit-elle.

Il est possible d'observer comment la relation médecin-cliente s'étend au delà des simples considérations médicales. Il lui prodigue des conseils sur sa vie conjugale et, conséquemment, lui prescrit des antidépresseurs pour l'aider à surmonter le stress que lui occasionne sa relation conjugale.

Aussi peut-on voir comment le couple médecin-antidépresseurs sert en quelque sorte de tremplin : ses conseils ajoutés à l'antidépresseur permettent, en partie, à Chiara de vaincre sa culpabilité, d'atténuer son stress et de passer à l'acte, de finalement rompre avec cette 'vie fausse' et de se retrouver. Nous reviendrons ultérieurement sur ce rapport aux antidépresseurs...

4.2.3.1.2 LA CONSULTATION D'UN MÉDECIN ET D'UN PSYCHOTHÉRAPEUTE

Le médecin comme stratégie thérapeutique est aussi le fait de Consuelo. Le lien conjugal problématique, la découverte de la vie secrète de son conjoint (sa dépendance au cybersexe) ajoutée à une surcharge de travail ne font qu'augmenter une tension déjà palpable chez elle, la rendant difficilement supportable. C'est finalement la visite des beaux-parents qui fait sauter la soupape, trop c'est trop. C'est ce qui la pousse à consulter son médecin, lequel lui pose un diagnostic : burn-out. À ce moment lui sont proposés des antidépresseurs mais celle-ci préfère d'abord tenter la psychothérapie, en vain : sa psychologue est catégorique...

'Donc je suis allée voir ma thérapeute, elle a dit honey on ne peut rien faire avec toi si tu ne prends pas des médicaments, t'es à bout, you're finished.' [Consuelo]

Elle se rabat donc sur l'antidépresseur.

Consuelo a donc recours à plusieurs experts : d'abord le médecin lequel pose un diagnostic, propose une solution, la prise d'antidépresseurs. Consuelo affirme sa réticence face à cette option et se tourne vers une autre stratégie, la psychothérapie. C'est seulement lorsque le deuxième expert lui confirme la nécessité de prendre cette médication pour débiter les traitements qu'elle accepte la prise d'antidépresseurs. Comme si l'antidépresseur servait ici de carte d'accès à la psychothérapie qu'elle prône.

Mais aussi, vient-elle légèrement nuancer son rapport aux experts : la psychothérapie s'avère aussi essentielle pour l'accompagner dans cette prise d'antidépresseurs. Nous dit-elle que...

'je ne veux pas prendre un médicament qui m'affecte mentalement, spirituellement, psychologiquement sans être suivie par quelqu'un, d'extérieur à mon monde à moi' [Consuelo]

Il est intéressant d'observer que les deux femmes ayant recours à leur médecin se font proposer la prise d'antidépresseurs. Une seule d'entre elles reçoit un diagnostic 'formel', le burn-out (Consuelo), lequel se définit comme un grand épuisement. Évidemment, il est impossible de dissocier le médecin de la prescription d'antidépresseurs mais rien n'implique que celle-ci soit une équation automatique du genre médecin égale antidépresseur. Mais c'est ce qui se passe dans les deux cas. Notons aussi que c'est le médecin qui propose le premier la prise d'antidépresseurs. Les femmes n'en ont pas fait la demande. Il est aussi possible d'observer comment le rapport au médecin transcende les simples considérations médicales et s'aventure dans une relation de confiance où réconfort et conseils sur la vie conjugale sont prodigués.

4.2.3.1.3 LE MASSEUR

Tantôt il a été vu comment Artemisia, mariée de raison et victime d'une violence psychologique, s'est désensibilisée corporellement dans une tentative de préservation identitaire, voire de survie. Ce rapport identitaire au corps se voit rappelé à l'ordre du jour par la venue d'un masseur à la maison. C'est le début pour cette femme d'une longue réappropriation corporelle et identitaire...

-j'ai invité un massothérapeute à venir à la maison (...) ça duré une heure et demi mon massage à moi pis pendant une heure et demi j'ai sangloté sans arrêt (...) là ça m'a fait, mon dieu, qu'est-ce que c'est? Qu'est-ce qui m'arrive?

- Comme un contact avec son corps?

- avec la douleur... avec un fond de douleur incroyable ...[Artemisia]

(...) tu sais moi j'ai été très mal touchée toute ma vie et là, je pense que c'était la première fois de ma vie qu'un homme me touchait de façon respectueuse (...) ça touchait beaucoup de choses à l'intérieur de moi (...) ce contact là a déclenché ces pleurs là.[Artemisia]

(...) ce que j'ai réalisé à cause de ce massothérapeute là c'est que j'étais parfaitement constituée, que je pouvais développer une sensibilité, des sensations physiques, du désir, il n'y avait rien de cela qui était déficient, ce n'était pas là mais ça n'a pas été long que c'est apparu, ça s'est révélé pis là, je me suis rendu compte que mon dieu...[Artemisia]

4.2.3.1.4 LES ORGANISMES D'ENTRAIDE

Émerge aussi des récits de ces femmes 'laissantes' une autre forme de stratégie thérapeutique en la consultation d'organismes d'entraide. Une stratégie qu'emploie Dolores. Aux

prises avec un conjoint contrôlant, elle profite de ses rares moments de liberté pour se renseigner sur les ressources d'entraide disponibles, existantes. Savoir que des organismes d'entraide existent, savoir qu'ils sont accessibles - refuges, maisons pour femmes, banques alimentaires, banques de linge, ressources téléphoniques, etc. - la sécurise. La conscience de leur existence constitue pour elle une démarche thérapeutique. En quelque sorte, elle sait, de par ces ressources et organismes, qu'elle possède l'appui, le support d'autrui, que l'aide est à portée de main.

j'avais pas beaucoup de moyens financiers pour partir mais comme je connais toutes les ressources je savais que je pouvais partir et me débrouiller pareil (...) oui fait que je savais que j'avais comme un moyen pour m'en sortir, j'avais un moyen pour partir....ça m'a aidé.[Dolores]

Cette stratégie thérapeutique paraît aussi être le début d'une conscience qu'une fin est possible, envisageable : « j'avais un moyen de partir »; avec la connaissance de l'existence de ces ressources, la possibilité d'un départ prend forme.

Donc, un recours à divers experts pour sensiblement les mêmes raisons : on veut confirmer une impression d'existence. La reconnaissance par l'expert de la légitimité de son être, qu'elle soit par la parole ou l'action (l'antidépresseur du médecin, le touché du masseur), la conscience de la présence d'un support d'autrui, entament une réappropriation biographique.

4.2.3.2 LES AMIS, LA FAMILLE

Les amis et la famille s'inscrivent aussi dans cette dynamique. Ils se révèlent être une stratégie thérapeutique éprouvée. Un être cher en souffrance, en détresse, en rupture biographique, ne laisse ni ses amis ni sa famille indifférent. À l'inverse du rapport à l'expert, une démarche thérapeutique qui vient à soi. On converge vers l'être blessé, on apporte support, écoute, compréhension, empathie. On apporte également confirmation d'une démarche, confirmation d'une existence sociale. L'apport est capital. Identité déconstruite, chamboulée, remise en question, rupture biographique, au sein du lien conjugal pathogène, l'encouragement des amis et de la famille, la confirmation de ce lien social pathogène par ceux-ci viendrait-elle dès lors contribuer à la réappropriation de soi, à la reconstruction biographique...

Toutes mes sœurs, elles souhaitaient tous qu'enfin je fasse quelque chose parce qu'elles avaient toutes été conscientes que j'étais pas bien dans ce mariage là, je n'étais pas avec le bon compagnon [Chiara]

moi j'avais beaucoup de soutien autour de moi (...) Il lui a même dit : au moins, elle, elle se prend en mains, en voulant dire que lui il ne faisait rien pour s'en sortir. Mon père l'avait vu tout de suite qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas avec lui... [Dolores]

À l'opposé, les liens intimes qui infirment la démarche thérapeutique, démentent le caractère pathogène du lien social, sont d'emblée exclus...

Il y avait une amie justement qui prenait sa part à lui. Ben elle, je l'ai flushé...elle ne comprenait pas la situation que je vivais. [Dolores]

4.2.3.3 L'AMANT

L'amant est aussi, en quelque sorte, une forme de stratégie thérapeutique. Le mariage de raison, la rupture biographique qui s'en suit, la relation sacrificielle au corps, l'arrivée de l'amant permet d'envisager la possibilité d'une suite, d'un après, d'un avenir; Aussi sa présence aide-t-elle à franchir la difficile étape à venir, celle de la rupture conjugale...

J'étais tannée, j'étais pas capable de me projeter dans le futur avec lui pis en plus, à ce moment j'avais rencontré l'homme qui allait devenir mon deuxième conjoint. La présence de ce conjoint là a certainement influencé la décision mais elle était inévitable de toute façon. [Chiara]

Donc, maintes stratégies thérapeutiques afin d'atténuer une souffrance. Les diverses stratégies employées le sont dans une optique de confirmation d'existence de soi, qu'elles soient initiées par les femmes elles-mêmes ou par autrui, amis, famille, amant.

L'expert, qu'il soit médecin, psychologue, masseur, organismes d'entraide propose des pistes de rétablissement et fournit une présence compassionnelle.

Les amis, la famille, l'amant, dans une même dynamique, apportent présence, compréhension, confirmation. Ce qui permet dès lors d'entreprendre une reconstruction biographique.

4.2.4 LA RUPTURE CONJUGALE

Ce tissage, ou retissage, de liens sociaux significatifs, rapports de confiance avec les experts, les amis, la famille influe donc sur le bien-être identitaire de ces femmes, confirmant la légitimité de leurs démarches, de leur existence.

Arrive la rupture conjugale. La trajectoire semble assez linéaire : un lien conjugal pathogène lequel provoque une rupture biographique laquelle mène à user de stratégies thérapeutiques lesquelles mènent à la rupture conjugale.

Mais, justement, qu'en est-il de ce dernier maillon? La rupture conjugale émane-t-elle effectivement de ces stratégies thérapeutiques? Y a-t-il un lien entre ces stratégies thérapeutiques, ce début de confirmation de soi et de sa démarche et la rupture conjugale subséquente? Les récits de certaines de ces femmes laissent présager que oui. C'est d'ailleurs Chiara qui évoquait l'impact de la présence de son amant dans sa décision de rompre. Et c'est Dolores qui nous informait de l'importance de savoir la présence de ressources d'entraide dans sa trajectoire de rupture. On pourrait effectivement y voir un lien direct entre les stratégies thérapeutiques entreprises et la rupture conjugale subséquente. Cependant, pour d'autres femmes, le lien n'est pas aussi direct. D'autres éléments perturbateurs viennent initier la fracture, notamment des épisodes de violence psychologique. Malgré que dans quelques situations le lien soit indirect, on ne peut nier l'influence, aussi allusive soit-elle, des stratégies thérapeutiques sur la rupture conjugale.

4.2.4.1 LIBÉRATION

Aussi, faut-il garder en tête que la rupture conjugale constitue en soi une stratégie thérapeutique. En effet, pour trois d'entre elles, Artemisia, Chiara, Consuelo, de franchir cette étape constitue une véritable libération. Elles ne tarissent pas d'épithètes : '*exhilarated!*' nous dit Consuelo lorsqu'elle évoque le sentiment ressenti lors de la rupture conjugale.

Elles se libèrent mais aussi se tournent vers la suite des choses, reprendre une vie...

Après avoir quitté [X] je me sentais tellement soulagée, je me revois dans la piscine de ma sœur, seule, oh mon dieu que je me sentais légère ... c'était fait, enfin c'était fait, pis j'allais pas revenir en arrière, fait que là, je pouvais recommencer à reprendre une vie...[Chiara]

(Chiara recommence effectivement à reprendre une vie, cessant peu de temps après sa prise d'antidépresseurs et, éventuellement, emménageant avec son amant, devenu conjoint par le fait de la rupture.)

C'était si incroyable de réaliser, wow! je suis à moi, je m'appartiens, je n'ai plus de comptes à rendre, j'existe pour moi-même, tu ne peux pas imaginer ce que ça peut faire comme feeling quand ça fait 25 ans que tu es coincée quelque part et tout à coup, ce n'est pas un rêve, tu ne dépends plus du regard d'un autre, c'est extraordinaire...[Artemisia]

Voilà, pour Artemisia cette étape est cependant baignée d'ambivalence : autant libération que culpabilité.

Les deux semaines qui ont suivi cela je me sentais vraiment euphorique, un état d'euphorie incroyable, une libération, je ne portais pas par terre, c'était mitigé mais j'avais beaucoup de ces moments là (...) j'avais changé d'univers et là je me suis rendu compte, mon dieu, comment se fait-il que j'ai vécu cela 25 ans? Pourquoi je ne suis pas sortie de là avant? Je ne pouvais pas comprendre, ça m'a pris des mois à me pardonner d'avoir été aussi nulle, comme si j'avais jeté ma jeunesse aux poubelles, j'avais gaspillé un quart de siècle de ma vie par ignorance.[Artemisia]

Mélange d'euphorie et d'incompréhension, le chemin à parcourir pour Artemisia reste énorme, l'entreprise de réappropriation de soi, entamée par la massothérapie, suivra son cours bien après la rupture conjugale. Nous y reviendrons sous peu.

4.2.4.2 TRAUMATISME

Toutes ne vivent pas cette 'libération'.

Hélas, d'initier la rupture conjugale pour Dolores provoque davantage de violence psychologique de la part de son conjoint. Harcèlements téléphoniques, traque, nombreuses présences à la cour, l'épreuve durera deux années. Il en a été question précédemment : angoisse, points au cœur, insomnie, choc post-traumatique, exclusion sociale sont le lot de son existence.

Celle-ci se tourne donc vers d'autres stratégies thérapeutiques, entreprenant une thérapie de 'dévictimisation', consultant son médecin...

J'étais trop pris par cela, j'étais toute seule pris avec mes affaires, avec mes problèmes. J'en parlais avec mes amis avec ma mère mais j'avais pas d'activités non plus, de sorties pour me distraire, c'était toujours juste cela, la cour, lui qui n'arrêtait pas, les conditions, les policiers.[Dolores]

Ainsi, va-t-elle voir son médecin sachant qu'il pourrait lui prescrire des antidépresseurs...

c'est pourquoi je voulais qu'il me donne des antidépresseurs, je n'étais plus capable par moi-même d'aller dans les magasins ou aller voir mes amis, je ne sentais pas assez bien pour y aller ... je vivais de la panique à l'intérieur de moi, de l'angoisse...moi j'attendais, il m'en avait proposé sûrement avant mais moi je voulais attendre...[Dolores]

Les quatre femmes 'laissantes' en viennent finalement à rompre le lien conjugal problématique. Pour la majorité d'entre elles cela constitue une libération. La libération d'un lien social pathogène. On le rappelle, on ne peut faire l'adéquation entre stratégies thérapeutiques et rupture conjugale qu'avec prudence : chez certaines le lien est direct et chez d'autre, supposé, indirect. Certes, de recevoir support de l'entourage, de l'expert, ont une incidence sur soi, ce qui a sûrement contribué à la subséquente rupture conjugale. Cependant, il est possible aussi de voir que la rupture conjugale ne constitue pas en soi la résolution de la rupture biographique liée au lien conjugal problématique. Avec elle ressortent les séquelles biographiques d'une vie antérieure. Les démarches thérapeutiques ne sont donc pas tout à fait terminées pour certaines des femmes. Ni elles ne sont terminées pour cette femme toujours en prise avec la violence psychologique de son ex-conjoint.

4.2.5 LES STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES

La visée des stratégies thérapeutiques est sensiblement la même que précédemment à la rupture conjugale où on cherchait une confirmation d'existence, un soulagement et une légitimation de sa souffrance. La différence réside plutôt dans un désir prononcé d'inclusion sociale. On veut à la fois remédier à cette souffrance et 'rejoindre le monde', réintégrer, reprendre une vie sociale.

4.2.5.1 LE TRAVAIL

Certaines des femmes persistent à travailler afin d'éviter la solitude. Artemisia nous mentionnant que suite à la rupture conjugale, elle n'avait pas prise de vacances pour ne pas rester seule.

4.2.5.2 LE MÉDECIN (ET L'ANTIDÉPRESSEUR)

L'épuisement subséquent à une union de raison et de violence psychologique où on a '*acheté une définition de [soi] pendant 25 ans*' catapulte Artemisia dans une profonde dépression. À bout, elle consulte son médecin, lequel la met en arrêt de travail et lui prescrit des antidépresseurs.

Dolores, toujours prise par la traque de son ex-conjoint, va aussi consulter son médecin. La proximité ressentie envers lui la porte à le consulter. Elle va le voir pour qu'il lui prescrive des antidépresseurs afin d'apaiser ses souffrances mais aussi de réintégrer la vie...

Ça bien été avec le Paxil. Le neuf du un 2001... anxiété, insomnie, panique descendues, fait que ça allait beaucoup mieux...aussi je pouvais fonctionner, je pouvais marcher dehors, je n'avais plus de crises de panique, je pouvais aller faire mes commissions, c'était moins pire...[Dolores]

4.2.5.3 LES THÉRAPIES

On se dirige également vers divers types de thérapies. La visée? Donner sens à cette expérience et la réappropriation identitaire.

4.2.5.3.1 LA PSYCHOTHÉRAPIE

On cherche toujours à comprendre le pourquoi, à donner un sens à cette expérience. Pour cette raison, on entreprend une thérapie psychologique, afin d'y trouver des clés...

Le suivi avec la psychothérapeute a aidé beaucoup parce qu'il y a des choses que je ne comprenais pas dans la relation avec lui pis je voulais comprendre, je cherche toujours à comprendre le pourquoi...[Dolores]

4.2.5.3.2 LA THÉRAPIE PSYCHOCORPORELLE

Toujours dans une optique de réappropriation de soi, amorcée avant la rupture conjugale, on cherche à reprendre possession de son corps...

j'ai entrepris une thérapie psychocorporelle et pendant la première année la colère que j'ai extériorisé liée à mon vécu conjugal c'était intense...le travail psychocorporel ça peut être un travail qui est très peu verbal avec une libération des charges alors les coups de pieds, les coups de poings, les hurlements, les cris ... c'est comme si toutes tes charges émotionnelles se logent dans ta musculature (...) moi j'étais une femme qui avait l'air absolument douce et souriante, tout le monde me disait mon dieu comme tu fais parce que [X] il avait l'air pas évident et je ne réagissais pas, j'avais le sourire, j'encaissais mais ça ne veut pas dire que je n'en vivais pas de la colère donc pendant un an ça sorti et surtout la colère liée aux rapports sexuels ... d'être dépossédée de soi sexuellement, oui. C'est énorme, ça fait des ravages. [Artemisia]

Cette femme, dont l'éveil identitaire démarre par le massage, continue par la thérapie psychocorporelle cette reconstruction de soi. L'éloquence de son récit illustre l'ampleur de cette réappropriation de soi, du corps sensuel, du corps sexuel.

4.2.5.4 LA SPIRITUALITÉ

Aussi, préconise-t-on les stratégies alternatives, un peu en réaction à une représentation négative de la médication mais aussi afin de rester en contact avec un corps, une identité que tranquillement on se réapproprie. De ce fait, on va alors dans une contrée lointaine pour méditer.

(...) pour moi ce n'était pas une voie de guérison les antidépresseurs, j'étais plus dans l'esprit des démarches thérapeutiques profondes [...] je suis même allée en Inde l'hiver, 1 mois. [Artemisia]

[Les antidépresseurs c'est] se geler pis ne pas prendre en charge ce qu'on est et ce qu'on vit... c'était embarquer dans le rouleau compresseur de la médication, dans une société, une culture qui produit tellement de gens dépressifs pis qu'on roule sur ce modèle culturel là pis on devient consommateurs d'antidépresseurs à vie pis la vie continue ... c'était vraiment tomber bas...[Artemisia]

la peur que ça me gèle ... je voulais rester en contact avec ce que je ressens, je ne voulais pas perdre ce lien là avec mes émotions, avec mon corps, je redevais vivante, je reprenais possession de moi, il n'était pas question que ça disparaisse. [Artemisia]

Au travers de ces stratégies thérapeutiques, on cherche à adoucir une souffrance, à la comprendre. Il en émane aussi une volonté de (ré)intégrer le monde... Persister au travail malgré l'épuisement, reprendre contact avec son identité sensuelle, sexuelle, revoir ses amis, magasiner et, à la limite, s'adjoindre, dans une quête culturelle, à un autrui, témoignent tous, semble-t-il, d'un profond désir d'inclusion.

4.2.6 LE RAPPORT BIOGRAPHIQUE

Chemin raboteux dont certaines sortent indemnes, d'autres un peu moins, la trajectoire des femmes 'laissantes' comporte des incidences identitaires, biographiques.

4.2.6.1 LA RÉAPPROPRIATION DE SOI (AMÉLIORÉE)

Pour certaines de ces femmes 'laissantes', la rupture conjugale constitue réellement une des stratégies thérapeutiques des plus efficaces. La rupture conjugale contribue à sceller la fin d'une rupture biographique. La réappropriation biographique s'en trouve donc complète voire améliorée. C'est le cas de Chiara pour qui la rupture conjugale constitue l'étape finale de la rupture biographique. C'est ainsi que suite à la rupture conjugale, elle cesse la prise d'antidépresseurs et reprend sa vie, s'étant 'retrouvée' étant 'soi de nouveau'. Ainsi, non seulement on se 'retrouve' mais on retrouve un soi 'amélioré'. C'est le cas de Consuelo pour qui la stratégie thérapeutique employée, la prise d'antidépresseurs, mène à une amélioration de soi, une transformation de soi. Un retour vers le futur en somme : un retour vers un soi d'antan désormais optimal, '*plus équilibrée*', ce, grâce aux antidépresseurs.

- *J'ai les yeux qui brillent, j'ai un sourire tout le temps, je suis une autre personne, je suis moi*
- *T'es toi?*
- *Oui, je me suis perdue complètement dans ce mariage, là je suis revenue moi (...) I feel like I know who I am again... totally*
- *Mais tu te sens toi, même avec l'antidépresseur qui vient un peu réguler ton humeur?*
- *Oui. Ça a affecté mon équilibre, ça m'a rendue plus équilibrée, donc c'est nécessairement une bonne chose.[Consuelo]*

4.2.6.2 APPRENTISSAGE, CONSCIENCE, CONNAISSANCE...

Il semble qu'il découle de cette route tortueuse un apprentissage... En d'autres termes, il pourrait être question de l'acquisition d'une nouvelle conscience de soi, une nouvelle ou meilleure connaissance de ses limites et de ses aspirations. Ainsi, ces femmes nous disent-elles que de traverser cette épreuve leur a permis d'acquérir une meilleure estime de soi. De plus, désormais, '*elles savent ce qu'elles veulent dans la vie*'. Apprendre à '*s'aimer telle que je suis*' implique forcément une transformation du rapport à autrui. Être soi suppose l'autre : les amis, la famille, le conjoint. Nous y reviendrons sous peu...

Aussi, sortir de cette difficile route permet-il l'acquisition d'une identité de femme, en la (re)prise, (re)découverte de son corps sensuel, de son corps sexuel...

ça ne fait pas tout à fait deux ans mais j'ai continué de récupérer mes sensations, mon corps, ma libido... puis je ne suis plus la même au niveau identité de femme sexuelle, c'est comme si j'avais vécu une complète métamorphose...[Artemisia]

Mais voilà, apprentissage, conscience, connaissance donc nouvelle réalité identitaire à assumer. Pour certaines, le lien pathogène et ses séquelles biographiques sont notables au sein de cette nouvelle conscience de soi, ce nouveau rapport à soi : une fragilité perdue...

c'est difficile à mettre les mots... je suis en attente de changement de paradigme en dedans de moi...j'aimerais renoncer à toute une partie d'une image de moi, tout ce que je te dis, la vieille peau qui se sent pas légitime...c'est comme si je ne trouve pas encore le chemin pour arriver à ça (...) on dirait qu'à quelque part j'attends comme un renversement, un kick, un peu comme quand je me suis séparée (...) comme si je me trouvais encore enfermée à l'intérieur de moi... je fais toute sorte de démarches et je frappe toujours un peu comme le même mur de mes limites émotionnelles... des fois je doute de ne jamais y arriver ...[Artemisia]

Il ressort de la trajectoire des femmes 'laissantes' quelques impacts sur le rapport biographique. Certaines, suivant la rupture conjugale, se 'retrouvent'. D'autres se 'retrouvent' en version améliorée, grâce à certaines stratégies thérapeutiques, notamment la prise d'antidépresseurs. Pour quelques unes perdue une fragilité identitaire. La plaie paraît encore vive, triste séquelle d'une rupture biographique majeure. Mais il se détache de cela aussi un apprentissage, l'acquisition

d'une meilleure connaissance de soi. En somme, une nouvelle conscience identitaire. De cette nouvelle conscience émerge dès lors de nouvelles positions sociales...

4.2.7 LE LIEN CONJUGAL

Ainsi retour à soi, conscience de soi, cela n'est pas sans certaines incidences quant aux rapports envers autrui. Une nécessaire modification de la représentation du lien conjugal? Une meilleure estime, connaissance de soi a-t-elle un impact sur les liens intimes? Certaines femmes 'laissantes', Dolores en particulier, se rappellent la souffrance, l'ampleur de la rupture biographique, et considèrent dès lors le lien conjugal comme une perte potentielle, une perte de soi et de ses bien matériels.

4.2.7.1 L'ÊTRE TOTAL

Ainsi, les exigences s'accroissent, les priorités sont redéfinies. On assiste donc, d'une certaine manière, à une exigence d'intégrité de la part de ces femmes; exigence concrétisée dans la 'priorisation' des liens sociaux : la nécessité de l'acceptation de son être entier, égalitaire, pour que le lien conjugal soit possible, c'est-à-dire soi et les autres – amis, famille – dorénavant parties constitutives de soi.

Maintenant je me dis, oui tu peux être en amour, en relation avec quelqu'un mais tes amis tu ne les mets pas de côté, mes amis de fille et mes amis de gars, puis je me dis le gars que je rencontre il m'accepte telle que je suis ou il continue son chemin tout seul ... c'est comme cela que je vois cela...[Dolores]

Maintenant c'est : je suis de telle ou telle façon, tu m'acceptes telle que je suis puis si tu n'aimes pas comment que je suis, tu ne veux pas 'fitter' là-dedans, la porte est là, trouves-toi en une autre ... puis c'est comme cela que ça fonctionne ... moi je crois que les amitiés qu'on a c'est très important...[Dolores]

Un changement dans la 'priorisation' des liens sociaux suite à la rupture. Une appropriation forte du rapport à l'autre, des rapports amicaux et familiaux comme identitaires et immuables, comme partie intégrante de sa biographie. La réalisation de la fragilité du lien conjugal conduit à l'établissement d'une nouvelle base identitaire plus solide en y incluant le lien amical, le lien familial...

Une exigence tant envers soi que l'autre : exiger l'inclusion des amis et de la famille mais également accepter ceux du conjoint. Une exigence qui demande un effort considérable, plus difficilement réalisable avec le temps qui passe.

S'adjoindre à un amoureux c'est s'adjoindre à son quartier, à sa famille, à son environnement social, à tout... c'est beaucoup d'effort ça.[Chiara]

Je pense que l'amour au quotidien, à mon âge, avec un monsieur qui aurait mon âge, je suis rendue à 60 ans, ça doit être pas mal compliqué... y a trop de... on a un passé, on a des familles, on a des amis, plus t'avance dans le temps, entreprendre une relation au quotidien, ça veut dire s'adapter à la famille de l'autre, aux amis de l'autre, les enfants de l'autre... je ne pense pas que ça soit possible, je ne crois plus tellement à la possibilité d'une situation comme celle-là...[Chiara]

4.2.7.2 LA GESTION DU RISQUE

Ainsi, cette nouvelle exigence d'intégrité mène-t-elle, pour certaines, à une dynamique de gestion du risque. Avec, en arrière-plan, la représentation du lien conjugal comme perte potentielle, on prend, dès lors, quelques précautions...

Je suis très prudente avec les gars que je fréquente... pas dire des choses personnelles que j'ai vécu ou en dire mais brièvement...pas entrer dans tout ce que j'ai vécu...essayer de faire confiance, j'ai de la misère encore, je fais confiance mais pas totalement... j'ai appris à me défendre puis j'ai appris à prendre des informations de mon partenaire qui pourraient me servir...[Dolores]

j'essaie aussi d'analyser le comportement de l'autre, je suis comme un psychologue ... on voit ses agissements...[Dolores]

4.2.7.3 UN RETOUR À UNE REPRÉSENTATION IDÉALE DU LIEN CONJUGAL?

Les femmes, lorsqu'elles nous parlent du lien conjugal, évoquent l'égalité, le désir, les valeurs communes, l'équilibre, la complicité... Alors cette transformation quant au lien conjugal, cette nouvelle exigence d'intégrité, cette 'priorisation' des liens, n'est-elle pas, en fin de compte, un retour à cette aspiration à un idéal conjugal?

Le rapport au lien conjugal paraît donc transformé. Cette nouvelle exigence de totalité découle vraisemblablement d'un nouveau rapport biographique. Le soi, maintenant, c'est aussi les proches, les amis, la famille, la nouvelle condition pour la formation d'un futur lien conjugal. Il semble y avoir 'priorisation' des liens sociaux, mais sous toute réserve car le souvenir de la souffrance n'est pas très loin, il faut donc considérer les futurs prétendants avec une certaine prudence, puisqu'un précédent a été créé : le lien conjugal est dorénavant synonyme de perte potentielle.

De pouvoir envisager la possibilité d'un lien conjugal futur, même si elle est faite avec une certaine prudence, c'est peut-être parce que la cassure biographique se trouve en partie 'réparée' ou, du moins, sur la voie de l'être...puisque'il semble qu'il y ait pour certaines femmes une période où l'amour n'est tout simplement pas possible...

4.2.8 LA ZONE SURSITAIRE

Il semble exister une 'zone', pour certaines femmes du moins, une période pendant laquelle on ne veut pas, ne peut pas tisser de liens conjugaux 'amoureux'. Une période de 'latence amoureuse' durant laquelle on ne veut pas et ne peut pas donner ni recevoir d'amour conjugal.

La 'priorisation' des liens sociaux est aussi observable au sein de cette 'zone sursitaire' par laquelle certaines femmes semblent passer au moment de leur reconstruction biographique. La priorité est donnée au bien-être des enfants [Consuelo]. Durant cette période, on veut des amants mais pas d'amour. Essentiellement, c'est le plaisir avant tout qui est recherché. On fuit, on ne veut pas s'impliquer émotionnellement avec un conjoint. Pas de cassage de tête, on assouvit ses pulsions [Consuelo] [Dolores].

j'avais choisi d'avoir un amant et je ne me cassais pas la tête...merci bonsoir (...) parce que je ne me sentais pas prête à recevoir de l'amour de quelqu'un puis j'avais eu trop de peine, blessée, dans ce que j'avais vécue alors je me suis dit un amant that's it that's all bye, tu vas chercher le besoin que tu as à combler... après c'est tout, tu passes à autre chose, y en a ben autour de moi qui ne comprenaient pas, je n'ai pas à m'expliquer... [Dolores]

-ma vision de l'amour, elle a forcément changée parce que pour l'instant je n'en veux pas... de l'amour de mes amis, de ma famille, oui mais je ne veux pas partager ma vie avec qui que ce soit, c'est pour cela que j'a dit tout à l'heure, j'ai un amant, j'ai pas un chum...

- c'est quoi la différence?

- quand j'ai pas envie de lui parler je ne l'appelle pas. Il n'habite pas ici avec moi... un chum prend une place importante émotive dans ta vie et puis quand ça va pas bien pour l'autre bien ça t'angoisse toi, non tes problèmes tu les laisses dans ta maison, je ne veux pas savoir, ne me parle pas de tes soucis et moi je ne te parle pas de mes soucis, nous c'est happy happy happy tout le temps... avec un chum tu t'engueules des fois, il faut que ça soit un [apport] à 100%, je ne donne même pas un gramme. (...) en fait j'en ai deux (...) là ça va, ça m'arrange, je voulais qu'ils sachent qu'ils n'étaient pas les seuls dans ma vie. Si ça te dérange tu peux t'en aller... ils ne s'aiment pas mais c'est pas grave c'est pas mon problème... j'ai tellement vécu dans le mensonge avec X... la dépendance ça cause le mensonge, ça va ensemble... (...)- non. je ne fais plus, les choses cachées, plus pour moi.[Consuelo]

4.3 LES FEMMES 'LAISSÉES' (ODESSA, OFELIA, PALOMA, URANIA)

Il y a les femmes qui laissent leur conjoint et celles qui sont laissées par ceux-ci. C'est maintenant de ce deuxième groupe dont il sera question dans cette section. La trajectoire des femmes 'laissées' débute avec la rupture conjugale. Contrairement aux femmes 'laissantes' pour qui le récit commençait par l'évocation d'un lien conjugal problématique antérieur à la rupture conjugale, les femmes 'laissées' quant à elles, débutent leurs récits avec la rupture conjugale. Alors que la souffrance était antérieure à la rupture conjugale chez les 'laissantes' elle est plutôt postérieure à la rupture conjugale chez les 'laissées'. La rupture conjugale arrive dans leur vie plutôt comme quelque chose d'inattendu, comme, si on veut, une surprise, une mauvaise surprise. Le caractère imprévu de la chose paraît induire une rupture biographique chez elles, ces femmes qui se retrouvent presque soudainement laissées.

4.3.1 LA RUPTURE BIOGRAPHIQUE

Le choc est véritable pour certaines. La réception de cet événement décontenance, provoquant dès lors souffrance, effondrement identitaire : on veut mourir, on se sent morte, on est

habité d'une impression de non-valeur, d'inexistence, on se sent rejetée, envahie d'une profonde solitude. La souffrance est telle qu'une des femmes 'laissées' sombrera dans la drogue.

Pour moi, je me sentais complètement détruite, comme si je ne valais plus rien, comme si je n'avais plus de valeur. Finalement, j'ai senti ça un peu comme quelqu'un qui va changer de poste, qui zappe rapidement là tsé... [Urania]

oui oui, oui, je me sentais rejetée comme la pire des dégueulasses, ma fille ne me parlait plus parce que a savait que je dopais, c'est moi qui lui avait dit, je ne suis pas une hypocrite (...) je me sentais comme une bonne à rien, en tout cas je me dépréciais au bout là, j'avais juste le goût de mourir, je me suis dit en moi-même : tabarnane six pieds sous terre il n'y a plus personne qui va me faire du mal, qui va venir m'écoeurer. [Ofelia]

j'étais vraiment déchirée complètement, là je suis arrivée à Montréal, mes parents étaient partis au Nouveau Brunswick dans famille, mes amis étaient tout partis en vacance, il n'y avait personne, pis là mes enfants partaient avec leur père, j'étais toute seul, ça été vraiment hyper dur. [Odessa]

Encore ici, corps et identité sont entrelacés. Le corps fait mal, le cœur, comme une plaie brûle, veut s'extirper de soi. Comme si le cœur, siège métaphorique des émotions, des sensations criait sa souffrance... Les 'laissées' pleurent, sont insomniaques, angoissées, en colère devant cet événement tragique qu'elles subissent.

C'était vraiment physique, tsé quand ils disent que tu vis une peine d'amour tu vis une peine de cœur, le mot (il n'arrive pas de nul part) non...quand t'en vis une vraie c'est là que tu vois que tu vis une peine de cœur, t'as l'impression que le cœur va te sortir du corps tellement t'as mal, je te jure toute mon corps me faisait mal... je pleurais pleurais pleurais, c'était vraiment physique, j'en avais mal, c'était terrible. [Odessa].

On se trouve aussi dysfonctionnelle, on ne peut plus être dans le monde, paralysée par la souffrance...

j'avais de la misère à fonctionner, à me concentrer sur mon travail, j'avais vraiment de la misère à fonctionner, je te le dis j'étais rendue presque dysfonctionnelle, j'aurais dormi et pleurer à longueur de journée, je n'étais pas capable de dormir, le matin je me levais ça me prenait tout mon petit change pour être capable de me lever pis de fonctionner. [Odessa]

Malgré toute cette souffrance, de se retrouver seule, abandonnée, certaines ressentent tout de même un besoin de s'isoler encore plus. Elles évoquent le soucis des autres mais aussi un

épuisement du discours pour expliquer ce retrait. Un retrait, faut-il cependant le souligner, qui n'inclut pas les amis...

quand t'es malheureux comme cela, moi j'avais pas envie de voir personne parce qu'à un moment donné t'as pas envie de voir des gens, t'as rien à dire aux autres, parce qu'au bout d'un moment tu veux pas les emmerder, parce que t'as pas envie de toujours les emmerder avec les mêmes choses. Donc, moi j'ai un peu arrêté pendant longtemps de voir des gens. Je voyais un minimum de gens. J'ai passé des fois plusieurs journées sans parler à personne. mais je parlais au téléphone quand même...à des amis. [Paloma]

La rupture biographique est le fait du choc de la rupture conjugale mais aussi, comme une participante le laisse entrevoir, elle peut aussi résulter en partie d'une insécurité liée à la durée d'une relation antérieure. De passer maintes années avec un même conjoint, et ensuite de se séparer à l'amiable, rend la perspective de retourner sur le 'marché' de l'amour quelque peu angoissant... Une peur d'avoir 'perdu la main' quant à ce jeu de la séduction. Les capacités sont questionnées.

c'est juste que j'étais insécure, le fait que j'aie été 18 ans avec le même homme, c'était le premier homme après; c'est ça je pense, j'étais terriblement insécure et par le fait que je le connaissais déjà, on dirait que dans ma tête je me disais comment je vais faire pour rencontrer quelqu'un d'autre, peut-être que je ne rencontrerai jamais personne d'autre parce que je me disais lui je l'ai tellement connu longtemps au travail, c'était comme un chum au travail pis je me disais peut-être que je suis tombée amoureuse, il est tombé amoureux de moi parce qu'il me connaissait bien et tout et moi, sortir dans les bars et toute c'était pas mon genre fait que je me disais dans ma tête je ne pourrai pas rencontrer quelqu'un d'autre, comment je vais faire pour rencontrer quelqu'un d'autre, je me posais la question, j'étais ben ben ben insécure par rapport à ça... je n'avais pas la notion de comment on fait pour rencontrer quelqu'un quand on a des enfants et toute... j'avais beaucoup de difficulté à imaginer.[Odessa]

(...) quand j'étais avec le père de mes enfants, j'étais sevrée d'amour parce qu'on a été 4 ans où il ne se passait plus rien, on était amis, toute la séparation s'est faite à l'entente... il n'y avait plus de tension plus rien on avait réglé nos affaires... comme si de découvrir l'amour de nouveau, j'ai comme rembarqué très fort dans cette relation là parce que je pensais que c'était l'homme de ma vie.[Odessa]

La rupture conjugale induit la rupture biographique, laquelle est ressentie d'une manière totale, tout le corps tremble de cette désintégration identitaire. Mais la rupture biographique n'est pas exclusivement le résultat de la rupture conjugale. Il semble que la durée d'une relation précédente ait un impact sur une certaine 'constitution biographique'.

4.3.2 LES STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES

L'ébranlement biographique provoqué par la rupture conjugale mène ces femmes à chercher diverses manières de remédier à cette souffrance, à se reconstruire biographiquement.

4.3.2.1 LES AMIS, LA FAMILLE

Chose intéressante, certaines femmes s'accrochent à la vie au nom de leur enfants. La progéniture comme survie. Elles sont très explicites à cet effet...

je m'entourais beaucoup, je te dirais que je ne restais pas seule parce que je voulais mourir... comme j'avais mes enfants, c'est eux beaucoup qui me rattachaient, je me disais : j'ai des enfants, il faut que je passe au travers de cela. [Odessa]

moi je me tue pas parce que j'ai une fille pis je veux pas lui faire ça parce que ça doit être horrible d'avoir sa mère qui se suicide pis aussi parce que je sais qu'elle m'aime et elle a besoin de moi pis moi je l'aime j'aime ça être avec elle mais c'est la seule raison qui fait que je reste... [Paloma]

Aussi, on semble se diriger vers l'autre pour atténuer ce grand sentiment de solitude. S'entourer de gens, des êtres chers à l'expert.

quand j'étais seule comme je déprimais tellement, j'avais tellement mal de rester avec moi-même toutes mes pensées et tout cela que je ne restais pas seule, je m'organisais pour sortir...avec mes amis, j'allais chez mes parents...j'allais promener le chien au parc, je rencontrais du monde... je me distrayais beaucoup...[Odessa]

Toujours, les amis, la famille se trouvent présents dans ces moments de détresse. Tel l'extrait présenté un peu plus haut de Paloma qui sentait le besoin de s'isoler de tous sauf ses amis... semble-t-il que le lien amical soit fort et durable. Support, empathie, écoute. Va-t-on vers eux, viennent-ils vers soi...

j'ai été extrêmement bien entourée, mes amis de longue date se sont comme, pas mobilisés mais presque pour m'accompagner dans cette douleur parce que c'était vraiment une douleur extrêmement profonde et j'ai été extrêmement, tsé des oreilles j'en ai eu là...des gens qui ont acceptés de m'écouter, qui m'ont soutenu dans ça, oui...[Urania]

voilà, c'est ce que je dirais, tsé moi, j'ai pas vraiment senti d'abandon à part celui de la personne qui m'a laissée...mais que se soit ma belle famille, que se soit ma famille, que se soit mes amis, j'ai été extrêmement entourée. [Urania]

une chance que j'ai eu des bons contacts qui m'ont fortement suggéré d'aller chercher de l'aide...deux amis en particulier qui m'ont aidé bien gros là-dedans. [Ofelia]

La famille, on la retrouve également dans l'au-delà... on invoque Dieu et les proches décédés de nous aider, de nous donner courage et force.

je te dirais que pendant ma peine c'est sûr que je priais comme Dieu de me donner la force de passer au travers cela et en même temps, mon père est décédé il y a 19 ans, [il s'était remarié], il était très très proche de sa femme, quand je priais je leur parlais, je leur disais: il faut que vous m'aidiez à passer à travers cela, en fin de compte je me disais ils sont peut-être en quelque part, ils me regardent et [...] en ma faveur ou ils me donnent le courage, la force, il y a peut-être un petit ange qui est penché sur moi qui est là qui me protège...

- sentiez-vous que ça vous aidait un peu?

- oui, oui, oui ça m'aidait.[Odessa]

Ainsi s'entourer de monde se décline aussi dans un rapport, disons, plus spirituel : invocation, prière mais également l'église comme lieu de rencontre, d'amour, d'acceptation quasi-inconditionnelle de soi; l'effet thérapeutique semble diablement puissant...

(...) avec l'église chrétienne c'est encore mieux, là je suis entourée en tabarouette, je sors de là je suis pleine d'amour! (...) Je te jure il y a de l'énergie positive là-dedans! [Ofelia]

Je rencontre beaucoup de monde, tout le monde me connaît. (...) J'ai trouvé du monde de toutes nationalités qui se tiennent et qui disent bonjour, ils te rencontrent dans l'autobus et te disent bonjour comment ça va [X]... Aille! J'ai jamais eu ça dans ma vie, j'ai de l'amour au bout...[Ofelia]

4.3.2.2 L'EXPERT

L'expert remplit un rôle qui transcende sa simple expertise. Ou plutôt est-ce justement du fait de son expertise (la confiance en la médecine, l'image qu'on se fait d'elle) qu'il remplit un rôle plus étendu : dans la confiance qu'on lui voue, on cherche plus que la guérison, on cherche support et compréhension, validation de son existence, de sa souffrance. Le recours à l'expert c'est aussi se faire accompagner dans sa démarche...

- j'ai senti le besoin tout de suite d'aller voir ma médecin qui elle, que je connaissais très bien qui pouvait...

- pourquoi elle?

- pourquoi elle? parce que c'était ma médecin pis j'avais confiance en elle ... je serais pas aller voir n'importe quel... je serais pas aller à la clinique d'urgence rencontrer n'importe qui. (...) ben pourquoi j'avais confiance en elle? ... c'était quelqu'un qui...moi je pense que j'allais la voir elle ben plus pour un support. [Urania]

je vois une intervenante psychosociale à toutes les semaines ... on jase, elle m'aide bien gros pour avoir de la bouffe parce que j'ai pas d'argent comme je te dis (...) je jase avec elle, elle est très gentille, elle est humaine ... ça me prend des personnes qui sont humaines parce que je le suis humaine, je suis à l'écoute du monde... comme je te disais tantôt j'ai pris des cours de toxicomanie, pour être intervenante, fait que je suis capable d'aider mais il faut que je trouve du monde pour m'aider aussi ...fait que là je l'ai l'aide et je suis contente de cela...[Ofelia]

Oui, on s'entoure des être aimés, proches mais cela ne semble pas suffisant, elle semble être une stratégie thérapeutique partielle car on ressent le besoin d'aller vers l'extérieur, vers une aide qui soit extérieure à son monde...

dans les premières semaines j'ai senti le besoin malgré, comme je te disais tantôt, malgré le fait que j'étais bien entourée, j'ai senti le besoin d'aller, c'est drôle maintenant j'me dis peut-être aller chercher une recette là tsé, pour guérir le plus vite possible (...)

Y a des affaires aussi que même avec des amis que des fois tu peux confier mais j'veux dire avec quelqu'un de, qui est complètement à l'extérieure de la situation, il me semble que...c'est sûr que mes amis étaient toujours teintés par la situation dans le sens que pour tout le monde c'avait été un choc aussi. Ils étaient sur le choc aussi, personne avait vu venir ça non plus... [Urania]

Se tourner vers le médecin, c'est d'abord parce qu'on lui fait confiance. L'ensemble des femmes nous parlent de la confiance qu'elles vouent à leur médecin; on vient de le voir, le médecin leur procure support, il les accompagne dans cette souffrance. Leurs attentes envers cet expert s'avèrent donc de cet ordre : une confiance en leur médecin mais aussi une confiance en la biomédecine. Ainsi, en plus de ce support moral, s'attendent-elles à ce qu'il soulage leurs souffrances, c'est-à-dire qu'il leur redonne un contrôle de leur corps car elles cherchent à retrouver une fonctionnalité, un retour dans le monde social, pouvoir travailler de nouveau.

Je voulais dormir parce que ça prend des forces pour essayer de te sortir de là... t'es faible... pis t'as pas...à mon avis j'avais besoin de tout ça, j'avais besoin de dormir en tout cas, de récupérer pour être capable de faire face à la musique (...) moi j'allais la voir pour essayer de contrôler le mieux possible ma santé physique, là. [Urania]

J'ai été un mois à pleurer, à ne pas manger puis je me suis dit ben je pense que t'as besoin de l'aide ... j'avais l'impression, je dois être en train de faire une dépression quelque chose, je me disais faites quelque chose que le mal s'arrête, je ne suis plus capable de vivre cela, puis à un moment donné j'avais de la misère à fonctionner parce que je dormais à peine fait que là je me dit je vais finir par m'effondrer ben raide fait que je suis allé voir mon médecin. [Odessa]

Une fois dans le cabinet du médecin, la démarche thérapeutique varie : on proposera à certaines des thérapies psychiatriques de jour, à d'autres de consulter un psychologue, mais on leur suggèrera toutes de prendre des antidépresseurs. Deux de ces quatre femmes 'laissées' reçoivent un diagnostic médical : une est dysthymique, l'autre est au début d'une dépression. En ce qui a trait aux deux autres femmes, ce sont des raisons telles que la dysfonction et la peine d'amour qui sont évoquées afin de prescrire un antidépresseur. Toutes prendront ces antidépresseurs qu'ont leur propose. Nous y reviendrons plus en détail dans la prochaine section, vouée spécifiquement à cette stratégie thérapeutique.

Autant la grande confiance vouée à l'omnipraticien paraît généralisée à l'ensemble des participantes, autant le recours aux autres experts – psychologues, psychothérapeutes, psychiatres – s'opère d'une manière plus critique, la confiance étant plus difficile à obtenir. Selon les récits des participantes, on fréquente plusieurs de ces experts sur de courtes périodes, en fonction de son état, selon qu'on se trouve bien ou moins bien, en fonction des affinités qu'on leur trouve. Toutes les participantes ayant exploré cette voie l'ont fait d'une manière ponctuelle. Le rapport à ces experts demeure ambivalent.

j'ai été longtemps longtemps sans faire d'affaires pis à un moment youp! j'ai eu un point de faiblesse, une rechute de ma situation là, je suis allée voir une autre psychologue où j'ai été dans un groupe pendant quelques années. [Urania]

J'ai fait une thérapie de jour à l'hôpital et depuis je suis sous antidépresseurs. pis y a eu des moments où j'ai vu une psychologue, des fois j'en voyais, des fois j'en voyais pas.

- Et ça c'était vraiment en fonction des événements qui se passaient?

- beaucoup.

- Donc ça veut dire que si ça se stabilisait, t'arrêtais d'aller voir...

- oui mais aussi c'est parce que, des fois c'était parce que c'était quelqu'un à qui je ne tenais pas assez. J'avais pas l'impression d'avancer assez avec la personne. À un moment, j'étais suivie par une stagiaire du CHUM en psychiatrie, elle était très bien, je la

voyais à toutes les semaines mais après elle est partie... le médecin qui me suit maintenant, j'ai pas envie de faire cela avec lui. J'ai une psy aussi maintenant, depuis 6 mois... le psychiatre, je le vois pour ma médication...[Paloma]

4.3.3 LE RAPPORT BIOGRAPHIQUE

Il résulte de ce sinueux cheminement de vie un repositionnement identitaire semblable à celui des femmes 'laissantes' où il est possible d'observer l'acquisition d'une certaine nouvelle conscience, une connaissance, un apprentissage identitaire.

Cette impression d'avoir '*fait du chemin*' mène à une meilleure connaissance de soi voire à l'acquisition d'une nouvelle identité telle Odessa qui mentionne avoir acquis, au travers de cette épreuve, une identité de femme. Ainsi, apprendre à se connaître reconfigure la perception identitaire que l'on a de soi. On se sent plus forte, on se connaît mieux physiquement, '*on sait ce que l'on vaut*'...et, incidemment, '*ce dont on veut*'.

- Je dirais que j'ai faite ben du chemin... comme si j'étais là et je me suis rendue là (...) ça m'a permis de savoir ce que je voulais dans la vie, j'ai peut-être été chanceuse parce que je l'ai rencontré mais en même temps, moi je suis croyante...

- Vous allez à l'église régulièrement?

- Assez, je te dirais que ça m'a aidé beaucoup à passer les coups durs dans ma vie parce que je me rattachais à quelque chose sans nécessairement que ça soit Dieu le père mais j'ai l'impression qu'il y a quelque chose en haut pis ça me calme quand je vais à l'église, c'est comme un recueillement, j'ai besoin de cela.[Odessa]

Odessa et Ofelia font état de leur lien social avec l'au-delà comme source de bien-être. C'est, pour Odessa, le fait de '*se rattacher à quelque chose*' qui lui procure un calme. Ce rapport avec l'au-delà comme stratégie thérapeutique semble donc avoir une certaine incidence identitaire. Ofelia le confirme à son tour...

- Comment qualifieriez-vous votre état présentement?

- Très calme... je me sens bien dans ce que je vis, je sais que ça va aller de mieux en mieux...parce que j'ai Dieu dans ma vie (occupe une place?) c'est la place importante...je lui ai confié tout, tout ce que j'avais, je lui ai confié mes petits secrets, ma vie et je sais qu'il ne me décevra pas... déjà là, j'ai les dividendes...[Ofelia]

Les stratégies thérapeutiques entreprises suite à la rupture biographique permettent à certaines femmes d'effectuer une démarche d'introspection qui, au fil du temps, semble s'affranchir du but initial, comprendre et donner un sens à la rupture conjugale, et prendre la voie d'une amélioration identitaire volontaire...

bien il y a une prise de conscience où tu te dis que c'est pas juste ça dans ta vie qui te rend malheureuse. Moi j'avais besoin de cheminer personnellement et de voir ou je m'en allais (...) alors donc c'est sûr qu'au fil des années mes consultations c'était plus un souci de cheminer personnellement puis de me retrouver bien avec moi que de savoir pourquoi il m'avait laissé, pourquoi il m'avait fait ça ... [Urania]

C'est donc dans l'expérience conjugale, dans le rapport à autrui, que se forge une connaissance de soi, un rapport identitaire. La rupture permettant, ouvrant la porte à une réflexivité, un retour sur soi.

je pense que je suis sortie plus forte de cela...parce que cette relation là elle a vraiment permis de, j'ai vécu 18 ans avec un homme, je suis tombée avec lui, pis là ça m'a vraiment permis de voir quel type d'homme était bon pour moi (...) une fois que j'eue été détachée de cela, ça m'a permis de voir que je savais vraiment ce que je ne voulais plus. [Odessa]

Par contre, toutes ne sont pas positives quant à la modification de leur rapport identitaire. Selon les dires de Paloma, l'apprentissage reste à faire...

*- L'expérience a-t-elle un impact sur la perception que t'avais de toi-même?
- Je n'avais pas une très bonne perception de moi-même déjà mais disons que ça m'a enfoncé là-dedans et c'est aussi ce que j'essaie de faire maintenant, j'essaie d'apprendre que je ne suis pas si pourrie que cela. [Paloma]*

Aussi, son rapport au corps est-il affecté par cette rupture...

Je suis encore dedans et puis moi je n'ai eu personne d'autre donc j'ai l'impression que je n'existe pas... j'ai l'impression qu'il n'y a pas de garçons qui me voient. J'ai l'impression que physiquement, personne ne peut me voir, je n'intéresse personne (...) je me dis que je ne peux pas plaire à quelqu'un. Pis souvent la façon de plaire c'est physiquement alors ... [Paloma]

4.3.4 LE LIEN CONJUGAL

Modifier le rapport à soi nécessairement modifie le rapport à autrui, tel qu'on vient de le voir. 'Savoir ce que veut', par exemple, témoigne de cette nouvelle exigence. Mais en dépit de cette 'affirmation identitaire', cette 'conscience de soi', les quatre femmes 'laissées' abordent le lien conjugal subséquent à la rupture avec une certaine retenue. Ainsi, on aborde ce nouveau lien avec crainte, insécurité, on se sent vulnérable. Le souvenir d'une souffrance telle plane toujours, ralentissant d'un peu l'élan amoureux.

J'étais craintive, ça a pris beaucoup de temps ... j'avais peur de m'impliquer dans une relation qui me ferait souffrir beaucoup. [Odessa]

Tu veux pas souffrir comme cela deux fois. [Paloma]

Une crainte, un lien de confiance qui néanmoins s'avère surmontable... La majorité a un ou plusieurs hommes dans leur vie. Pour Odessa, ce sera l'homme de sa vie; pour Ofelia, ce sera Dieu (qu'il soit homme ou femme); pour Urania, ce sera plusieurs hommes pour diverses occasions: l'un sert aux voyages, l'autre au bricolage, etc.

4.3.5 LA ZONE SURSITAIRE

Par contre, il appert que pour certaines femmes il existe une zone transitoire, sursitaire où le lien conjugal n'est pas possible, pas souhaité, c'est selon. Mais toutes les femmes interviewées pour cette recherche ne passent pas par cette 'zone'. Celle-ci ne constitue donc pas 'la prochaine étape' dans la reconstruction biographique, après un repositionnement identitaire, une réévaluation des priorités quant au lien conjugal; seulement une période par laquelle passe certaines femmes, une partie de route, explicable de plusieurs manières...

C'est pourquoi on peut se demander si cette crainte, telle qu'évoquée plus haut, pousse vers cette 'zone sursitaire'? S'accorder un temps, une période, hiatus amoureux, le temps d'une guérison identitaire?

À cet effet, Paloma fait état de la puissance du lien conjugal, amoureux, lequel elle compare à une dépendance de laquelle il faut se défaire. Ainsi, peut-être faut-il d'abord se défaire de cette emprise amoureuse afin de pouvoir tisser de nouveaux liens conjugaux? Il en a été d'ailleurs question précédemment, ce que cette participante reconnaît d'elle-même, qu'un apprentissage identitaire reste à faire...

je suis sur la voie de la guérison... j'ai pris des mesures pour... le fait de décider de ne plus voir [X], de ne plus lui parler, pour moi c'est très difficile, ça fait 6 mois que je le fais pis (...) sinon c'est comme une drogue t'y retourne, tu sais que ça va faire mal mais tu y retournes quand même. Comme un drogué qui lui faut son shoot, moi c'était ça : tu sais que tu vas souffrir qu'il ne faut pas y aller mais tu y vas quand même.[Paloma]

Au sein de cette zone 'sursitaire', on retrouve aussi une 'priorisation' des liens sociaux. Comme le lien conjugal n'est pas possible ou souhaité, c'est forcément les autres liens sociaux qui prennent en importance...

Pour l'instant mon but n'est pas de trouver quelqu'un avec qui je pourrais être, c'est essayer de ne plus penser à [X]. C'est juste ça que je fais. C'est ce qui m'intéresse le plus, de me sortir de ça, et de travailler et de m'occuper de ma fille.[Paloma]

Le temps a-t-il un rôle dans cette période 'sursitaire', cette période où l'amour n'est pas possible? Laisser le temps refermer les plaies...

Ma cousine m'a présenté un gars mais lui il a été dans ma vie peut-être un an et demi mais lui il était vraiment amoureux mais moi je pense que c'était quelqu'un juste comme cela (...) c'est comme s'il a été là comme pour panser les blessures, quelqu'un qui m'a aimé mais que je n'étais pas capable de lui rendre en retour.[Odessa]

Odessa ouvre une piste quant à cette zone, ce hiatus amoureux : voilà, la réalisation qu'elle est 'guérie', qu'elle n'a plus mal à la vue de son ancien conjoint, l'amène à entreprendre une démarche, si l'on veut, de 'retour dans la vie' : elle arrête alors la prise d'antidépresseurs et quitte cet homme qu'elle ne pouvait pas aimer, elle est prête à retourner dans le monde et rencontrer un nouvel homme...

à un moment donné, par moi-même, à un moment j'avais plus mal, j'avais plus rien, je le voyais au travail et ça ne faisait plus rien... il y avait un détachement, je le regardais comme avec bien du recul, je voyais ses défauts, tout ça alors là c'est là que j'en ai comme plus besoin alors j'en ai parlé au médecin et j'ai arrêté tranquillement pas

vite...sans problèmes. C'est à ce moment là, à peu près que j'ai laissé l'autre gars.[Odessa]

Ainsi, peut-être ce sursis amoureux est-il davantage du ressort de la stratégie thérapeutique...

Je me dis que forcément ça ira mieux un jour parce que on sait que c'est le temps qui joue le plus, tsé pour oublier quelqu'un, pour...[Paloma]

4.4 L'ANTIDÉPRESSEUR

Ci haut ont été exposés les divers parcours de rupture conjugale. Tant les femmes 'laissantes' que celles 'laissées' ont recours à diverses stratégies thérapeutiques afin de tenter la reconstruction d'une biographie dont les bases se trouvent questionnées soit par la présence d'un lien conjugal problématique chez les femmes 'laissantes', soit, dans le cas des femmes 'laissées', par la rupture conjugale elle-même. Au milieu de ces stratégies thérapeutiques se trouve l'antidépresseur, objet thérapeutique contemporain, produit technologique de la médecine scientifique.

Le rapport qu'entretiennent les femmes interviewées à l'antidépresseur est complexe. Elles oscillent entre une représentation positive et une représentation négative, leur position changeante se promenant au gré des situations. Tantôt mauvais, tantôt bon, on semble rejoindre l'idée du 'pharmakon'. Ici, les visions des laissantes et des laissées sont exposées conjointement.

4.4.1 LA REPRÉSENTATION

C'est dans cette optique dualiste, dichotomique que l'on se représente l'antidépresseur. Il s'arroge à merveille la notion du pharmakon. Est-il une béquille, au sens péjoratif, un obstacle à la guérison - il enrobe, il embaume, il ne peut régler tout - ou à l'opposé, un aidant, un outil? Au sein des récits, on se positionne dans toutes ces directions. Deux clans, où le négatif semble néanmoins l'emporter assez haut la main.

L'antidépresseur peut être considéré d'une manière disons 'neutre', il est simplement synonyme de maladie. Aucun parti pris... on prend l'antidépresseur quand on est malade, simplement.

Pour moi c'est clair, les antidépresseurs c'est associé à la maladie et pour moi la maladie c'est une réaction de mon corps qui souffre trop d'un stress trop soutenu, trop longtemps.[Chiara]

Au sein de la minoritaire catégorie positive, une participante, Paloma, situe l'antidépresseur dans un rapport normatif. Diagnostiquée dysthymique, elle intègre dans sa représentation de l'antidépresseur le discours de son médecin prescripteur en parlant d'un état général de bonheur souhaitable, normal. Le rôle des antidépresseurs étant dès lors de remonter son état à cette normalité de bonheur, car *'y a un truc c'est pas dans ma nature, c'est plus difficile'...*

les antidépresseurs ils te servent à ce que cette ligne soit un plus haute, à ce que ça soit moins douloureux (...) que tes émotions, tu puisses fonctionner, pas pleurer toute la journée.[Paloma]

Cela s'avère donc être une bonne chose de rejoindre un état de bonheur qui soit général, partagé par l'ensemble de la population. Les explications employées pour désigner cet apport positif de l'antidépresseur sont, pour ainsi dire, chimiques. Encore une fois, il semble y avoir chez elle intégration d'un discours biotechnologique, scientifique. Un peu plus haut, elle parlait de *'ligne plus haute'*, maintenant c'est de taux de sérotonine dont il est question...

- (...) il y a des substances qui font ton humeur d'ailleurs, c'est très chimique tous ces trucs là...
 - les explications sont chimiques?
 - mais même dans notre corps, ils ont calculés, ils savent que certains taux de sérotonine, t'es plus de bonne humeur que ceux qu'en ont moins puis on a tous des taux différents.... des fois les problèmes c'est pas juste psychologique, des fois c'est juste de la chimie, c'est pour cela que les antidépresseurs marchent bien, parce qu'ils sont de plus en plus précis pis que ils savent aussi, que si t'as des taux trop bas de certains trucs, bien c'est sur que c'est plus difficile pour toi d'être heureux, d'être bien...[Paloma]

Une représentation positive qui émane d'un discours scientifique. On adhère à une représentation biotechnologique de l'antidépresseur.

Qu'on se le dise, la connotation négative n'est pas en reste. Elle émane aussi d'un discours, un discours tout simplement différent. C'est donc beaucoup en fonction d'autrui que se forge la représentation négative de l'antidépresseur. Chez certaines, une expérience de proximité aide à établir une représentation : le souvenir des parents, la vue d'une belle-mère...

*oui j'aime pas ça, parce que mes deux parents sont morts de cancer et j'aime pas ça les médicaments. je les ai vu tellement se bourrer de médicaments avant de mourir...
[Consuelo]*

Une image négative parce qu'on se représente différemment de ces gens dont on est témoin de la prise d'antidépresseurs...

t'as toujours l'impression que ceux qui prennent des antidépresseurs... il y a peut-être un préjugé défavorable, quand t'entends parler de cela...ma mère, mon ex-belle mère ont été sur les antidépresseurs, je les voyais aller et je me disais mon dieu je suis forte je ne vois pas pourquoi je prendrais cela, c'était plus pour les femmes qui n'étaient pas actives, pas assez fortes pour s'en sortir toute seule, je voyais cela comme une béquille...[Odessa]

Un rapport à l'autre qui se décline au travers d'une comparaison sociale, d'un souci de distinction et d'autonomie, 'être capable de se prendre en charge, de s'en sortir toute seule'. C'est au travers d'une comparaison sociale que l'on se forge une représentation négative de ce qu'est l'antidépresseur. Se distinguer de ce 'groupe' de gens qui prennent des antidépresseurs...

Dans ces années là, 93-94-95, c'était comme le médicament, tout le monde, pas tout le monde mais le monde se mettait sur le Prozac là...quand ils avaient des problèmes ils se mettaient sur le Prozac...moi j'haïssais ça être comme dans cette catégorie là là.[Urania]

...Ou de ses sœurs,

*(...) à quelque part, j'ai porté un jugement sur mes sœurs qui depuis des années prennent [des antidépresseurs], puis sur leurs vies qui ne s'améliorent pas nécessairement...
[Artemisia]*

...Ou les a-t-on côtoyés dans le cadre du travail, ces gens qui prennent des antidépresseurs.

mais j'avais une mauvaise impression des médicaments parce que je voyais tout le monde sous médication... je me disais dans ma tête à moi, je ne veux pas me retrouver comme ces patients.[Dolores]

4.4.2 LA PRESCRIPTION

La souffrance, la rupture biographique, il en a été amplement question précédemment, conduit ces femmes dans le cabinet de leur médecin. Médecin envers lequel toutes expriment avoir une grande confiance. Leur est alors proposé des antidépresseurs. Bien qu'elles aient des attentes envers ceux-ci, il demeure important de se rappeler de leur représentation généralement négative de l'antidépresseur.

4.4.2.1 ATTENTE

Bien que la majorité des femmes interviewées évoquent la guérison, '*aller mieux*', surmonter une souffrance, reprendre un contrôle de soi ...

Mes attentes que j'avais c'était que j'aie un petit peu plus de... que ça me donne un petit peu plus de contrôle sur moi-même là...dans le sens que ça me donne la force, l'énergie pour passer à travers ça là. [Urania]

... certaines n'ont tout simplement pas d'attentes; elles s'en remettent tout simplement à la confiance qu'elles vouent à leur médecin.

*-t'avais des attentes de l'antidépresseur?
- non, j'ai pris ça sous recommandation de mon médecin, j'ai fait confiance pis j'ai pris ça (...) [Chiara]*

4.4.2.2 RAISONS DE PRESCRIPTION

L'antidépresseur est prescrit pour diverses raisons. Toutes les femmes interviewées se font proposer des antidépresseurs par leur médecin. Une seule participante en fait explicitement la demande mais seulement quelques mois après que son médecin lui en ait initialement proposé. Diagnostic, souffrance, bureaucratie s'avèrent être les principales raisons de sa prescription. Comme la prescription est du ressort d'un médecin, qu'il soit généraliste ou psychiatre, il y aurait lieu de s'attendre à l'émission d'un diagnostic médical clair chez les participantes or, seule la moitié des participantes, quatre sur huit, font état d'un diagnostic formel : un début de dépression, une dépression profonde, une dysthymie, un burn-out. On remarque que de ces quatre seuls trois

ont trait directement à l'usage pour lequel l'antidépresseur est d'abord recommandé, la dépression.

Mis à part la réception d'un diagnostic, une souffrance du corps est évoquée. Cette souffrance des entrailles de la rupture biographique... tant chez les 'laissantes' que les 'laissées' pleurs, insomnie, manque d'énergie, perte de poids...

il m'a prescrit des antidépresseurs, quand il a vu de la manière dont je pleurais, toujours pas grosse, j'avais maigrie, je ne mangeais plus, je ne dormais plus...[Odessa]

Aussi, éprouve-t-on une souffrance qui soit 'sociale' en cette impression d'une certaine exclusion. Un sentiment d'exclusion dans une réelle incapacité de vaguer à ses occupations quotidiennes ou dans une impression d'être 'anormale' dans son rapport aux autres. Bref, une souffrance sociale dans cette préoccupation de vouloir 'être dans le monde'. Mais 'être dans le monde', pour certaines, d'une manière qui soit acceptable...

oui, je n'avais plus le choix, je me rendais bien compte, moi qui aime bien magasiner, aller voir mes amis, ma mère à Montréal-Nord, je n'étais pas capable de prendre l'autobus et d'y aller... je me sentais tout poignée en dedans et là je me suis dit : voyons ça n'a pas d'allure, je ne peux pas rester enfermée comme cela pendant des années, c'est cela qui m'a motivé à demander à mon médecin pour des antidépresseurs ...[Dolores]

ça commençait à être gros...c'est pas normal ça un samedi soir de faire une petite scénette et de dire que tu veux mourir et que tu vomis devant le monde pis que tu t'en fous et que le lendemain ça ne te dérange même pas...alors j'ai dit il faut que je fasse de quoi (...)[Artemisia]

Une souffrance 'sociale' également dans cette préoccupation de l'autre, de son bien-être... On se fait du soucis pour l'autre... culpabilité, honte, sentiment d'être un fardeau pour autrui...

parce que mon médecin avait constaté que j'étais extrêmement stressée et j'avais énormément de peine, c'était très difficile, beaucoup de stress, je vivais beaucoup beaucoup de stress et le stress ça me rend malade. (...) moi je lui parlais de toute la honte que j'avais, la culpabilité que j'avais, que je ressentais à ce moment là, [X] je trouvais tellement qu'il ne méritait pas que je lui fasse cette peine là, je savais que je lui faisais une peine, je savais qu'il ne le prendrait pas...fait que il m'avait donné à ce moment là c'était des Prozac puis j'ai pris ça peut être pendant 6 mois. [Chiara]

Et, aussi, prescrit-on les antidépresseurs pour satisfaire à une bureaucratie qui demande à justifier un arrêt de travail...

si tu ne prends pas de médicaments, tu as bien de la misère à poursuivre un arrêt de travail, ce n'est pas crédible (...) comme si aujourd'hui arrêt de travail pour dépression, tu prends des antidépresseurs sinon c'est parce que tu n'es pas en dépression, c'est aussi simple que cela.[Artemisia]

4.4.2.3 LA CONTRADICTION

Voilà, dans le cabinet du médecin prend place une confrontation digne d'intérêt : dans un coin une représentation généralement sombre de l'antidépresseur et dans l'autre, la présence accueillante, réconfortante du médecin et de ses solutions de soulagement. Les femmes semblent prises dans une contradiction : on ne veut pas prendre des antidépresseurs, on n'aime pas en prendre mais, finalement, on en prend. À la fois paraissent-elles catégoriques quant à l'image, la représentation qu'elles se font des antidépresseurs et à la fois éprouvent-elles une profonde confiance envers leur médecin et, incidemment, en la biomédecine. D'un côté penchent-elles pour un discours de sens commun et de l'autre pour un discours scientifique, mais aussi un lien de confiance... Ainsi, comment donc cette contradiction s'articule-t-elle ?

D'abord, une réticence. Un retour à cette représentation majoritairement négative de l'antidépresseur. Tel qu'abordé précédemment, une comparaison sociale, un souci de distinction, on se compare à ses sœurs, à sa belle-mère, aux amis, aux patients que l'on a croisés dans le cadre de ses activités professionnelles... et on ne se reconnaît pas dans ces personnes, on ne veut surtout pas ressembler à ces gens. On souligne également cette réticence par l'expression d'une certaine 'évidence' : '*personne n'aime prendre des antidépresseurs*', '*l'idéal serait de ne pas en prendre*'. Aussi, on paraît être réticent à prendre des antidépresseurs par peur de reperdre contact avec un corps que l'on redécouvre tranquillement au travers de stratégies thérapeutiques telles que le massage ou la thérapie psychocorporelle. De prendre des antidépresseurs, on a cette impression, empièterait sur une reprise de possession de soi en cours. Pour cette raison, on préconise les démarches thérapeutiques profondes à l'antidépresseur.

4.4.2.4 LA CONTRADICTION RÉVOLUE

Mais, malgré cette réserve initiale, toutes acceptent de prendre des antidépresseurs. Quels motifs sont-ils évoqués pour ce changement de cap? Comment cette contradiction interne se résout-elle donc? Comment la résolution de cette contradiction se déploie-t-elle donc?

4.4.2.4.1 LA CONFIANCE EN L'EXPERT

Les participantes vouent une grande confiance à leur médecin. Un rapport souvent tissé de longue date, on le voit depuis des années, on le connaît...

je l'ai depuis l'âge de 18 ans, ça fait très très longtemps que c'est mon médecin de famille, c'est un bon médecin, ce n'est pas genre où tu restes 15 minutes dans son bureau, lui si t'as besoin d'être là deux heures tu vas être là deux heures, il prend son temps, il a beaucoup d'empathie vis-à-vis ses patients, il te laisse parler, tu te sens pas précipitée, c'est quelqu'un qui est très à l'écoute.[Odessa]

ça fait des années qu'il me suit, je sais qu'il ne m'aurait pas conté de menteries... confiance... les yeux fermés... pour qu'il me dise que mon comportement avait changé, c'est rare qu'un médecin va dire cela à sa patiente, en tout cas, moi je n'ai pas connu de médecin assez proche de moi pour me dire cela...il voulait que je prenne conscience que je n'étais pas comme avant...[Dolores]

Peut-être la durée du lien amène-t-elle à une certaine transcendance du simple rôle de 'médecin', tel qu'on l'a vu plus haut, on le consulte aussi afin de recevoir un certain support, ou est-ce justement sa qualité d'expert qui mène à cette profession de foi? Le médecin comme individu mais aussi le médecin comme expert. La confiance vouée est-elle envers le médecin ou la (bio)médecine? Ou les deux?

Pis elle, elle connaissait aussi mes antécédents là au niveau médical, elle savait quel genre de santé j'avais. Probablement qu'elle devait, je sais pas, j'imagine là peut-être, c'est ce qu'un médecin fait, il va tenir compte un peu de ce que tu es comme personne pis y doit savoir, à mon avis, elle jugeait que ce genre de médicament là...moi je lui ai vraiment fait pleinement confiance. Les réticences je les ai exprimés au moment où elle me l'a proposé pis elle m'a convaincu, pis après ça j'ai décidé de lui faire confiance, dans ce sens là.[Urania]

Le, la médecin nous convainc avec ses explications, apaise craintes et réticences : ‘la dépression est une maladie qui se guérit comme n’importe laquelle autre maladie, il ne suffit que de prendre l’antidépresseur’...

- comment avez-vous changé d’idée?

- c’est juste le médecin qui m’a dit la dépression ça peut être une maladie, c’est pas comme la folie, t’es pas folle, c’est une maladie comme n’importe quoi d’autre qui se traite avec un médicament qui fait comme cela, il m’avait dit ça va t’aider à passer au travers, tu vas redevenir fonctionnelle pis quand tu vas être passée au travers de cela, tu vas les arrêter.... tu seras pas là-dessus toute ta vie...il m’avait expliqué que ce n’est pas comme une drogue que tu vas prendre et tu n’es plus capable d’arrêter, comme l’héroïne (...) il m’avait dit si tu ne les prends pas peut-être que ça va être plus dur après, là tu commences [une dépression] ça va être plus facile. (...) pis comme je te dis que ce médecin, j’ai bien confiance en lui... c’est là que j’ai décidé de les prendre.[Odessa]

La confiance mais aussi l’expertise, la confiance en l’expertise, jouent un rôle prédominant dans l’acceptation de prendre des antidépresseurs. L’expert mais aussi l’homme, la femme éduquée, informe, reconforte sa cliente. Après tout, les antidépresseurs sont suggérés par un expert que l’on connaît depuis belle lurette, par une personne qui, en fin de compte, ne veut que notre bien.

4.4.2.4.2 L’EXPÉRIENCE DES AUTRES

Les autres, l’exemple positif des proches paraît procurer une adhésion à la démarche thérapeutique pharmacologique. C’est la représentation de l’antidépresseur qui se transforme au contact de ces exemples de ‘réussite’.

et l’autre affaire qui m’a fait changé c’est que ma meilleure amie a pris des antidépresseurs, elle en a pris pendant un an, elle faisait une dépression parce que ce qu’elle vivait avec sa fille (...) mais ma copine a toujours été tu sais, la femme forte de l’évangile, pis là je voyais qu’elle n’était plus capable... c’est les antidépresseurs qui l’ont vraiment aidée parce que sans ça, elle ne s’en serait pas sortie, elle ne serait plus capable, elle était à terre (...) ça a aidé, elle était fonctionnelle, elle travaillait et toute, fait que, c’est ça que je réalise, les antidépresseurs ils ont fait ben des progrès... [Odessa]

Au travers de cette transformation de l’image de l’antidépresseur semble aussi s’opérer une transformation de la perception de soi, une réalisation que l’être humain peut être vulnérable lorsque confronté à certains événements de la vie. Le récit d’Odessa en fait particulièrement foi lorsqu’elle évoque la perception de son amie, ‘la femme forte de l’évangile’ qui soudainement

s'effondre face à une pénible épreuve. Cette acceptation d'une sensibilité humaine vient peut être renforcer le rapport à l'antidépresseur...

je réalise que tu ne peux pas toujours être fort, la dépression c'est une maladie, ça peut affecter n'importe qui n'importe quand. Si tu penses ben ben ben fort que tu vas t'en sortir tout seul... à un moment donné tu as besoin d'aide, ça peut t'apporter l'aide que tu as besoin... [Odessa]

4.4.2.4.3 NÉCESSITÉ

La résolution de la contradiction s'opère aussi par nécessité, une question de survie, les antidépresseurs, nous dit Ofelia.

4.4.2.4.4 BUREAUCRATIE

Et, accepte-t-on d'en prendre pour des raisons bureaucratiques. Il en a été question précédemment, de sa crédibilité pour justifier un arrêt de travail...

si tu ne prends pas de médicaments, tu as bien de la misère à poursuivre un arrêt de travail, ce n'est pas crédible (...) comme si aujourd'hui arrêt de travail pour dépression, tu prends des antidépresseurs sinon c'est parce que tu n'es pas en dépression, c'est aussi simple que cela. [Artemisia]

4.4.2.4.5 GÉNÉTIQUE

Ou génétique... on évoque aussi les gènes familiaux afin d'expliquer en partie le recours aux antidépresseurs.

*-le médecin m'a dit qu'il y a une partie un peu génétique, que mes trois sœurs (...)
- il attribue ça aussi au fait familial?
-oui...il y a possiblement quelque chose de génétique...[Artemisia]*

4.4.3 LES EFFETS

Avec réticence, à reculons, on prend l'antidépresseur, sans en être totalement convaincue. La confiance que l'on ressent pour son médecin, l'expérience des autres, la nécessité ou la

bureaucratie amènent finalement à prendre l'antidépresseur. Mais c'est les effets ressentis, quelque temps plus tard, qui paraissent ancrer plus définitivement une acceptation de ceux-ci.

L'antidépresseur redonne une impression de contrôle du corps, redonne une fonctionnalité; en somme, il contribue à une réappropriation d'un rapport identitaire positif, au travers de l'acquisition d'une conscience de soi, être soi, un apprentissage...

*oui parce que c'est comme si ma peine était moins forte, j'avais pu l'impression que le cœur allait me sortir, j'étais capable de manger, je dormais, c'est comme si j'étais fonctionnelle à nouveau, tout était moins fort, mes émotions étaient moins fortes.
[Odessa]*

*une délivrance...comment dire, avant que tout cela arrive, j'étais comme enjouée, enthousiaste, c'était le retour à l'ancienne [X] que j'étais. Dans cette relation là j'avais perdu beaucoup d'estime de moi-même, je ne me retrouvais pas, je n'avais plus d'activités, d'intérêts pis là tranquillement avec ce médicament là, je recommençais à avoir des intérêts, des activités, je me décentrais de tout ce que j'avais vécu, j'essayais de me recentrer ailleurs, retrouver des activités que moi j'aimais, que j'avais perdu.
[Dolores]*

un changement favorable parce que j'étais moins agressive, moins dépressive, je pleurais moins, plus calme, je le suis plus calme, j'ai les idées plus claires, je fonctionne mieux, beaucoup mieux (quoi fonctionner mieux?) pour moi fonctionner mieux c'est voir à mes affaires, c'est chasser le négatif, voir juste du positif, c'est aller à mes rendez-vous...tsé veux dire, c'est fonctionner dans la vie comme je devrais fonctionner... il n'y a pas un compte qui était payé, ça te donne une idée (...) ça aide à voir clair en moi-même, ça aidé à avancer, parce que je piétinais sur place je ne savais plus où me garer, même j'avais pensé recommencer à vendre de la drogue, à mon âge là, non... [Ofelia]

On redevient soi...en mieux.

Les antidépresseurs j'ai commencé à les prendre et ahh my god, phouuu, légère, normale! (C'est quoi être normal?), équilibrée (...) I feel like I know who I am again... totally (...) Ça a affecté mon équilibre, ça m'a rendue plus équilibrée, donc c'est nécessairement une bonne chose. [Consuelo]

De plus, les amis confirment qu'on va désormais mieux que bien...

eux [les amis] ils disent depuis que je prends le médicament ça va tellement mieux, I'm like, yesss!!! [Consuelo]

4.4.3.1 DOUTE

Mais pour certaines, il demeure cependant un flou quant aux effets de l'antidépresseur. Une certaine ambivalence persiste... La condition se serait-elle aggravée si on n'avait pas pris d'antidépresseurs? Est-ce à cause de ceux-ci qu'on a continué à fonctionner, qu'on a pu prendre certaines initiatives? Peut-être est-ce finalement les antidépresseurs qui ont donné une qualité de vie, un contrôle sur soi, un sentiment d'être d'attaque? Il n'y a pas de doute, les questions fussent quant aux effets de l'antidépresseur... Une partie de cette interrogation situe les effets dans un contexte plus large, plus global. La perte de mémoire d'Odessa, est-elle le fait des antidépresseurs ou du simple temps qui passe? Telle est la question qui la taraude. Ou, encore, est-ce la prise d'antidépresseurs qui permettait à Chiara de se mettre en colère, elle qui est plutôt d'un naturel pleureuse? L'association entre une transformation identitaire et l'antidépresseur reste incertaine pour ces femmes. Ainsi, c'est davantage leur relation de confiance au médecin qui résout chez elles la contradiction.

-je ne peux pas...pas tant que ça..je ne peux dire que ça changé...peut-être que ça serait devenu plus grave si je n'avais pas pris cela. Peut-être à cause de cela que j'ai réussi à passer au travers des événements sans...on dirait que les antidépresseurs ce que ça fait, ça bloque les émotions trop fortes ... ça ne les enlèvent pas mais on dirait que ça les atténués, dans mon cas en tout cas. je ne sais pas ce que ça fait aux autres mais...

- ça serait un peu ton impression?

- oui, peut-être parce que j'ai continué à avoir beaucoup de peine, ça duré... mais des fois je me sentais plus capable d'être colérique, de me fâcher ...

- et ça veut dire?

- c'est pas ma nature d'être colérique...je ne sais pas mais je me suis fâchée quelques fois au téléphone avec [X] et, mon dieu, j'étais surprise moi-même... moi j'ai plus tendance au braillage

- t'es une pleureuse...

- une pleureuse, j'aurais pu faire partie des pleureuses grecques.

(...) oui, j'étais capable de me fâcher après [X]... je ne sais pas... ça devait être à cause de cela.[Chiara]

4.4.3.2 NÉGOCIATION DES EFFETS SECONDAIRES

D'autres négocient directement avec leur médecin les effets du médicament en faisant des demandes spécifiques quant aux effets secondaires qu'elles considèrent indésirables, inacceptables. Cette négociation fructueuse, de même que la satisfaction des demandes, 'pas de

perte de libido ni de prise de poids, pour une, *'pas de dépendance'* pour l'autre, *'pas de sevrage'*, contribue à la résolution de la contradiction. Comme si on voulait préserver les caractéristiques importantes de son identité...

ce qui était important pour moi, les effets secondaires, la bouche pâteuse (...) Ce que je ne voulais pas c'est la prise de poids, j'ai toujours été mince, si tu prends un médicament qui te fait grossir artificiellement, je ne serais pas bien avec moi, et je ne voulais pas avoir de baisse de libido, puis celui là n'avait pas changé ça. [Odessa]

c'est pour cela que ça fut long avant que j'en prenne... j'ai dit : si j'en prends je ne veux aucune dépendance ni physique ni psychologique, ça c'était la condition. [Dolores]

4.4.3.3 ÉVALUATION DES RISQUES ET BÉNÉFICES

Dans une même veine, c'est aussi par une évaluation des risques et bénéfices que l'on décide si l'antidépresseur vaut la peine d'être pris. On évalue la gravité des effets secondaires. Pour Consuelo, *'the pros outweigh the cons, big time'*. C'est donc dire que, contrairement à ces consueurs ci haut, la baisse de libido produite chez elle par la prise des antidépresseurs est un effet secondaire acceptable, tout comme les sueurs nocturnes.

Mais voilà, les effets ne s'avèrent pas salvateurs pour toutes. Pour Odessa, l'effet de l'antidépresseur est plutôt aliénant. La transformation de son corps sensuel, l'atténuation émotionnelle, *'cette impression de vie sous couvercle'* nous dit-elle, la fait désavouer l'antidépresseur.

dans le sens que des choses qui normalement m'auraient émerveillées, m'auraient fait bien bien bien plaisir, c'est comme si j'étais contente sans plus, j'avais pas [d'enthousiasme], pas de gros down mais pas de gros up non plus, comme sur le neutre, donc c'était pas moi. [Odessa]

4.4.3.4 REPRÉSENTATION A POSTERIORI DE L'ANTIDÉPRESSEUR

Ressort donc de cette résolution de contradiction une certaine transformation de la représentation de l'antidépresseur. L'antidépresseur a (re)doré son blason. La vaste majorité des femmes le considérant, a posteriori, d'une façon très positive. 'Un aidant'.

je réalise aujourd'hui qu'on peut en avoir besoin pour traverser certaines étapes de la vie... [Odessa]

je pense qu'aujourd'hui il y a des médicaments qui sont là pour nous aider et non pour nous nuire et qu'on n'a pas nécessairement de dépendance physique et psychologique [Dolores]

Les progrès scientifiques sont aussi évoqués afin d'expliquer cette transformation de perception : 'aujourd'hui possède-t-on une meilleure connaissance'.

j'imagine, scientifiquement, c'est peut être, je sais pas, d'après ce que on entend pis on lit, ou de façon temporaire, si ça soulage et que ça permet aux gens de sortir des ténèbres ben pourquoi pas?(...)[Urania]

on dirait que les explications biologiques sont de plus en plus en réémergence, peut-être que c'est une part de ça et ça contribue à ce que je me sente mieux, je vais les prendre. [Artemisia]

l'image que je m'en faisais en fin de compte, peut-être avec les nouveaux antidépresseurs, c'est que tu peux être fonctionnelle, tu seras pas un légume complètement immobilisé par la pilule. [Odessa]

Malgré cet enthousiasme, il persiste toujours une certaine réticence chez certaines, qui, faut-il le mentionner, en prennent tout de même : 'l'antidépresseur n'est toujours pas une solution' ...

je ne crois pas que ça puisse me donner un mieux être pis qui va solutionner ce qui est dur pour moi, je continue à croire que des grands bouts c'est ma démarche personnelle... [Artemisia]

4.4.4 L'ARRÊT

L'apaisement, voire la fin de la souffrance, 'on ne ressent plus rien à sa vue', le retour à une fonctionnalité, on retourne travailler, on peut magasiner, sortir, voir les amis, sont des facteurs qui portent à cesser de prendre des antidépresseurs. On a un certain recul, on n'a plus mal, on a une conscience d'être correcte, 'guérie' : on peut désormais fonctionner seule.

à un moment donné, par moi-même, à un moment j'avais plus mal, j'avais plus rien, je le voyais au travail et ça ne faisait plus rien... il avait un détachement, je le regardais comme avec bien du recul, je voyais ses défauts, tout ça alors là, c'est là que [j'ai dit] j'en ai comme plus besoin alors j'en ai parlé au médecin et j'ai arrêté tranquillement pas vite...sans problèmes. [Odessa]

On arrête aussi de prendre des antidépresseurs parce que la contradiction ne se trouve toujours pas résolue. Ce, même s'il s'est opéré une transformation de la représentation des antidépresseurs a posteriori...

...pis a un moment donné je me rappelle je pense que c'est moi qui lui a dit ben là ça suffit là les pilules...est-ce que c'est parce que je ne voyais pas de différence ou le mal était là mais j'avais toujours cette crainte là, même si, je voulais pas moi être dépendante de ce médicament là (...)

j'avais quand même toujours en tête que je ne voulais pas être dépendante de ça là (...) ça me fatiguait même si j'y faisais confiance c'était quelque chose dont je voulais me libérer, je voulais pas rester accrochée à ça là. Je voulais pas que le reste de ma vie soit teintée de Prozac tsé...[Urania]

4.4.4.1 L'ARRÊT HYPOTHÉTIQUE

En revanche, on arrêtera les antidépresseurs quand Dieu le voudra bien, quand on possèdera les moyens, les conditions 'gagnantes', soit une absence de solitude, de l'amour, une stabilité financière.

- pensez-vous arrêter un jour?

- j'ai espérance, c'est Dieu qui va s'arranger avec cela.[Ofelia]

si un jour j'arrête les antidépresseurs, c'est que j'aurai les bonnes conditions de vie qui me permettront d'arrêter.

- Conditions?

- Pas d'être seule en tout cas. Par exemple, d'avoir quelqu'un qui m'aime, qui soit gentil avec moi. donc là peut-être que...[Paloma]

quand les choses vont bien vont mieux je vais commencer à arrêter de les prendre (...) ça veut dire quand j'ai une stabilité financière et quand je commence l'école, septembre je vais retourner aux études... [Consuelo]

Les récits des laissantes et des laissées sont riches. À la lumière de ceux-ci, on constate d'emblée que les trajectoires de ces femmes se distinguent légèrement de par leur 'qualité' d'initiatrices ou non de la rupture conjugale, et que cet aspect, on a évoqué le sujet en début de section, influe sur l'amplitude de leurs récits respectifs; qu'en substance les laissantes comme initiatrices de la rupture conjugale s'expliqueraient davantage leur démarche thérapeutique dans une plus grande articulation de leurs apprentissages de cette expérience et de leurs attentes face au lien conjugal.

Mais si leurs parcours diffèrent sur ce point, instigatrices ou non, si leurs discours s'avèrent plus étoffés de ce fait, on constate néanmoins qu'elles se rejoignent par leur commencement, soit l'exclusion d'un lien social. En effet, la rupture biographique de ces femmes est initiée par la perte d'un lien social significatif, qu'il soit provoqué par un lien social pathogène (les laissantes) ou la rupture conjugale (les laissées). Donc toutes deux, laissantes et laissées, se rallient les unes aux autres à travers cette exclusion sociale initiale⁸. De plus, si leur trajectoire débute par l'exclusion d'un lien social, on constate qu'au travers de leurs stratégies thérapeutiques elles tendent toujours vers l'inclusion sociale. Rappelons-nous, elles vont aussitôt vers l'expert, la famille, les amis, l'au-delà afin de tenter de contrer cette rupture biographique, tout comme elles persistent à travailler malgré la souffrance. Elles aspirent à retourner dans la vie, à réintégrer le monde social : fonctionner, travailler, faire ses courses, etc. De leurs récits, de leurs trajectoires de rupture biographique, de leurs trajectoires thérapeutiques, de leur recours à l'antidépresseur se dégage un profond rapport à autrui, lequel nous fait penser que leurs souffrances s'avèrent, en somme, fortement sociales. Voyons plus précisément de quoi il en ressort...

⁸ Chose intéressante, on remarque que la rupture biographique s'avère, chez les laissantes, dissociée de la rupture conjugale. Cette trouvaille porte à constater que la rupture biographique relève davantage du domaine plus global de la perte d'un lien significatif et ainsi permet de nuancer le postulat avancé dans le cadre conceptuel lequel plaçait la rupture conjugale à l'origine de la rupture biographique. On réalise ici que la rupture conjugale n'est en somme qu'une des modalités possibles de perte d'un lien social significatif.

5. DISCUSSION

La problématique, on s'en rappelle, faisait état du caractère vaste et complexe des phénomènes de la dépression et de la prise d'antidépresseurs en évoquant l'existence d'une certaine autonomie entre les deux. D'emblée les résultats de cette recherche abondent dans ce sens : que seules trois des huit femmes participantes aient justifié leur prise d'antidépresseurs par la réception d'un diagnostic formel de dépression laisse effectivement croire à l'existence d'une logique de prise d'antidépresseurs qui soit extra-médicale, au-delà de simples considérations organiques, corporelles. On vient de le voir, en étudiant la trajectoire thérapeutique de ces femmes, laissantes et laissées, leur vision de la relation thérapeutique, leurs représentations de l'antidépresseur, on découvre la prédominance du lien social : que le lien social se trouve au coeur du discours, des préoccupations de ces femmes, qu'elles tendent inexorablement vers l'inclusion sociale. Et qu'en somme, c'est cette importance qu'elles accordent au lien social qui oriente leurs actions, leurs choix, leurs stratégies thérapeutiques, notamment la prise d'antidépresseurs : on constate que le lien social de confiance – on l'a vu dans le cadre conceptuel, le lien de confiance se trouve être en fait le moteur de la relation thérapeutique – est l'élément qui mène à prendre des antidépresseurs, et que l'on prend des antidépresseurs afin de se maintenir de façon 'normale et fonctionnelle' dans la toile de liens sociaux que constitue la vie en société, ce qui corrobore les thèses évoquées lors de la problématique voulant que l'individu soit dans un perpétuel alignement envers autrui.

Ce mémoire contribue donc à éclaircir un peu plus la complexe question du recours à l'antidépresseur en confirmant en premier lieu l'existence d'une autonomie entre la prévalence d'états dépressifs et la prise d'antidépresseurs, mais surtout en illustrant la primauté du lien social et son incidence sur le bien-être des individus. La présente section débute donc par la démonstration que l'exclusion sociale, l'absence de l'autre, se trouve être en fait un rapport foncièrement social. Si la trajectoire des femmes débute par l'exclusion d'un lien social – la rupture biographique étant initiée par la perte d'un lien social significatif, qu'il soit provoqué par un lien social pathogène (les laissantes) ou la rupture conjugale (les laissées) – on constate qu'au travers de leurs stratégies thérapeutiques elles tendent inéluctablement vers l'inclusion sociale, en

allant vers autrui (famille, amis, experts, Dieu, etc.) pour y chercher support, remède. Que même leur souffrance, bien qu'elle ait tendance à les isoler du monde, les catapulte néanmoins dans l'action, vers l'extérieur, à la recherche d'une évasion, d'une 'guérison'. Fait intéressant, malgré que les démarches thérapeutiques, particulièrement l'antidépresseur, aident à 'retourner dans le monde', à se diriger vers l'inclusion sociale, celles-ci révèlent aussi un profond besoin de distinction sociale : oui les femmes (laissantes et laissées) cherchent-elles à rejoindre le monde au travers de stratégies thérapeutiques mais souhaitent-elles s'adjoindre à un 'monde' particulier, à un autre 'semblable'. De ces faits, on constate dès lors que l'exclusion n'est qu'un des deux pôles d'un même continuum, que la trajectoire thérapeutique de ces femmes, qu'elles soient laissantes ou laissées, est révélatrice d'un rapport intrinsèque à autrui, un tout relationnel et qu'en somme leur souffrance se confirme être profondément sociale. Le contexte de la rupture biographique témoigne donc de l'importance du lien social dans la constitution biographique des individus, celui-ci étant dans le social comme le social s'imprègne en lui. On s'en aperçoit d'ailleurs dans le recours à l'antidépresseur, lequel se révèle être essentiellement un rapport social intime de confiance et un désir de normalisation, c'est-à-dire que l'on prend des antidépresseurs puisqu'ils incarnent un lien avec des semblables partageant des valeurs communes ainsi qu'un désir d'être dans le monde comme tout le monde, 'normal' comme ces semblables. De ces observations des raisons du recours à l'antidépresseur on remarque qu'elles s'inscrivent dans un nouvel individualisme occidental contemporain au sein duquel, justement, il y a renversement des liens d'identification lesquels sont désormais axés sur une 'intimité' de valeurs et d'objectifs entre semblables, le 'je' remplaçant le 'nous', à l'opposé des grands récits de jadis. De ce fait, les récits des femmes corroborent cette tendance en ce que celles-ci aspirent désormais à des relations conjugales où la primauté du 'je' est garante de la liaison.

5.1 DE L'EXCLUSION À L'INCLUSION : LA TRAJECTOIRE THÉRAPEUTIQUE

Si laissantes et laissées se rassemblent par le fait de leur exclusion sociale originelle, elles se ressemblent par leur volonté d'inclusion sociale. Cela va de pair avec les différentes thèses évoquées dans le cadre conceptuel voulant que l'individu soit dans un perpétuel alignement envers autrui. Ainsi, à la fois les laissantes et les laissées se retrouvent dans cette dynamique, dans ce va-et-vient entre exclusion et inclusion sociale. Le début de trajectoire des femmes

laissantes commence par la présence d'un lien social pathogène, lequel exclut ces femmes : on l'a constaté dans ces mariages de raison, cette violence ou la vie secrète d'un conjoint, l'existence d'un lien n'étant pas nécessairement gage d'inclusion. Un lien social pathogène qui crée chez Artemisia, Chiara, Consuelo et Dolores un profond sentiment d'exclusion sociale. En effet, ce lien problématique témoigne de la présence d'une absence dans la cassure identitaire, la rupture biographique provoquée par un mariage de raison, une violence ou une vie secrète. Le lien social est là, mais il est pathogène dans l'exclusion sociale que ces femmes ressentent au sein de celui-ci. C'est pourquoi elles se ruent vers de multiples démarches thérapeutiques. Des démarches thérapeutiques qui s'avèrent être elles-mêmes des rapports à autrui. D'aller voir un expert, c'est aller vers autrui, c'est aller vers un lien social de confiance, en réaction à un lien social pathogène, problématique où le lien de confiance est ébranlé. On l'a vu, la compréhension, le support du médecin, sa reconnaissance d'une souffrance; le masseur touche, confirme une existence sociale; les amis, la famille, l'amant supportent, valident une démarche; les organismes d'entraide apportent une conscience du support d'autrui. Au sein des stratégies thérapeutiques, soudainement, on se sent inclus, partie intégrante d'un tout social, d'un groupe, d'une communauté. Seale (1998: 196) est particulièrement éloquent quant à la finalité 'sociale' des rituels, des stratégies thérapeutiques : « we can understand psychological interventions, such as bereavement counselling, as having a twin purpose : that of restoring ontological security and promoting social cohesion. In this respect counselling is a type of performative ritual in which people are offered the opportunity to write themselves into a dominant cultural script, resulting in the reward of secure membership of an imagined community. » La souffrance amène à des démarches thérapeutiques lesquelles paraissent s'inscrire dans une volonté d'inclusion sociale. On cherche un lien social de confiance qui puisse nous rattacher au monde. Voilà que, selon les propos de Seale (1998), les démarches thérapeutiques s'avèreraient justement proposer à ses bénéficiaires de s'adjoindre à un 'ordre culturel dominant'. C'est cette inclusion qui nous portent, nous aide à reconstruire notre biographie. Des stratégies thérapeutiques, une inclusion sociale, suit alors une exclusion : la rupture conjugale. Il en a été question précédemment, le lien de causalité entre stratégies thérapeutiques et la rupture conjugale n'est pas direct chez toutes les femmes 'laissantes'. Mais nous arguons qu'il existe une possibilité certaine d'un apport indirect en le fait qu'entreprendre une démarche thérapeutique contribue (éventuellement) à une rupture conjugale. La validation de sa démarche, le support d'autrui sont assurément une partie de

l'équation menant à la cessation du lien conjugal problématique. Une rupture conjugale donc, comme exclusion d'un rapport social. Alors que c'était Artemisia, Chiara, Consuelo et Dolores qui se trouvaient exclues au sein du lien conjugal pathogène, c'est maintenant elles qui excluent. Elles se séparent volontairement, de leur propre gré, d'un lien social.

Suite à cette rupture volontaire d'un lien social, la dynamique d'inclusion prend alors son tour. Certaines femmes, Artemisia, Consuelo et Dolores, continuent les stratégies thérapeutiques. On persiste à travailler pour ne pas être seule, on va consulter son médecin pour qu'il nous aide à réintégrer la vie en nous prescrivant des antidépresseurs, on entreprend des thérapies psychocorporelles pour reprendre contact avec son corps, pour pouvoir reprendre contact avec le monde qui nous entoure, pour pouvoir être de ce monde, une comparaison sociale, on veut une sexualité qui soit 'normale'. On préconise aussi les démarches thérapeutiques 'profondes' et pour cela on va en Inde : on cherche à s'adjoindre à un autre 'exponentiel', l'inclusion est un peuple, une philosophie de vie, une manière de vivre. On étend l'autre à l'image d'une culture, 'L'autrui culturel'. Donc, de l'exclusion causée par le lien pathogène, on passe à l'inclusion au sein des stratégies thérapeutiques à l'exclusion en rompant la liaison conjugale à l'inclusion en continuant les démarches thérapeutiques, quelles qu'elles soient.

La trajectoire des laissées débute aussi par l'exclusion sociale : chez elles, Odessa, Ofelia, Paloma et Urania, c'est la rupture conjugale qui initie la rupture biographique, alors que chez les laissantes, cette dernière est plutôt déclenchée par la présence d'un lien problématique. Donc, les laissées subissent une rupture conjugale, elles sont abandonnées par leurs conjoints ou conjointes. Les voilà, d'une manière subite pour la majorité d'entre elles, exclues voire rejetées. En rupture biographique, comme les 'laissantes', elles se précipitent vers autrui, comme autrui se précipite vers elles, en guise de stratégies thérapeutiques. Le lien de sang comme condition de survie, les enfants qui gardent en vie; ici aussi, les amis, la famille, l'expert et le dieu offrent support, compréhension. On va vers l'autre et l'autre vient vers soi. Inclusion sociale.

5.1.1 LA SOUFFRANCE DE L'EXCLUSION : UNE DYNAMIQUE CENTRIPÈTE-CENTRIFUGE

On tend aussi peut-être vers l'inclusion parce que la souffrance de l'exclusion nous en enjoint. Si on se fie à la thèse proposée par Leder (1984-85) pour expliquer l'expérience de la

douleur, une expérience globale – « Physical experience is discovered as inseparable from its emotional and cognitive significance. It is for this reason that the word ‘pain’ can be used to describe not only physical agony but emotional turmoil, spiritual suffering » (Leder, 1984-85 : 260) – la souffrance isole autant qu’elle porte à l’action, à se distancier, qu’elle projette celle qui la vit vers l’extérieur de celle-ci, cherchant à s’en défaire à tout prix. Ainsi, simultanément, il y aurait effectivement dans l’expérience de la souffrance un repli sur soi (centripète) et une expulsion vers l’extérieur (centrifuge). L’exclusion sociale, prise de cet angle, nuance davantage son caractère d’éviction et englobe son opposé, l’inclusion, s’ancrant encore plus dans un intrinsèque rapport à autrui.

Ainsi, chez Artemisia, Chiara, Consuelo et Dolores, femmes ‘laissantes’ faut-il le rappeler, l’exclusion sociale initialement vécue au sein du lien conjugal problématique pourrait dès lors se déployer selon un mode ‘centripète’, perceptible dans l’isolement créé par le caractère pathogène du lien conjugal. Rappelons-nous le néant dans lequel est plongée Consuelo, le sentiment de vie fausse de Chiara ou la violence que subissent Artemisia et Dolores. Centripète aussi dans la souffrance même de la rupture biographique occasionnée par ce lien conjugal pathogène. Leder (1984-85 : 255) parle de cette souffrance qui réduit tout à soi : « We no longer see, hear, feel the world through our bodies : instead the body itself becomes what we feel, the center or axis of thematic attention. » On pense, par exemple, à Chiara totalement accaparée par la souffrance de sa ‘fausse vie’, au sein de laquelle elle étouffe, triste, prise par ses graves problèmes pulmonaires...

Leder aborde la question de la projection, on parle ici d’avenir, impossible dans un mouvement centripète, où on se trouve bloqué par la souffrance. Le monde est souffrance, c’est l’inconfort qui nous habite, tout le temps. Dans cet état, le futur n’est tout simplement pas envisageable, le présent n’est pas absent... « As pain calls us incessantly back to the here, so we are drawn to the now by the aching tooth, the cramping stomach. Pain reveals the latent possibility of the sensory world to trap us in the present » (Leder, 1984-85 : 256). « Yet all such experiences, via the insistence of momentary suffering or the endless repetitions characteristic of chronic disease, can close off the normal directionality of time, our focus and openness toward the future » (Leder, 1984-85 : 257). N’est-ce pas Chiara qui le clama haut et fort à plusieurs reprises pendant

l'entretien : qu'avec cet homme, son conjoint, l'avenir s'avérait inconcevable... C'est la souffrance qui parle, prise dans sa 'fausse vie', elle ne peut se voir vieillir avec cet homme.

Ce pendant que, simultanément, s'opère le centrifuge...

Autant la souffrance coince-t-elle dans un immédiat inébranlable, autant cherche-t-on à s'en défaire. Un mouvement, centrifuge, dirigé vers l'extérieur : en finir avec cette souffrance qui monopolise notre monde, la repousser, s'en détacher, en tentant de détourner notre attention d'elle. La seule et unique chose qui importe c'est de se libérer de cette souffrance, c'est prioritaire. « Lived out as centrifugal motility, pain plunges us into the active mode (...) By focusing outward we begin to reclaim life's projective possibilities » (Leder, 1984-85 : 258). Cette volonté de se distancer de cette souffrance plonge dans l'action, nous dit Leder. L'intérêt des souffrantes gouverne en quelque sorte la suite des choses. C'est ainsi que Artemisia, Chiara, Consuelo et Dolores entreprennent des stratégies thérapeutiques. Le mouvement vers autrui, ces stratégies thérapeutiques, c'est vouloir se séparer de cette douleur. Un mouvement centrifuge qui, nécessairement, détourne du présent. Déjà, avec ce regard vers l'extérieur de la souffrance, envisager un avenir apparaît dans les limites du possible. On pourrait dire ici que la rupture conjugale devient concevable. Une ouverture se trouve créée. Oui, il y a de la lumière au bout du tunnel. Souvenons-nous de Dolores pour qui le support éventuel d'organismes d'entraide devient un tremplin, une soudaine possibilité de départ de ce lien conjugal pathogène. L'expert, qui offre support, compréhension et touché. La famille, les amis qui, eux, viennent à soi dès les premiers signes de détresse; L'attention est tournée vers l'extérieur grâce à la présence réconfortante d'autrui.

La trajectoire des laissées Odessa, Ofelia, Paloma et Urania, par leur exclusion, involontaire, du lien conjugal s'apparente fortement au deuil, si on se fie à la définition qu'en fait Seale (1998 : 193) : « Grief as it is conventionally understood in survivor theories, is a reaction to extreme damage to the social bond. » Une dynamique du deuil qui se déploie aussi dans un mouvement centripète et centrifuge : « The suffering of grief plunges some into a centripetal mode, who, losing interest in the world, turn in stillness to the private sorrow. But others live out their grief in outer-directed motion, concentrating on funeral arrangements, social activities, anything but the central loss itself » (Leder, 1984-85 : 258).

Les voilà qui perdent, brusquement pour certaines, l'être cher, l'être aimé. Le choc de la rupture conjugale, le vide, l'abandon, l'inévitable solitude ressentis les catapultent dans une action centripète. Encore ici, la souffrance porte à se replier sur soi. On pense alors à cette Paloma qui ressentait le besoin de s'isoler du monde... ou d'une partie du monde du moins, car elle insiste tout de même à maintenir le contact avec les amis les plus proches. La dynamique du deuil, telle l'allusion faite par Leder dans l'extrait que l'on vient tout juste de citer, c'est aussi dans une motion centrifuge qu'elle s'opère. On cherche à adoucir le choc de la rupture conjugale en adoptant des stratégies thérapeutiques, c'est-à-dire en allant vers autrui, vers l'extérieur de la souffrance. À cet effet, Seale (1998 : 193) parle des pratiques entourant le deuil comme contribuant à la restauration d'une sécurité ontologique. « Mourning practices, whether they be the mortuary rites of tribal and traditional societies or the micro-interactions of grieving individuals, are often (though not always) helpful in resurrecting the ontological security of mourners. » C'est donc en prenant place dans la mouvance du monde, au sein des interactions, qu'une reconstruction de soi peut débiter. La présence de l'autre amène l'espoir d'une continuité. Il appert dès lors qu'être en sécurité c'est d'être dans le monde...

5.1.2 L'ANTIDÉPRESSEUR COMME STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE : UNE VOLONTÉ D'INCLUSION... MAIS AUSSI DE DISTINCTION

Ainsi, autant la souffrance engendrée par l'exclusion isole et porte à l'action, à rejoindre autrui, autant les stratégies thérapeutiques utilisées s'avèrent être l'image de cette volonté d'être partie du monde et de ses interactions, d'être tourné vers l'avenir. Mais voilà que l'antidépresseur, bien qu'il paraisse à prime abord incarner l'inclusion sociale, révèle aussi une volonté de distinction. Oui cherche-t-on à faire partie du monde, mais un monde qui nous corresponde... C'est dans la contradiction inhérente à la prise d'antidépresseurs, telle qu'évoquée dans la section précédente sur la présentation des trajectoires, que ressort en fait la complétude du médicament, l'idée de pharmakon voulant qu'il contienne en lui 'la complicité des valeurs contraires' (Persson, 2004), qu'il soit à la fois remède et poison. Alors on accepte de prendre l'antidépresseur par confiance en son médecin tout comme on refuse par comparaison sociale, par soucis de distinction. Oui cherche-t-on à rejoindre le monde en adoptant des stratégies

thérapeutiques, notamment la prise d'antidépresseurs, mais pas à n'importe laquelle condition. Voilà, la prise d'antidépresseurs fait aussi ressortir ce souci de distinction sociale, d'exclusivité : on n'est pas comme ces gens qui prennent des antidépresseurs, on ne veut pas appartenir à ce groupe, on veut rester soi, on ne veut pas se perdre en prenant ce médicament, les participantes disaient-elles lors des entretiens. De la prise d'antidépresseurs comme démarche thérapeutique ressort dès lors une intéressante clé : on cherche à rejoindre autrui, un lien de confiance tout en conservant notre singularité, notre distinction sociale.

Si les laissantes et les laissées se distinguent par les récits explicatifs de leurs trajectoires, elles paraissent cependant mener le même combat quant à cette tendance à l'inclusion sociale. On le voit dans cette mouvance exclusion–inclusion qui dévoile cette profonde volonté d'inclusion, toujours tournée vers les stratégies thérapeutiques afin de rejoindre le monde. Une inclinaison d'ailleurs confirmée par le double mouvement centripète–centrifuge de la souffrance lequel, bien qu'il isole, projette néanmoins vers la vie, vers une volonté de s'échapper de cette solitude. Quant à l'antidépresseur comme stratégie thérapeutique, il fait plutôt ressortir un autre aspect de ce profond rapport à autrui : d'abord le symbole d'un retour dans la vie, il porte aussi en lui une préoccupation toute contemporaine de comparaison sociale. Voilà, on constate dès lors que l'exclusion sociale, loin d'être ce qu'elle est, c'est-à-dire 'exclue', se situe plutôt comme part entière du rapport social. En effet, tant l'exclusion, dont la représentation est en soi une position sociale, en regard du monde – la connaissance de l'état d'exclusion est en soi une construction du rapport à l'autre « car la connaissance que l'on a devient un facteur agissant sur la société elle-même. » (Doucet, 2007; Giddens, 2000). La réflexivité engendrée par la souffrance, la rupture biographique témoignant possiblement de cette connaissance et donc de cette construction d'un rapport à autrui dans l'exclusion – que la dynamique d'inclusion qui sous-tend le rapport exclusion–inclusion font de ce dernier un système fermé au sein duquel l'exclusion et l'inclusion se trouvent en fait être sur un même continuum, seulement à des pôles différents. L'absence de l'autre reste finalement un rapport foncièrement social.

5.2 LA TRAJECTOIRE DE LA RUPTURE BIOGRAPHIQUE COMME RÉVÉLATRICE D'UNE TOTALITÉ RELATIONNELLE

Toujours dans la perspective de notre problématique voulant que la prévalence de problèmes de santé mentale et la prescription d'antidépresseurs soient deux phénomènes autonomes l'un de l'autre, on s'aperçoit, dans ce susmentionné continuum exclusion-inclusion, que le lien social est au cœur de la trajectoire thérapeutique. De ce fait, c'est donc dire que la biographie des individus s'inscrit dans un système relationnel au sein duquel celle-ci non seulement se construit mais se transforme voire se brise, faisant ainsi de la rupture biographique une souffrance d'abord sociale. On se souvient dès lors de l'importance du lien social dans la constitution de l'individu évoquée dans le cadre conceptuel et c'est tout naturellement qu'on pense à la sociologie relationnelle de Norbert Elias (2003 [1991]) laquelle veut s'affranchir, justement, de cette fâcheuse tendance des sciences sociales à la dualité, la dichotomie, l'opposition. Donc, pour le dire autrement, de reconnaître la présence de ce continuum social exclusion-inclusion revient à réaliser qu'on se trouve contenu dans un rapport intrinsèque à autrui. À la lumière des résultats montrant l'exclusion sociale comme source de la rupture biographique, cela porte invariablement à considérer le caractère profondément social de l'identité; que c'est possiblement dans ce rapport exclusion-inclusion que se forge, se construit, se modifie en partie la biographie des participantes. La dynamique est interne, on ne peut s'en extraire, il n'y pas de dehors à cette position, à ce continuum. Ici, on montre donc comment se déploie la rupture biographique de ces femmes, qu'elles soient laissantes ou laissées, dans ce tout relationnel.

En guise d'entrée en la matière, il vaut de citer Elias, lequel illustre d'une manière plaisamment imagée cette profonde imbrication des individus : « La fonction que le pronom 'je' remplit dans la communication humaine ne peut se comprendre qu'en liaison avec toutes les autres positions auxquelles renvoient les autres membres de la série. Les [six] positions sont tout à fait indissociables, on ne peut se représenter un 'je' sans un 'tu', un 'il' ou 'elle', sans un 'nous', sans un 'vous' ou un 'ils' ou 'elles' » (Elias, 2003 [1991] : 147). Voilà, de cette lunette on se trouve invariablement dans un rapport à autrui. On s'éloigne du très pénible interrogatoire identitaire : « individu ou société? » ; « l'œuf ou la poule? » Le regard dualiste s'estompe, presque, faisant place à une saine cohérence.

« Ce qu'on a coutume de désigner par deux concepts différents, 'l'individu' et 'la société', ne constituent pas, comme l'emploi actuel de ces deux termes nous le fait souvent croire, deux objets qui existent séparément, ce sont en fait des niveaux différents mais inséparables de l'univers humain. » (Elias, 2003 [1991] : 156).

5.2.1 L'INDIVIDU : UN RÉSEAU D'INTERDÉPENDANCES

Pour Elias, les individus forment entre eux un réseau d'*interdépendances*, appelé aussi une *configuration*, lequel constitue le jeu, la mouvance des relations sociales, et qui se déploie d'une manière totale et fluctuante : « c'est la figure globale, toujours changeante que forment les joueurs; elle inclut non seulement leur intellect, mais toute leur personne, les actions et les relations réciproques » (Elias, 2003 [1991] : 157). Une manière totale, c'est-à-dire des individus considérés dans leur entièreté, dans une interdépendance ontologique (Elias, 1993 : 80), au delà de la simple relation entre conjoints, au sein de ces autres interdépendances, celles ancrées dans l'*habitus* de chacun, et celles avec autrui, familiers ou étrangers. « La configuration qu'ils forment par exemple (...) comme soi conscient et comme soi corporel les uns avec les autres, exerce dans ce cas sur eux des contraintes et détermine en grande partie leurs décisions et leurs actions » (Elias, 1993 : 74).

Donc, la biographie des individus se trouve constituée de ce vaste réseau. Effectivement, il s'imprègne dans les manières d'être des individus, dans leur *habitus*, ces « façons dont sont individuellement incorporées des modalités de perception et d'action collectivement développées dans le système des interactions. » Comme le rapport identitaire sacrificiel de ces notables laissantes Artemisia et Chiara, lequel témoigne possiblement d'une intériorisation d'un mode de pensée familiale, sociétale, des relents judéo-chrétiens d'une société québécoise. Un mariage au nom de valeurs d'harmonie et contre des valeurs de désir, de pulsions, d'attirance. Rappelons-nous que ces femmes se font violence au nom de valeurs... « La forme double du nom montre assez clairement ce qui est dans le fond une évidence, à savoir que chaque individu pris isolément est issu d'un groupe d'autres individus dont il porte le nom associé au prénom qui l'individualise » (Elias, 1991 : 241).

5.2.2 LA RUPTURE BIOGRAPHIQUE : UN DÉSÉQUILIBRE DE LA CONFIGURATION

Comme un voilier, la configuration oscille, elle est mouvante, elle témoigne de la fluctuation de la vie, de la recherche inhérente d'un équilibre. On a l'image d'un léger ballonnement... « Au centre du processus de configuration s'établit un équilibre fluctuant des tensions, un mouvement pendulaire d'équilibre des forces, qui incline tantôt d'un côté, tantôt de l'autre » (Elias, 2003 [1991] : 158). Jusqu'à cet instant où le va-et-vient ne va plus et ne fait que venir, devenant potentiellement destructeur. Dans un moment de déséquilibre, l'intensité de la tension change ne provenant que du même endroit. On pense alors à la relation de pouvoir, notamment à ces excès de violence psychologique et/ou physique dont sont victimes Artemisia et Dolores. Le pouvoir instaure un profond déséquilibre au sein du lien; un tel déséquilibre que s'opère une rupture biographique chez ces femmes : souvenons-nous de l'intensité de la négation corporelle d'Artemisia. Un véritable démantèlement identitaire, elles ont cette impression viscérale d'inexistence, d'inégalité.

Consuelo, Odessa, Ofelia, Paloma, Urania aussi vivent ce déséquilibre relationnel. Abandonnées par leur partenaire, elles ressentent cette non-valeur, ce rejet, cette rupture biographique. L'absence de regards, de proximité, de chaleur humaine, de touchés met en pièce Consuelo, tout comme Paloma 'qui n'existe pas' parce qu'elle a cette impression que les hommes ne la voient pas, qu'elle n'intéresse personne. N'oublions pas la souffrance d'Odessa, d'Urania, ce mal de cœur, 'siège des sensations et des émotions'. On l'a vu précédemment, l'absence de l'autre est un rapport à cet autre. On croit ne rien valoir à ses yeux, disparus, pense-t-on, pour cette même raison.

Les tensions propres à la configuration agissent aussi au niveau de l'habitus. On a vu comment le réseau d'interactions sociales s'incruste dans les manières d'être, on voit alors se dessiner la tension relationnelle: chacun armé de son habitus côtoie sa douce ou moins douce moitié. Les récits d'Artemisia et de Chiara, on l'a brièvement vu, illustrent ce tiraillement entre divers construits sociaux. Elles sont déchirées entre deux ordres de valeurs, entre un intense désir d'être soi et des valeurs d'harmonie, de civilité. Elles sont pure incarnation du processus de civilisation (Elias, 2002 [1973], 2003 [1975]), les voilà dans une dynamique d'autocontrôle extrême, une intériorisation des pulsions, émotions et contraintes, au sein duquel elles se font violence, ce, au

même moment où bouillonne cet immense besoin d'être soi, de se libérer de l'emprise de ces valeurs qui les rendent malheureuses, cela en partie au nom d'une conjoncture, d'une individualité revendiquée par tous : être soi pour être dans le monde, être dans le monde pour être soi, bref toujours dans l'interdépendance...

Ainsi, la tension inhérente à la configuration se révèle essentielle à la constitution biographique en ce qu'elle permet la confrontation d'habitus, de personnalités, ajoutant de ce fait une couche supplémentaire d'expérience relationnelle chez chacun des protagonistes. La rupture biographique, comme révélation de cette tension mais surtout comme confirmation d'une tension problématique, inégale, vient en quelque sorte officialiser le caractère profondément social de la constitution biographique.

5.2.3 LA RUPTURE CONJUGALE ET LES STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES : UNE QUESTION DE CONTRÔLE

La tension extrême provoquée par l'exclusion d'un lien significatif, tant chez les laissantes que les laissées, amène une rupture biographique : le flot du corps est réveillé, la souffrance, les pleurs incessants sont le lot de ces femmes. Mais voilà qu'elles se ressaisissent et prennent action en initiant une rupture conjugale (laissantes) et en usant de stratégies thérapeutiques (laissantes et laissées). Il paraît donc émaner de la tension une certaine volonté de libération, d'affranchissement. Elias (1993 : 75; Heinich, 2002 : 29) parle d'un '*double lien psycho-physiologique et psycho-sociologique*' lequel permettrait à la fois de contenir et de rendre une capacité d'action. Il utilise l'image du maelström afin de l'illustrer : le plus jeune de deux frères pris dans un tourbillon infernal, dans une ressaisie soudaine, est 'capable de secouer sa peur' et de 'regarder autour de lui avec curiosité', de se distancer et d'analyser la situation critique dans laquelle ils se trouvent afin d'agir sur elle.

Ainsi, chez les participantes, laissantes et laissées, la rupture biographique en ce qu'elle catapulte dans la souffrance empêche d'emblée l'action, 'paralysant les capacités de discernement et de réaction pratique' (Heinich, 2002 : 30), mais c'est l'autocontrôle des émotions, commandé par une interdépendance plus vaste – « l'interdépendance fonctionnelle entre l'équilibre affectif d'un homme et le processus plus vaste sur lequel cet équilibre se règle » (Elias, 1993 : 79) – qui

enclenche une distanciation et une certaine maîtrise de la situation, qui rend possible l'initiation de la rupture conjugale (pour les laissantes), le choix de stratégies thérapeutiques (laissantes et laissées). « Reconnaître, dans un processus incontrôlable, les éléments qu'on peut utiliser en vue d'en contrôler les conditions de déroulement au mieux des intérêts de sa propre survie » (Elias, 1993 : 76). En somme, certes intériorise-t-on les pulsions, les émotions, le corps au nom d'une exigence de bonne conduite sociale (Martuccelli, 2003 : 233) mais le fait-on aussi afin d'exercer un contrôle sur le monde extérieur. Les situations commandent à la fois retenue et action.

« Ainsi, c'est l'autocontrôle de ses émotions qui permet à un individu le contrôle (relatif) du monde extérieur. Et, à son tour, l'augmentation du contrôle (intellectuel et pratique) diminue la charge émotionnelle en la mettant à distance, de sorte que s'accroît l'autocontrôle et, avec lui, la maîtrise du danger » (Heinich, 2002 : 30).

Il semble que chez ces femmes cette distanciation émerge du lien social, du rapport à autrui. C'est que la rupture biographique, 'la perte d'une partie de soi', un 'moi-nous' (Elias, 2003 [1991] : 165) enclenchée par le bris d'un lien social, entraîne chez autrui empathie et préoccupation; on vient de l'évoquer, l'équilibre affectif se règle sur une vaste interdépendance. C'est cette image de la souffrance qu'autrui renvoie à la souffrante qui provoque recul et distanciation, conscience et autocontrôle : il faut remédier à cette souffrance que l'on croyait intime mais qui s'avère en fait dérangeante de l'ordre social. L'expression du corps, de l'être, on pleure jour et nuit, on perd son autonomie, bref on est dysfonctionnelle car autrui nous enjoint au repos, à prendre congé du monde, nos gestes, notre être, n'étant de toute façon, plus de celui-ci. On nous invite à une ressaisie. Voilà, on a maintenant conscience qu'il faut, effectivement, faire quelque chose à propos de cet écart, social. L'autre sert de réconfort mais aussi d'initiateur de conscience. « Tandis que la distanciation favorise la réflexion, qui elle-même permet une action plus adaptée, un haut degré d'émotion produit un effet de paralysie des capacités de discernement intellectuel et de réaction pratique » (Heinich, 2002 : 30). Une fenêtre de lucidité, un désir d'être sans souffrance, dans le monde, permet de passer de la paralysie à l'action. Et on se dirige vers des démarches thérapeutiques, des 'stratégies' afin de 'trouver une recette pour guérir le plus vite possible' et rejoindre le monde dont on est exclu par la souffrance.

5.2.4 LA SOUFFRANCE SOCIALE

La double souffrance sociale, en fait, une intime, personnelle, ce ‘moi-nous’ (Elias, 2003 [1991] : 165), l’autre plus vaste, l’impression de ne pas être comme ces gens que l’on côtoie, ou côtoyait. Les cris du corps, l’incapacité de vaquer aux occupations, de tenir une conversation sans évoquer la douleur, on se compare à autrui et on réalise la dissonance, notre dysfonction. Ce, simultanément à la perspective inversée, laquelle part du regard des amis, de la famille, des collègues, de l’expert vers soi; le ‘je’ devient ‘tu’ (ou ‘vous’ pour les plus polis). Une autre perspective qui projette une même image de dysfonction. À la fois la souffrante et autrui, tous ‘civilisés’ d’une manière assez similaire, de contemporains nord-américains, ont une même réaction lorsque confrontés à la souffrance. Il vient tout juste d’en être question, autrui apporte empathie, on conseille le repos, la mise à l’écart, disant que ‘ça va passer’, suggérant de ce fait l’anomalie, le dysfonctionnement. Comme s’il y avait consensus quant à ‘l’incivilité’ de l’état. L’équilibre de la configuration est menacée par cette tension unanimement reconnue, on détonne. Peut-être cela s’inscrit-il dans un certain abaissement dans les sociétés contemporaines du seuil de tolérance face aux dysfonctionnements sociaux ou est-ce alors une exigence d’adaptation à des logiques de fonctionnement social axées sur la performance continue? (Collin *et al*, 2005 : 37). La reconnaissance à l’unanimité du caractère ‘incivil’, ‘dysfonctionnel’ de la souffrance mène alors ces femmes à user de stratégies thérapeutiques. Si le but implicite est une volonté d’inclusion sociale, de renouer avec le monde, peut-être alors faut-il y voir là la clé? Autrui pour guérir d’autrui et rejoindre l’autrui généralisé?

Ici donc, sans grand suspense, brille le caractère intrinsèquement social du rapport biographique. La démonstration est transparente, l’image de cercles concentriques vient à l’esprit, du centre, ce cercle plus intime de confiance, au plus vaste, cet autre, ces autres, l’ensemble du monde, les interdépendances se déploient dans toutes les directions, englobant l’être dans une toile de relations. Des relations qui commandent des manières d’êtres, lesquelles s’ajoutent à celles, sédiments d’expériences, ancrées dans l’habitus de chacun des protagonistes, créant de petits remous ça et là, une certaine tension essentielle à l’existence de la relation. Un autocontrôle, une préservation des apparences, une ‘domestication des pulsions’ rendent l’interaction, la socialisation familière voire prévisible. Arrive la rupture. La dégradation d’un lien social, soit par

une tension plus interne, un tiraillement entre désirs et valeurs, soit par une tension concrète, une relation de pouvoir, une violence psychologique, physique, ou par le bris réel du lien, l'abandon de cet autre, dans tous les cas mène à une rupture biographique, comme si la perte d'un lien, c'était perdre une partie de soi (Elias 2003 [1991] : 165). La disparition du lien affectif, au propre, la rupture conjugale, comme au figuré, l'incommunicabilité, l'incompatibilité, l'absence d'affection, la violence, catapulte l'entière de l'être dans une souffrance : pleurs, problèmes pulmonaires, problèmes cardiaques, insomnie, tristesse, culpabilité, choc, état dépressif, désensibilisation corporelle... Le déséquilibre est global, à tous les niveaux : le réseau relationnel, la configuration et l'être. La suite vient alors dans cette recherche immédiate d'un nouvel équilibre au sein de la hiérarchie de configurations, notamment la famille, les amis, l'expert et sa métaphore. L'équilibre visé est lui aussi global : être soi dans le monde, comme tout le monde.

5.3 LA TRAJECTOIRE THÉRAPEUTIQUE, LE RECOURS À L'ANTIDÉPRESSEUR : UN RAPPORT DE CONFIANCE ET UN DÉSIR DE NORMALISATION

Le lien social, qu'il soit au cœur de la biographie des participantes, oriente aussi les stratégies thérapeutiques. Le discours des participantes en fait foi : les stratégies thérapeutiques prennent forme dans un rapport intime de confiance. Ce constat s'aligne sur les nombreuses études, évoquées dans le cadre conceptuel, voulant que la confiance soit la pièce maîtresse de la relation thérapeutique. Ici, dans cette recherche, on découvre donc que la confiance est à la source du recours aux antidépresseurs des femmes participantes, tant laissantes que laissées, et que cette confiance se déploie chez elles à la fois dans un rapport où elles s'identifient au médecin comme un être semblable partageant des valeurs similaires, où le médecin occupe une place de choix dans les niveaux d'identification des femmes participantes, et dans un rapport métonymique où le médecin se trouve être l'incarnation d'une science voulant leur guérison, leur retour dans la 'fonctionnalité normale' de la vie en société. (Des rapprochements peuvent également être faits quant aux modèles de relation thérapeutiques et les rôles qu'y tiennent les clients et les médecins au sein de ceux-ci, les résultats confirmant en quelque sorte l'existence d'une 'acceptation interactive' de l'asymétrie médecin-client, nous l'avons vu dans le cadre conceptuel, laquelle met l'interaction médecin-client, beaucoup plus que ses propriétés pharmacologiques, au cœur de l'efficacité d'un médicament.) En plus, les résultats de cette

recherche nous permettent de saisir une raison majeure, découlant directement de cette identification au médecin et du rapport métonymique, pour laquelle les femmes ont recours à l'antidépresseur, soit un désir de normalisation, le souhait d'un retour dans la vie dite 'normale' où les manières d'être et d'interagir sont conformes à celles du groupe auquel ces femmes s'identifient. Encore une fois, cela corrobore les thèses évoquées dans le cadre conceptuel voulant que l'individu soit dans un perpétuel alignement envers autrui.

5.3.1 LE RAPPORT DE CONFIANCE

5.3.1.1 LES NIVEAUX D'IDENTIFICATION : LA PLACE DU MÉDECIN ET DE LA MÉDECINE

La trajectoire de rupture biographique est intéressante dans ce qu'elle fait justement ressortir cette imbrication entre les différents niveaux d'interdépendances (soi, famille, amis, expert, boulot). On a vu comment tant les laissantes que les laissées se dirigent d'un élan spontané vers un groupe restreint d'êtres chers auxquels elles s'identifient fortement : famille, enfant, amis et, légèrement plus loin, experts. Elias (1991, 2003 [1991]) évoque les différentes intensités d'identification, une certaine '*valence affective*' s'étendant d'une personne 'propre' à des symboles :

« En fait, on effectue une sélection parmi les références au nous, lorsqu'on dit que les individus désignent ainsi leur famille ou leur cercle d'amis, les villages, les villes (...) On voit aisément que l'intensité d'identification avec ces différents niveaux d'intégration varie sensiblement. L'engagement qui s'exprime par l'emploi du pronom 'nous' est généralement plus fort lorsqu'il s'agit de la famille, de la communauté locale ou régionale et de l'appartenance nationale » Elias (1991 : 262-263).

Et c'est donc au sein d'une configuration plus intime, les enfants, la famille, les amis, les experts, c'est dans un lien avec cet autre, que l'on cherche à se dérober de sa souffrance. « L'identification à l'autre vulnérable dont parle Levinas, c'est d'abord la reconnaissance d'un proche, de ceux appartenant au premier cercle de l'identité, reconnaissance qui fait de l'autre l'un des siens » (Gagnon & Saillant, 2004 : 46). Reprendre contact avec soi à l'aide de l'autre, c'est le touché affectueux d'un parent, l'étreinte d'un, d'une ami-e, l'amour inconditionnel des enfants.

C'est aussi cet expert, c'est les mains du masseur sur nos jambes, dans notre cou, c'est le regard compatissant du médecin, c'est la compréhension et le respect d'un, d'une thérapeute. C'est d'être, de retrouver un lien de confiance et de respect. Le but de la démarche thérapeutique n'est peut-être pas aussi explicite, aller voir autrui pour guérir d'autrui, mais il est là, bien présent dans le lien social... « Ce n'est pas le bien ou le service échangé qui est au centre de l'attention mais bien le lien, avec ce qu'il comporte de précieux et de contraignant » (Gagnon & Saillant, 2004 : 46). Les trajectoires de ces femmes sont éloquentes à cet effet. Toutes cherchent compréhension, validation d'une souffrance, d'une existence. Consuelo, Odessa, Ofelia, Paloma parlent de leurs enfants comme moteur de rétablissement. Odessa, Chiara, Paloma, Urania mentionnent l'importance de leurs amitiés. Toutes évoquent la grande confiance vouée envers leurs médecins. L'autre est là, au cœur du 'je'. L'identification à un 'nous' plus intime est au centre du rétablissement. Voilà, c'est dans les rapports de proximité qu'on se dirige afin d'apaiser sa souffrance. On pense alors à Lipovetsky (2003 [1993]) et sa thèse d'hyperspécialisation des liens sociaux au sein de la modernité tardive, on y reviendra sous peu.

Si on se dirige vers ceux, ce cercle intime, qui nous sont chers, comment alors justifier la place du médecin dans la vie de ces femmes? Comment donc le médecin et sa médecine s'arrogent-ils une place tant au cœur de la confiance de ces femmes? Effectivement, il transpire de toute cette intimité une sérieuse interrogation : s'agit-il là d'une conséquence de cette transformation au fil du temps des niveaux d'identification, on pense à la famille, de cette disparition supposée des grands récits religieux et politiques et de leur remplacement par de nouveaux discours, particulièrement celui de la science? (Lipovetsky, 2003 [1993]; Giddens, 1991; Shilling, 2003). Ainsi, se pourrait-il que la médecine et son médecin aient gagné en valeur auprès des occidentaux grâce à la prégnance du discours scientifique?

« Lorsque les unités sociales s'agrandissent et en viennent à comporter plusieurs étages, de nouvelles formes de liens affectifs apparaissent. Ils ne se fixent pas seulement sur des personnes, mais de plus en plus fréquemment sur des symboles propres aux unités plus grandes, les emblèmes, les drapeaux et autres concepts chargés d'affectivité » (Elias, 2003 [1991] : 167).

La réponse à cette interrogation se trouve peut-être alors dans une configuration plus 'large', dans justement cette représentation qu'ont ces femmes du système de santé et incidemment du

médicament. À cet effet, Collin (2002) dans une recherche sur la fonction symbolique des médicaments chez les aînés, a élaboré une typologie des attitudes face au système de santé et au médicament. Une confiance au système de santé, nous dit-elle, est en partie due au 'réseau référentiel', « le fait d'être suivi depuis longtemps par le même médecin de famille développe une relation personnalisée. » Bien qu'Artemisia et Consuelo soient d'emblée critiques à l'endroit du système de santé, préconisant les 'démarches profondes' à la médecine scientifique, elles expriment néanmoins leur confiance en leur médecin; c'est donc ainsi que ces femmes, majoritairement, font allègrement allusion à cette longévité, à ce rapport familial, de connaissance entretenu avec leur médecin. Leur représentation de l'antidépresseur, au départ réfractaire, est très vite renversée et contenue dans ce lien de confiance vis-à-vis du médecin. Good (1998) a une explication similaire, toute simple, pour la place du médecin généraliste dans le cœur des gens : « La médecine générale développe une approche centrée sur le patient, une prise en charge globale et une capacité de suivi au long cours (...) Ils prennent en compte toute l'histoire thérapeutique, connaissant en général le patient. » (Good, 1998 dans Haxaire *et al*, 2006 : 203). Une nouvelle configuration 'intime', plus très loin de celle de la famille et des amis; la médecine prend du galon, la voilà rentrée dans la sphère du privé. « La fixation des valences individuelles dans de grandes unités sociales est souvent aussi intense que la fixation sur une personne aimée » (Elias, 2003 [1991] : 168) .

5.3.1.2 L'ANTIDÉPRESSEUR : MÉTAPHORE D'UN ÊTRE SEMBLABLE À SOI

À prime abord, on pourrait penser à une configuration en parfait équilibre, juste bien tendue, où une proximité et un discours similaire nouent ces femmes et leurs médecins, « Une convergence au niveau des modèles explicatifs » (Collin, 2002 : 154), ceux-ci étant d'un commun accord quant à cette nécessité de rejoindre le monde des 'normaux', de chasser cette dysfonctionnelle souffrance. Or, hélas, tel n'est pas le cas : voilà qu'on s'entend sur la fin mais pas sur les moyens. La tension s'élève : la solution suggérée par le médecin, l'antidépresseur, est d'emblée plutôt litigieuse. On est paradoxalement récalcitrante envers cet objet de la science, désincarné: on se compare à autrui, on se distancie de cette populace consommatrice d'antidépresseurs, on fait valoir notre différence. Vraiment? Une différence, une singularité? Ou est-ce plutôt une différence de groupe d'appartenance? Rejeter un groupe, c'est nécessairement

en faire parti d'un autre... On pourrait alors paraphraser Heinich (2002 : 82) en disant que ce n'est pas tant le dénigrement de qualités individuelles plus que l'appartenance à un groupe que l'on juge collectivement différent du sien, donc inférieur, qui fait cette volonté de distinction. Ainsi, sans être une opposition explicite, une confrontation ouverte entre deux groupes, le regard de ces femmes reste néanmoins dirigé vers un groupe, vers ces gens qui succombent, dépendants d'un système, reconnaissant dès lors leur propre appartenance à cet autre groupe, celles des singulières, dans l'ère du temps comme toujours, contemporaines dans leur adhérence à cette mouvance individualiste où choix, autonomie, action règnent.

Ce n'est donc pas tant par l'image de la science qu'elles se rallient à l'idée de la prise d'antidépresseur. Ou, du moins, c'est à une différente image de la science obscure, chimique, désincarnée à laquelle elles se réfèrent. C'est un mélange de métonymie, où l'antidépresseur est l'expertise scientifique du médecin, « The medicines have a metonymic association with medical doctors who prescribe them, (...) with medical science that forms their ultimate ground » (Van der Geest & Whyte, 1989 : 359), et c'est l'image, opposée, incarnée, de leur médecin, homme, femme, tangible, pourvu d'émotions, compréhensif, respectueux; cette science qui transcende sa froideur en montant dans la sphère d'intimité, une science plus tellement scientifique, une science 'humaine'. C'est davantage, donc, des considérations sociales plutôt que biomédicales (Montagne, 1996b) qui sont prises en compte quant à la décision d'utiliser ou non l'antidépresseur: comparaison sociale, affinités relationnelles, 'dysfonctionnement', 'anormalité'.

C'est le rapport humain, à un autrui de confiance, qui fait s'estomper la réticence à prendre des antidépresseurs. On passe du désincarné à l'incarné, de la masse au groupuscule, intime et familial. L'antidépresseur devient la métaphore d'un être semblable à soi, d'un rapport de confiance, c'est-à-dire un individu familier entré dans la sphère intime, dans ces premiers cercles d'identification. Ce renversement est aussi vrai chez ces femmes qui se fient à l'expérience de leurs proches : l'expérience d'un être cher contribue à l'acceptation de l'antidépresseur. De ce fait, le litige se trouve résous : on est maintenant en possession d'un moyen, l'antidépresseur, pour arriver à cette fin, le retour dans le monde. D'une certaine manière, en acceptant d'inclure dans leur cercle d'identification intime le médecin et sa médecine, leur rapport à l'antidépresseur, l'action des participantes témoigne-t-elle de la mouvance de l'ancrage de la 'sécurité

ontologique' (Giddens, 1994) dans le passage à une modernité tardive faite de contingences, de risques et d'opportunités, de local et de mondial, où, par le fait même de cette incertitude inhérente à l'ère, on se dirige désormais davantage vers le lien social 'intime' :

« Les systèmes abstraits ne fournissent qu'une confiance de nature statistique, insuffisante et peu gratifiante pour les besoins psychologiques des individus. Ce qui explique d'une part l'importance des points d'accès, là où les systèmes abstraits se dotent d'un visage humain, mais surtout, qui rend compte de l'obsession des modernes de leurs relations intimes avec les autres. (...) Il s'agit de contrer par les expériences intimes l'engagement impersonnel du monde extérieur » (Martuccelli, 1999 : 524-525).

L'antidépresseur est donc métaphore du médecin, il porte en lui le symbole d'un être compétent, respectueux qui veut notre bien, et métonymie (Van der Geest & Whyte, 1989), dans son expertise biochimique portant la promesse d'une réintégration sociale. Il transcende effectivement ses propriétés pharmacologiques (Montagne, 1988, 1996b, 2004).

5.3.2 UN DÉSIR DE NORMALISATION

5.3.2.1 L'ANTIDÉPRESSEUR, DE LA SOCIALISATION À LA NORMALISATION

Conjointement à la relation de confiance, c'est l'attribution préalable d'un effet, cette promesse de (re)socialisation, qui influence la prise d'antidépresseur (Cohen *et al*, 2000 : 35; Montagne, 1988, 1996b). Le diagnostic, on se souvient, émis tant par soi en regard des autres que par les autres en regard de soi, cet accord généralisé sur la présence d'un certain dysfonctionnement, crée une attente envers l'antidépresseur. C'est la satisfaction de cette attente, la confirmation de l'effet pressenti qui consacre l'antidépresseur en validant ce diagnostic social de 'dysfonction'. On se dit alors que la mise à l'écart suggérée par l'être cher, qu'il soit expert, ami, parent, collègue ou tout cela en même temps, était donc fondée. L'antidépresseur fonctionne car on est de nouveau fonctionnelle et donc normale.

L'antidépresseur est 'dispositif de socialisation' (Collin, 2007) en cette promesse d'un retour dans la vie, 'civilisée', 'normale', 'fonctionnelle'. Toutes les participantes, Artemisia, Chiara, Consuelo, Dolores, Odessa, Ofelia, Paloma, Urania font état d'un désir d'être comme ces gens

qui les entourent et de ne pas pleurer en public, et d'avoir une sexualité normale, et de vaquer à leurs occupations, etc., etc. Ainsi, il appert que l'attente de socialisation que ces femmes ont envers l'antidépresseur s'apparente à une volonté de normalisation : cherche-t-on à se (re)socialiser mais dans les cadres du 'normal', dans les bornes de l'acceptable, à ce que nos traits de personnalité, notre manière d'être répondent aux définitions culturelles et sociales de ce qu'elles devraient être dans nos sociétés (Kirmayer, 2002; Montagne, 1996b). Maints et maints chercheurs ont planchés sur les attentes sociales qui sous-tendent cette course à la normalité contemporaine : injonction de performance, d'adaptabilité, de bonheur, de santé, de beauté, d'autonomie, de responsabilité (Ecks, 2005; Ehrenberg, 1998; Kirmayer, 2002; Otero, 2005, 2006). Bref, il semble que recouvrer un autocontrôle dans le monde soit le dénouement visé par tous les partis, le la médecin et la cliente, les proches et moins proches. D'ailleurs le la médecin dans son discours bio-techno-scientifico-empathique se montre complice de cette normalisation en parlant de chimie du cerveau et de taux de sérotonine 'souhaitables'. C'est Paloma, diagnostiquée dysthymique, qui fait allusion à un taux souhaitable de bonheur atteignable par la prise d'antidépresseurs : il faut prendre des antidépresseurs pour être heureux 'comme tout le monde' semble dire le médecin à Paloma. L'effet de l'antidépresseur paraît donc jouer un rôle significatif dans ce processus de normalisation. La consécration de l'antidépresseur par la confirmation de l'effet, et incidemment la bonne volonté du médecin, transforme la manière dont on parle de l'antidépresseur. Lorsque ces femmes exposent leur représentation subséquente à sa prise, elles adoptent un discours biomédical (Collin, 2002 : 154). On parle de progrès scientifiques, d'explications biologiques. Comme si maintenant, avec ce bagage d'expérience, on se ralliait complètement au discours, supposé, du médecin. La séduction est totale?

En somme, l'antidépresseur témoigne donc d'un changement de la relation de sens des individus dans une appropriation de la relation de fonction propre au monde de la médecine scientifique laquelle se centre sur la fonctionnalité 'normale' du corps. On vient de le voir : tous, participantes, amis, collègues, médecins renvoient à cette obligation de prendre du repos, de poser des gestes, dont prendre des antidépresseurs, au nom du recouvrement d'une impérative fonctionnalité. Voilà, la relation de fonction médicale devient une relation de sens par laquelle les participantes, et ceux qui les entourent, se représentent, se positionnent dans la société (Collin, 2007). En quelque sorte, une naturalisation des valeurs biomédicales.

5.3.2.2 UNE HYPERSPÉCIALISATION DES LIENS

Mais en soubassement de cette volonté de normalisation se trame simultanément, on l'a vu, une intention de distinction, signe de l'individualisme occidental, exposant dès lors une situation qui peut paraître à prime abord paradoxale. Cependant, l'individualité peut cohabiter dans cette toile d'interdépendances, l'imbrication intrinsèque des êtres entre eux n'efface pas pour autant la subjectivité :

« le commerce des autres fait-il naître chez l'individu des pensées, des convictions, des réactions affectives, des besoins et des traits de caractère, qui lui sont tout à fait personnels, qui constituent son 'véritable' moi, et au travers desquels s'exprime en même temps le tissu de relations dont il est issu et dans lequel il s'inscrit » (Elias, 1991 : 72).

D'appréhender la distinction sociale dans cette optique en revient donc encore une fois à abolir le dualisme individu–société, à, comme le dit Heinich (2002 : 93), 'désubstantialiser l'opposition', qu'il n'y a, en somme, pas de distinction à faire entre l'extérieur et l'intérieur :

« Toute configuration exerce une force 'compulsive' sur les individus qui y sont, à des degrés variables, 'engagés' (...). Mais cette force n'est nullement extérieure aux individus, contrairement aux conceptions héritées du modèle dualiste opposant comme deux substances une 'société' coercitive à un 'individu' qui sans elle serait libre : 'Cette force n'est pas extérieure aux individus, comme on le laisse souvent paraître, mais résulte simplement de l'interdépendance des individus' (Elias, 1997 : 255). »

C'est ainsi que la manifestation qui semble paradoxale d'être soi, autonome, dans le monde et comme tout le monde s'inscrit tout à fait dans la *sociogenèse* et la *psychogenèse*⁹ du processus de civilisation de l'occident contemporain et dans son individualisation corrélative, où il s'est produit un certain renversement des liens d'identification, dû en partie à la disparition des grands récits, entraînant donc un manifeste 'resserrement' des liens intimes et un plus grand centrage sur une certaine 'intériorité', mettant dès lors 'l'individu' en avant-scène dans les préoccupations de chacun, un sentiment de liberté, un désir d'épanouissement personnel (Heinich, 2002 : 87).

⁹ sociogenèse et psychogenèse : changements observables de la société au niveau collectif (sociogenèse) et au niveau individuel, psychogenèse. « L'histoire d'une société se reflète dans l'histoire interne de chaque individu » (Elias, 2002 [1973] : 278).

Un désir d'être soi tout à fait légitime donc qui s'inscrit dans cette 'deuxième phase de la société de consommation' (Lipovetsky, 2003 [1993] : 14), laquelle « est portée par la volonté d'autonomie et de particularisation des groupes et individus » et duquel se dégage un 'narcissisme social' qui maintient le lien entre individus en ce qu'il relève davantage du glissement des enjeux 'supérieurs de jadis' vers l'intime contemporain.

« Il faut replacer Narcisse dans l'ordre des circuits et réseaux intégrés : solidarité de microgroupe, participation et animation bénévole, 'réseaux situationnels', cela n'est pas contradictoire avec l'hypothèse du narcissisme mais en confirme la tendance. Car le remarquable dans le phénomène, c'est d'une part la rétraction des visées universelles si on le compare au militantisme et idéologique de jadis, d'autre part le désir de se retrouver entre soi, avec des êtres partageant les mêmes préoccupations immédiates et circonscrites. Narcissisme collectif : on se rassemble parce qu'on est semblable, parce qu'on est sensibilisé directement par les mêmes objectifs existentiels » (Lipovetsky, 2003 [1993] : 21-22).

Ainsi, des relations 'hyperspécialisées', un passage dans la sphère privée, le désir d'être soi reste toujours imbriqué dans le cadre social.

La trajectoire de rupture biographique met donc en évidence ces préoccupations contemporaines dans cet élan spontané vers un groupe restreint d'êtres chers auxquels on s'identifie fortement et qui contribuent au ressaisissement biographique, spécialement le médecin, dont l'antidépresseur est la métaphore, qui transcende allègrement son 'construit' biomédical en entrant de plain-pied dans la sphère privée, témoignant dès lors, ose-t-on avancer, d'une primordialité du lien social dans le système de sens des individus, où le lien de confiance dépasse en quelque sorte la 'technique'. De ce fait, l'antidépresseur deviendrait, malgré lui, le symbole d'un besoin intrinsèque d'humanité, intéressant paradoxe, tant dans son caractère métaphorique que dans son caractère biochimique (dans la naturalisation de la relation de fonction de la biomédecine) en ce qu'il permet grâce à cette concoction 'métaphore-chimie' un retour dans la vie sociale, humaine, d'interactions familières et banales. De plus, les nouvelles exigences d'intégrité, d'égalité, de respect demandées a posteriori par certaines de ces femmes, des laissantes principalement, Artemisia, Chiara, Consuelo, Dolores, Odessa, Ofelia, s'inscrivent totalement dans cette mouvance contemporaine d'une primauté du 'je' sur le 'nous', d'un désir d'être soi.

5.4 LE LIEN CONJUGAL CONTEMPORAIN : UN ACCOMPLISSEMENT DE SOI

Des constats qui viennent corroborer les thèses de l'amour contemporain lesquelles, notamment celle de Giddens (2004), stipulent que la relation conjugale se déploie désormais selon une certaine dynamique de 'satisfaction personnelle',

« Une situation dans laquelle une relation sociale est entamée pour elle-même, ou plus précisément pour ce qu'un individu peut espérer tirer de son association durable avec un autre, cette alliance ne se perpétuant que dans la mesure où les deux partenaires jugent qu'elle donne suffisamment satisfaction à chacun pour que le désir de la poursuivre soit mutuel » (Giddens, 2004 : 76).

C'est donc dire que dans ce nouvel ordre conjugal, c'est d'abord le 'je' qui importe, l'importance d'être soi-même au sein de cette relation a préséance sur la configuration elle-même; comme si une valeur absolue était attribuée au Moi et une valeur relative à l'Autre (Badinter, 1986). Chacun, en regard de sa position, doit d'abord être 'je', c'est-à-dire doit être soi-même. Giddens (2004 : 10) parle de 'relation pure' lorsqu'il fait allusion à ce nouveau type amoureux, une « relation de stricte égalité sexuelle et émotionnelle, porteuse de connotations explosives vis-à-vis des formes préexistantes du pouvoir tel qu'il était traditionnellement réparti entre les deux sexes. »

Car, effectivement, les conjoints se retrouvent sur un supposé même pied contrairement à un amour 'moderne' qui confinait les femmes au foyer, en charge de l'intimité, maternelles, assujetties à une division 'naturelle' des tâches. En effet, l'amour romantique associé à cette époque 'moderne' a ...

« pendant longtemps comporté une tendance égalitaire, qui se trouve intrinsèquement contenue dans l'idée qu'une relation amoureuse est susceptible de découler du seul engagement émotionnel de deux individus plutôt que de critères sociaux extérieurs. Pourtant, c'est un fait qu'il est radicalement asymétrique du point de vue du pouvoir. Les plus beaux rêves féminins d'amour romantique se sont trop souvent terminés par les plus sordides assujettissements domestiques » (Giddens, 2004 : 81).

Maintenant, c'est un nouveau type amoureux qui prend place. Un type d'amour où la femme, d'une certaine manière, s'affranchit de l'emprise du couple, elle ne dépend plus de celui-ci pour son épanouissement. Désormais, elle peut et veut s'accomplir comme individu à l'extérieur du couple amoureux. Voilà, les femmes prennent leur tour, tranquillement. C'est un accomplissement de soi, une individualité qui va bien au-delà du couple amoureux (Spielvogel, 1999; Boivin, 1997). On le voit chez ces femmes en période sursitaire, la relation conjugale peut attendre, la priorité est ailleurs, davantage dirigée sur les enfants, sur son bien-être personnel que sur un hypothétique lien conjugal.

Au dire de Spielvogel (1999:18), on assiste depuis les trente dernières années à une « restructuration importante (...) quant à l'aménagement et à la façon de vivre et de concevoir les rapports amoureux. » C'est ici que la typologie amoureuse de Giddens (2004) trouve écho. La 'relation pure', en somme, rompt l'exclusivité de l'intimité jusque-là accordée aux femmes. L'égalité dans l'ensemble des sphères est capitale pour l'existence de la relation amoureuse, du couple. Au sein d'une relation pure, l'amour se développe de façon parallèle à l'intimité : « il ne peut s'épanouir que dans la mesure où chacun des deux partenaires est disposé à révéler ses préoccupations ainsi que ses besoins propres à l'autre et à lui être du même coup vulnérable. » (Giddens, 2004 : 81). L'ouverture à l'autre s'avère donc être essentielle; la relation pure exige des conjoints une transparence sans quoi l'amour n'est pas possible. De plus, les amoureux doivent être de connivence. Giddens (2004 : 82) utilise un vocabulaire marchand : « On peut parler de relation pure lorsque les deux partenaires tombent d'accord sur le fait que chacun d'entre eux tire 'jusqu'à nouvel ordre' suffisamment de bénéfices de leur liaison pour que celle-ci soit digne d'être continuée. » Le 'je' de chacun des conjoints prime sur le 'nous', tout en le supportant; autrement dit, dans ce nouveau type amoureux, c'est la primauté du 'je' qui rend possible l'existence du lien conjugale, cette interdépendance.

Les critères d'intégrité, d'égalité, de respect revendiqués par les participantes à notre recherche s'inscrivent alors parfaitement dans ce nouvel ordre conjugal. L'individualisme 'total' (Lipovetsky, 2003 [1993]) qui semble le régir, cette « tendance à l'accomplissement de soi continu dans la sphère intime » (Spielvogel, 1999 : 44) rejoint vivement le postulat de 'relation pure' de Giddens : chacun, afin de pouvoir exister en tant que couple, doit 'être lui-même'...

C'est ce que les femmes, Artemisia, Chiara, Consuelo, Dolores, Odessa, demandent désormais. Ce à quoi elles aspirent dorénavant dans leurs relations conjugales.

CONCLUSION

La problématique faisait état de l'existence d'une autonomie entre la prévalence de problèmes de santé mentale et la prescription de médicaments psychotropes. C'est en s'intéressant au recours à l'antidépresseur dans une 'situation critique' qu'on a décidé d'aborder celle-ci. On espérait que cette dernière exacerbe voire révèle des pratiques difficilement observables dans le contexte 'équilibré' d'un quotidien tranquille. La rupture conjugale comme 'situation critique' nous a permis d'attester l'existence d'une indépendance entre le recours aux antidépresseurs et la prévalence d'états dépressifs. D'abord en constatant que seuls trois des huit femmes participantes justifient leur prise d'antidépresseurs par la réception d'un diagnostic formel de dépression. Ensuite par la découverte que la prise d'antidépresseurs répond à une logique extra-médicale au centre duquel prime le lien social. En effet, les femmes participantes à cette recherche ont révélé au travers de leurs récits l'intrinsèque inscription de l'individu à un tout relationnel. Leurs trajectoires de rupture biographique, leurs trajectoires thérapeutiques font état de cette appartenance. On a vu comment, au sein de cet inhérent rapport à autrui, l'exclusion est en soi une position sociale qui fait ressortir la nécessité ontologique d'être intégré socialement. L'antidépresseur, comme stratégie thérapeutique, est particulièrement révélateur de cette tendance. Au travers de son caractère métaphorique, incarnation d'un individu familier entré dans la sphère intime d'identification, et métonymique, symbole de l'expertise du médecin et de sa promesse d'une réintégration sociale, l'antidépresseur témoigne d'une transformation de la relation de sens des individus laquelle s'est arrimée à la relation de fonction propre au monde biomédical, en naturalisant les valeurs de 'fonctionnalité normale' de la biomédecine. On peut l'observer dans les aspirations des femmes participantes à se normaliser, à se ressaisir afin d'avoir des manières d'être qui soient dans la norme, dans les limites de l'acceptable du groupe auquel elles s'identifient. On croit que l'importance accordée à la confiance au médecin et à la normalisation quant au recours à l'antidépresseur témoignent du resserrement des liens d'identification propre à l'individualisme contemporain lesquels, en opposition aux grands récits de jadis, sont désormais axés sur une intimité de valeurs et d'objectifs entre semblables.

L'optique d'un recours aux antidépresseurs pour des raisons sociales pose invariablement la question du diagnostic de dépression tel qu'envisagé dans la mouvance actuelle. Serait-on face à une médicalisation de l'existence où, on l'a vu dans le cadre conceptuel (Collin, 2007), il y a déplacement des frontières, élargissement du regard médical lequel, avec l'avènement d'une discipline de santé publique, fait dans l'épidémiologie statistique en surveillant constamment une population normale qui se retrouve, de ce fait, sur un vaste continuum, quelque part entre santé et maladie, au sein duquel, au nom de la prévention, grande maîtresse de la présente société axée sur le 'risque' (Beck, 1992), tout est matière à traitement?

Peut-être que la tendance actuelle de la médecine à se diriger assurément dans la génétique et la biochimie émane-t-elle d'un extrême soucis de contrôle inhérent à la modernité tardive, sans repères immuables, contingente : le corps, puisqu'il représente l'un des derniers refuges stables, devient centre d'une extrême préoccupation (Giddens, 1991; Shilling, 2003), on y rattache tout ? Effectivement, au regard de l'ère présente, la tendance semble être de donner à des problèmes sociaux des sources cérébrales (Ehrenberg, 2003). On s'en rappelle, il en a été amplement question dans la problématique, les discours tant médicaux que profanes associent la dépression avant tout à un déséquilibre chimique du cerveau.

C'est vis-à-vis de ces interrogations que la sociologie relationnelle de Norbert Elias est intéressante. Elle est pertinente en ce qu'elle permet d'appréhender les situations, les événements, qu'ils soient problématiques ou non, dans un contexte dit 'habituel'. Elle évite le cantonnement, l'isolement infinitésimal en nous situant plutôt dans une vaste toile d'interactions et d'interdépendances, laquelle se trouve être inclusive, une tendance opposée à l'ère génétique. D'aborder le bien-être des individus à partir d'une sociologie relationnelle nous ramène en quelque sorte à la base, la pierre angulaire de notre existence, le lien social. Elle permet d'aborder et de tenter de comprendre le bien-être des individus dans un contexte qui soit tangible et accessible voire quotidien. Car si la connaissance pratique est la base de la connaissance sociologique, laquelle cherche à y faire apparaître contraintes et règles sociales, peut-être le lien social nous garde-t-il alors toujours un pied sur le terrain...

Mais si le lien social est, pour ainsi dire, à l'origine de notre existence, si le lien conjugal est un lien social, est-il pour autant représentatif de tous les liens sociaux? Voilà, peut-être, une limite

de cette recherche. En effet, jusqu'à quel point le lien conjugal est-il un lien social 'comme les autres?' Bien qu'une juge le compare favorablement à un contrat de bail...

« Cette lettre prise dans son ensemble illustre bien que la conduite d'une relation amoureuse n'est pas si éloignée de la négociation et de l'exécution d'un vulgaire contrat de bail. Affirmation qui, émanant d'un juriste, ne doit pas être considérée comme une manifestation de cynisme mais traduit à l'inverse l'intérêt, la richesse et la subtilité dont il crédite la relation amoureuse. » (note de la Juge X, chargée d'analyser une lettre de rupture conjugale confiée à elle par l'artiste Sophie Calle dans le cadre de son œuvre 'Prenez soin de vous', en 2007).

... on peut également se demander pourquoi le lien conjugal ne constitue-t-il pas plutôt une exception, ou une exacerbation du lien social, un condensé où tout est plus intense ? Bref, autant la rupture conjugale comme 'situation critique' permettant de révéler les rouages du recours à l'antidépresseur est-elle pertinente autant, en fin de compte, on peut se poser la question quant à l'adéquation lien conjugal–lien social...

Sur une note méthodologique, on a évoqué dans le troisième chapitre le caractère sensible du sujet, dépression, prise d'antidépresseurs et rupture conjugale et la difficulté de recruter des participantes et conséquemment notre renoncement à des critères précis de recrutement. Ceci pose, on croît, une autre limite de cette recherche laquelle, grâce à une comparaison par contraste à l'aide de critères plus précis de recrutement tels que la durée de l'union conjugale, la durée de prise d'antidépresseurs, le temps écoulé depuis la rupture conjugale, etc., aurait sûrement gagné en nuance et subtilité.

En somme, il est impérieux de continuer à s'intéresser aux comportements, aux raisonnements tant scientifiques que profanes en ce qui a trait à la définition de la maladie et le recours aux médicaments. Le portrait apparaît complexe, vaste mais surtout irrationnel : bien loin d'une seule question de biochimie, on est plutôt face à un heureux mélange de science, de social et de médecine. La suite des choses est donc là... il faut continuer de tenter de mettre à jour les liens entre ces entités d'une manière qui soit 'totale', s'affranchir d'un dualisme myope, et de considérer la maladie et la prise de médicaments comme des faits sociaux entiers. Encore des années de plaisir en perspective, donc.

« En dépit de l'humiliation et la colère, il y avait un besoin de complaisance dont je ne me suis pas privée. On quitte, on est quitté, c'est le jeu, et pour toi cette rupture pourrait devenir le terreau d'une manifestation artistique, non? » (Monique Sindler à sa fille, Sophie Calle - Extraits, Prenez soin de vous, 2007)

BIBLIOGRAPHIE

- Alain, M. & Lussier, Y. (1988), « Impact psychologique de la séparation et du divorce », *Santé Mentale au Québec*, 13, 1 : 57-68.
- American Psychiatric Association. (2003), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^{ème} édition), Washington DC, American Psychiatric Association.
- Anderson, D. *et al* (2003), « Long-Term Trends in Depression Among Women Separated From Abusive Partners », *Violence Against Women*, 9, 7 : 807-838.
- Armstrong, D. (2002), « Clinical autonomy, individual and collective : the problem of changing doctors' behaviour », *Social Science & Medicine*, 55 : 1771-1777.
- Audit Commission (1994), *A prescription for improvement: towards more rational prescribing in general practice*, Londres, HMSO.
- Bacqué, M.-F. & Hanus, M. (2001), *Le Deuil*, Paris, Collection Que sais-je?, P.U.F.
- Badinter (1986), *L'un est l'autre. Des relations entre hommes et femmes*, Paris, Odile Jacob.
- Barsky, A. & Borus, J. (1995), « Somatization and Medicalization in the Era of Managed Care », *Journal of the American Medical Association*, 274 : 1931-1934.
- Beck, U. (1992), *Risk Society, Towards a new modernity*, Londres, Sage.
- Bertaux, D. (2005), *L'enquête et ses méthodes, le récit de vie*, Paris, Armand Colin.
- Boivin, J. (1997), *Les transformations post-modernes de l'amour conjugal en occident*, Thèse de doctorat, Université Laval.
- Bradley, C. (1992), « Uncomfortable prescribing decisions : a critical incident study », *British Journal of Medicine*, 304 : 294-296.
- Bruce, M. & Kim, K. (1992), « Differences in the Effects of Divorce on Major Depression in Men and Women », *The American Journal of Psychiatry*, 149, 7 : 914-917.
- Bury, M. (1982), « Chronic illness as biographical disruption », *Sociology of Health and Illness*, 4, 2 : 167-182.
- Bury, M. (1991), « The sociology of chronic illness : a review of research and prospects », *Sociology of Health & Illness*, 13, 4 : 451-468.
- Carricaburu, D. & Ménoret, M. (2005), *Sociologie de la Santé*, Paris, Armand Collin.

- Charmaz, K. (1983), « Loss of self : a fundamental form of suffering in the chronically ill », *Sociology of Health & Illness*, 5, 2 : 168-195.
- Charmaz, K. (1987), « Struggling for a Self : Identity Levels of the Chronically Ill », *Research in the Sociology of Health Care*, 6 : 283-321.
- Chatav, Y. & Whisman, M. (2007), Marital Dissolution and Psychiatric Disorders : An Investigation of Risk Factors », *Journal of Divorce and Remarriage*, 47, 1/2 : 1-13.
- Châtel, V. (2005), « La responsabilité pour autrui : un préalable à la confiance », dans Balsa, C. (dir.), *Confiance et lien social*, Fribourg, Academic Press Fribourg : 57-72.
- Cockburn, J. & Pit, S. (1997), « Prescribing behaviour in clinical practice : patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations – a questionnaire study », *British Medical Journal*, 315 : 520-523.
- Cohen, D. et al (2000), « Le médicament psychotrope comme phénomène social et culturel : une approche systémique, constructiviste et critique », *Perspectives Psy*, 39, 1 : 31-39.
- Collin, J. (2002), « Observance et fonctions symboliques du médicament », *Gérontologie et Société*, 103 : 141-159.
- Collin, J. (2005), « Médicament psychotrope : quelques mythes à détruire », *Cahiers de Recherche Sociologique*, 41-42 : 115-133.
- Collin, J. (2007), « Relations de sens et relations de fonction : risque et médicament », *Sociologie et Sociétés*, 39, 1 : 99-122.
- Collin, J. et al (1999), « La construction d'une rationalité : les médecins face à la prescription de psychotropes aux personnes âgées », *Sciences Sociales et Santé*, 17, 2 : 31-52.
- Collin, J. et al (2005), « Le médicament comme objet social et culturel : recension des écrits et propositions sur les perspectives de travail à prioriser », Rapport de recherche, Conseil de la santé et du bien-être, Québec.
- Collin, J., Otero, M., Monnais, L. (dir.) (2006), *Le médicament au cœur de la socialité contemporaine, Regards croisés sur objet complexe*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Conrad, P. (1992), « Medicalization and social control », *Annual Review of Sociology*, 18 : 209–232.
- Davies, H. & Rundall, T. (2000), « Managing patient trust in managed care », *The Milbank Quarterly*, 78, 4 : 609-624.
- Denig, P. et al (2002), « Scope and nature of prescribing decisions made by general practitioners », *Quality and Safety in Health Care*, 11 : 137-143.

- Deslauriers, J.-P. & Kérisit, M. (1997), « Le devis de recherche qualitative » dans Poupart, J. (dir.) (1997), *La recherche qualitative, enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur, Chenelière Education.
- Doucet, M.-C., (2007), *Solitude et sociétés contemporaines, Une sociologie clinique de l'individu et du rapport à l'autre*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Dworkin, R. (2001), « The medicalization of unhappiness », *The Public Interest*, summer 2001 : 85-99.
- Ecks, S. (2005), « Pharmaceutical citizenship : antidepressant marketing and the promise of demarginalization in India », *Anthropology & Medicine*, 12, 3 : 239-254.
- Ehrenberg, A. (1998), *La fatigue d'être soi*, Paris, Odile Jacob.
- Elias, N. (1991), *La société des individus*, Paris, Fayard.
- Elias, N. (1993), *Engagement et distanciation*, Paris, Fayard, Pocket.
- Elias, N. (1997), *Logiques de l'exclusion*, Paris, Fayard.
- Elias, N. (2002 [1973]), *Civilisation des mœurs*, Paris, Fayard, Pocket.
- Elias, N. (2003 [1975]), *La dynamique de l'occident*, Paris, Fayard, Pocket.
- Elias, N. (2003 [1991]), *Qu'est-ce que la sociologie?*, Paris, Éditions de l'Aube, Pocket.
- Freeman, A. & Sweeney, K. (2001), « Why general practitioners do not implement evidence : qualitative study », *British Journal of Medicine*, 323 : 1-6.
- Freidson, E. (1984), *La profession médicale*, Paris, Payot.
- Gagnon, E. & Saillant, F. (2004), « Sources et figures de la responsabilité aujourd'hui », *Éthique Publique*, 6, 1 : 41-55.
- Giddens, A. (1979), *Central Problems in Social Theory*, Londres, MacMillan.
- Giddens, A. (1991), *Modernity and self-identity*, Stanford, Stanford University Press.
- Giddens, A. (2000), « La sociologie comme conscience de soi de la Modernité », entretien avec Anthony Giddens, dans *La Sociologie, Histoires et idées*, Paris, Éditions Sciences Humaines.
- Giddens, A. (2004), *La transformation de l'intimité; Sexualité, amour et érotisme dans les sociétés modernes*, Rodez, Le Rouergue / Chambon.
- Goffman, E. (1973), *La mise en scène de la vie quotidienne, 2. Les relations en public*, Paris, Les Éditions de Minuit.

- Goffman, E. (1974), *Les rites d'interaction*, Paris, Les Éditions de Minuit.
- Good, B. (1998), *Comment faire de l'anthropologie médicale? Médecine, rationalité et vécu*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo.
- Gullo, S. & Church, C. (1990), *Le Cœur en Écharpe*, Montréal, Éditions de l'Homme.
- Gwyn, R. & Elwyn, G. (1999) « When is a shared decision (not) quite a shared decision? Negotiating preferences in a general practice encounter », *Social Science & Medicine*, 49 : 437-447.
- Hall, M., *et al* (2001), « Trust in physicians and medical institutions : what is it, can it be measured, and does it matter? », *The Milbank Quarterly*, 79, 4 : 613-639.
- Hamel, J. (2007), notes de séminaire, SOL 6447, Épistémologie et Méthodologie Qualitative, Université de Montréal, hiver 2007.
- Haxaire, C. *et al* (2006), Entre le psy et l'assistante sociale. Où mène la prescription d'antidépresseurs en médecine générale quand la souffrance se fait sociale? » dans Collin, J. *et al* (dir.) (2006), *Le médicament au cœur de la socialité contemporaine, Regards croisés sur objet complexe*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Healy, D. (1999), *The Antidepressant Era*, Boston, Harvard University Press.
- Healy, D. (2000), « The case for an individual approach to the treatment of depression » , *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, supplément 6 : 18-23.
- Healy, D. (2004), *The Creation of Psychopharmacology*, Boston, Harvard University Press.
- Heinich, N. (2002), *La sociologie de Norbert Elias*, Paris, Éditions La Découverte.
- Hemels, M., Koren, G., Einarson, T. (2002), « Increased use of antidepressants in Canada : 1981-2000 », *The Annals of Pharmacotherapy*, 36, 9 : 1375-1379.
- Hirschfeld, R. (2000), « History and Evolution of Monoamine Hypothesis of Depression », *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, supplément 6 : 4-6.
- Hydén, L.-C. (1997), « Illness and narrative », *Sociology of Health & Illness*, 19, 1 : 48-69.
- IMS (2005) [en ligne]. http://imshealthcanada.com/htmfr/4_2_1_54.htm
- Kaufmann, J.-C. (1996), *L'entretien compréhensif*, Paris, Nathan.
- Kirmayer, L. (2002), « Psychopharmacology in a globalizing world : the use of antidepressants in Japan », *Transcultural Psychiatry*, 39, 3 : 295-322.

Kirsch, I. *et al* (2002), «The Emperor's New Drugs : An Analysis of Antidepressant Medication Data Submitted to the U.S. Food and Drug Administration », *Prevention and Treatment*, 5 : 1-11.

Kirsch, I. *et al* (2008), « Initial Severity and Antidepressant Benefits : A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration », *PLoS Medicine*, 5, 2 : 260-268.

Kornstein, S. *et al* (2006), « Low-Dose Sertraline in the Treatment of Moderate-to-Severe Premenstrual Syndrome: Efficacy of 3 Dosing Strategies », *Journal of Clinical Psychiatry*, 67 : 1624-1632.

Kurdek, L. (1991), « The relations between reported well-being and divorce history, availability of a proximate adult and gender », *Journal of Marriage and Family*, 53, 1 : 71-78.

Lane, C. (2007), *Shyness : How Normal Behavior Became a Sickness*, New Haven, Yale University Press.

Laplantine, F. (1986), *Anthropologie de la maladie*, Paris, Fayard.

Le Breton, D. (1985), *Corps et sociétés*, Paris, Méridiens-Klincksieck.

Le Breton, D. (1988), *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, PUF.

Leder, D. (1984-1985), Towards a phenomenology of pain, *Review of Existential Psychology and Psychiatry*, 19, 223 : 255-266.

Leder, D. (1990), *The Absent body*, Chicago, The University of Chicago Press.

Lee, S. & Mysyk, A. (2004), « The medicalization of compulsive buying », *Social Science & Medicine*, 58 : 1709-1718.

Lipovetsky, G. (2003 [1993]), *L'ère du vide, Essais sur l'individualisme contemporain*, Paris, Gallimard, Folio essais.

Liu, R. & Chen, Z. (2006), « The Effects of Marital Conflict and Marital Disruption on Depressive Affect : A Comparison Between Women In and Out of Poverty », *Social Science Quarterly*, 87, 2 : 250-271.

Leo, J. & Lacasse, J. (2008), « The Media and the Chemical Imbalance Theory of Depression », *Society*, 45 : 35-45.

Lorenz, F. *et al*, (1997), « Married and Recently Divorced Mother's Stressful Events and Distress : Tracing Change Across Time », *Journal of Marriage and the Family*, 59, 1 : 219-232.

Lutfey, K. (2005), « On practices of 'good doctoring' : reconsidering the relationship between provider roles and patient adherence », *Sociology of Health & Illness*, 27, 4 : 421-447.

Martucelli, D. (1999), *Sociologies de la modernité*, Paris, Gallimard (Folio Essais).

- Mauss, M. (1936), « Les techniques du corps », *Journal de Psychologie*, 32, 3-4.
- McKinlay, J. (1975), « Who is really ignorant – Physician or Patient? », *Journal of Health and Social Behavior*, 16, 1 : 3-11.
- Mechanic, D. (1996), « Changing medical organization and the erosion of trust », *The Milbank Quarterly*, 74, 2 : 171-189.
- Menaghan, E. & Lieberman, M. (1986), « Changes in Depression following Divorce : A Panel Study », *Journal of Marriage and the Family*, 48, 2 : 319-328.
- Miller, J. (2007), « The other side of trust in health care : prescribing drugs with the potential to abuse », *Bioethics*, 21, 1 : 51-60.
- Moncrieff, J. (2008), « The creation of the concept of an antidepressant : An historical analysis », *Social Science & Medicine*, 66 : 2346-2355.
- Moncrieff, J. & Kirsch, I. (2005), « Efficacy of Antidepressants in Adults », *British Journal of Medicine*, 331 : 155-157.
- Moncrieff, J. & Cohen, D. (2006) « Do Antidepressants Cure or Create Abnormal Brain States? », *PloS Medicine*, 3, 7 : 961-965.
- Montagne, M. (1988), « The metaphorical nature of drugs and drug taking », *Social Science & Medicine*, 26, 4 : 417-424.
- Montagne, M. (1996a), « De l'activité pharmacologique à l'usage des drogues : la construction des connaissances sur les drogues », *Santé Mentale du Québec*, 22, 1 : 149-163.
- Montagne, M. (1996b), « The Pharmakon Phenomenon : Cultural Conceptions of Drugs and Drug Use », dans Davis, Peter, (dir.), *Contested Ground*, New York, Oxford, Oxford University Press.
- Montagne, M. (2004), « Social pharmacology : integrating pharmaceutical and social science research on drug effects », *Drug Information Journal*, 38 : 315-320.
- Ong, B. & Hopper, H. (2006), « Comparing clinical and lay accounts of the diagnosis and treatment of back pain », *Sociology of Health & Illness*, 28, 2 : 203-222.
- Organisation Mondiale de la Santé (2001), *Rapport sur la santé dans le monde. La santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Genève, OMS.
- Otero, M. (2005), « Santé mentale, adaptation sociale et individualité contemporaine », dans Otero, M. (dir.) (2005), « Nouveau malaise dans la civilisation : regards sociologiques sur la santé mentale, la souffrance psychique et la psychologisation », *Cahiers de Recherche Sociologique*, 41-42 : .

- Otero, M. (2006), « Nervosité d'inadaptation : une folie sociale nécessaire? », dans Collin, J., Otero, M., Monnais, L. (dir.) (2006), *Le Médicament au Cœur de la Socialité Contemporaine : Regards Croisés sur un Objet Complexe*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec : 67-90.
- Paillé, P. (1994), « L'analyse par théorisation ancrée », *Cahiers de Recherche Sociologique*, 23 : 147-181.
- Parsons, T. (1951), *The Social System*, New York, The Free Press.
- Patten, S. & Juby, H. (2008), « Profil de la dépression clinique au Canada », Réseau des centres de données de recherche [en ligne]. <http://hdl.handle.net/1880/46454>
- Persson, A. (2004), « Incorporating Pharmakon : HIV, Medicine, and Body Shape Change », *Body & Society*, 10, 4 : 45-67.
- Potter, S. & McKinlay, J. (2005), « From a relationship to encounter : an examination of longitudinal and lateral dimensions in the doctor-patient relationship », *Social Science & Medicine*, 61 : 465-479.
- Prosser, H. & Walley, T. (2006), « New drug prescribing by hospital doctors : The nature and meaning of knowledge », *Social Science & Medicine*, 62 : 1565-1578.
- Rogers, W. (2002), « Is there a moral duty for doctors to trust patients? », *Journal of Medical Ethics*, 28 : 77-80.
- Rotermann, M. (2007), « Rupture conjugale et dépression subséquente », *Statistique Canada, Rapports sur la santé*, 18, 2 : 35-46. N° catalogue : 82-003.
- Santé Canada (2002), L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé Mentale et bien-être [en ligne]. <http://www.statcan.ca/Daily/English/030903/d030903a.htm>
- Santé Canada (2003), « Bulletin canadien des effets indésirables », 13, 2, [En ligne]. www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/bulletin/carn-bcei_v13n2-fra.php
- Scott, A. *et al* (1995), « Is general practitioner decision making associated with patient socio-economic status? », *Social Science & Medicine*, 42, 1 : 35-46.
- Seale, C. (1998), *Constructing death : the sociology of dying and bereavement*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Shilling, C. (2003), *The body and social theory*, Londres, Sage publications.
- Simon, R. & Marcussen, K. (1999), « Marital Transitions, Marital Beliefs, and Mental Health », *Journal of Health and Social Behavior*, 40, 2 : 111-125.

Spielvogel, M. (1999), *Les rapports amoureux vécus par les femmes. Une analyse de discours des hétérosexuelles, des lesbiennes et des religieuses*, Thèse de doctorat, Université de Montréal.

Strauss, A. (dir.) (1992), *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan.

Strohschein, L. *et al* (2005), « Marital transitions and mental health : Are there gender differences in the short-term effects of marital status change? », *Social Science & Medicine*, 61 : 2293-2303.

Sweeney, M. & Horwitz, A. (2001), « Infidelity, Initiation, and the Emotional Climate of Divorce : Are There Implications for Mental Health? », *Journal of Health and Social Behavior*, 42, 3 : 295-309.

Turner, E. *et al* (2008), « Selective Publication of Antidepressant Trials and its Influence on Apparent Efficacy », *The New England Journal of Medicine*, 358, 3 : 252-260.

Van der Geest, S. & Whyte, S. (1989), « The Charm of Medicines : Metaphors and Metonyms », *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, 3, 4 : 345-367.

Williams, S. (2000), « Chronic Illness as biographical disruption or biographical disruption as chronic illness? Reflections on a core concept », *Sociology of Health & Illness*, 22, 1 : 40-67.

Wu, Z. & Hart, R. (2002), « The Effects of Marital and Nonmarital Union Transition on Health », *Journal of Marriage and the Family*, 64, 2 : 420-432.

ANNEXE

SCHÉMA D'ENTRETIEN

1. PORTRAIT GÉNÉRAL DE LA PERSONNE

- Parlez-moi un peu de votre situation actuelle...
- En termes généraux, comment vous décririez-vous ?
- Qu'est-ce qui est important dans la vie pour vous ?
- Quelle est votre perception de la vie ?
- Quelle est votre conception de la santé ?
- Pourquoi vous êtes-vous intéressée à cette recherche?

2. RUPTURE CONJUGALE

- Pourriez-vous me raconter les événements entourant votre rupture conjugale (son contexte, présence d'autres stress, etc.)
- Au moment où la rupture s'est produite, étiez-vous dans un moment de votre vie qui vous satisfaisait? (carrière, buts atteints, réalisations (enfants) ; comment était votre vie au moment de la rupture?
- Comment expliquez-vous cette rupture? Pourquoi est-elle arrivée pensez-vous ?
- Comment viviez-vous cette rupture?
- Comment avez-vous réagi face à cela?
- Pensez-vous que votre santé était affectée par la rupture?
- Comment vous y êtes-vous pris pour passer au travers ? Solutions... explications ...

3. PRISE DE MÉDICAMENTS

Racontez-moi comment vous en êtes arrivé à prendre des antidépresseurs...

- Comment a-t-il été décidé que vous prendriez des médicaments?

- Pourquoi le médecin vous a-t-il prescrit des antidépresseurs? Quelles raisons a-t-il évoquées? (diagnostic...)
- Pourquoi êtes-vous aller voir un médecin/spécialiste suite à rupture?
- Quelles étaient vos attentes face à votre médecin / spécialiste ?
- Cela vous faisait quoi de prendre ce médicament?
- Que représente ce médicament pour vous?
- Vouliez-vous prendre des médicaments ? Pourquoi?
- Pourquoi prendre des antidépresseurs suite à rupture?
- Connaissez-vous ces médicaments avant de les prendre? Quelle était votre impression de ces médicaments?
- Cela s'inscrivait-il dans une démarche plus large?
- Quel(s) médicament(s) ?
- Quelles étaient vos attentes face à ce médicament?
- Les effets de cette prise de médicament
- Des effets secondaires?
- Votre perception du médicament a-t-elle changée suite à votre prise?
- Combien de temps avez-vous pris ce médicament?
- Comment pensez-vous que cette prise de médicaments est-elle perçue dans votre entourage?
- Savez-vous si d'autres personnes de votre entourage prennent des antidépresseurs?
- En discutez-vous entre vous?
- Satisfaction du traitement pharmaceutique?
- Comment qualifieriez-vous cette période de votre vie? (période où prenait antidépresseurs)

5. AMOUR, RELATION CONJUGALE

- La relation conjugale pour vous?

6. POST-RUPTURE

- Comment considérez-vous votre état présentement?
- Considérez-vous que cet événement est derrière vous?
- Cette expérience a-t-elle changé votre perception de la vie? de vous? des autres? de la relation conjugale?
- Si vous aviez à me décrire votre vie depuis la rupture, que diriez-vous?
- quelles questions vous posez-vous face à l'avenir, la suite des choses (l'amour, le travail, santé, etc)
- Vous avez des choses à rajouter?

7. DONNÉES SOCIOGRAPHIQUES

- Âge
- Emploi
- Statut (divorcée, remariée...)