

Les hommes et la dépression

John S. Ogrodniczuk PhD John L. Oliffe PhD

On catégorise habituellement la dépression comme une maladie plus particulière aux femmes¹, en partie à cause d'une plus faible incidence de la dépression chez l'homme par rapport à celle chez la femme². Par ailleurs, cette incidence moins élevée chez les hommes pourrait bien dériver de la tendance masculine à nier les malaises, à surveiller et traiter eux-mêmes leurs symptômes, et à éviter d'avoir recours aux services et aux professionnels de la santé comme façon de manifester et de préserver leur virilité³. Cette réalité a contribué au fait que nous connaissons mal la dépression chez l'homme, notamment les moyens de la déceler et de la traiter. Dans le but de favoriser une plus grande sensibilisation à ce sujet, nous présentons une série de questions et de réponses sur la dépression chez l'homme.

Qu'est-ce que la dépression?

La dépression est une maladie qui affecte la façon dont une personne pense, se sent et agit. Selon la 4^e édition révisée du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux⁴, parmi les signes et les symptômes de la dépression, on peut mentionner un sentiment persistant de tristesse, d'anxiété ou de «vide»; le désespoir et le pessimisme; des sentiments de culpabilité, de dévalorisation ou d'impuissance; et la perte d'intérêt ou de plaisir à faire des activités ou un passe-temps qu'on aimait auparavant.

Les symptômes des hommes sont-ils différents de ceux des femmes?

La dépression chez l'homme, du moins à ses débuts, ne ressemble souvent pas à la description du manuel citée ci-dessus. Elle se manifeste fréquemment par de l'irritabilité, de la colère, de l'hostilité, de l'agressivité et des comportements abusifs, qu'il s'agisse de violence, de consommation d'alcool et de drogues ou d'échappatoires (p. ex. trop d'implication au travail)⁵. Parmi les autres comportements d'évasion observés, on peut mentionner la tendance de certains hommes à devenir sexuellement actifs outre mesure, habituellement par l'entremise d'aventures extraconjugales ou d'une série de brèves rencontres sexuelles dépourvues de sentiments⁶. On croit que de tels comportements refléteraient les efforts de ces hommes à démontrer leurs prouesses sexuelles pour compenser leur sentiment de ne pas être à la hauteur et éviter l'intimité dans une relation qui pourrait éventuellement exposer leur vulnérabilité⁷. Ces signes et symptômes peuvent masquer les symptômes plus typiques de la dépression (p. ex. tristesse, pleurs, culpabilité, changements dans l'appétit).

Ces agissements observés chez les hommes pourraient servir de mécanismes pour dissimuler les troubles intérieurs qu'ils ressentent. Mais il arrive un moment où ces

mesures compensatoires échouent, et où la détresse et la dépression de ces hommes sont finalement dévoilées par un immense désespoir, l'isolement et un arrêt complet des activités normales.

Comment un homme décrirait-il sa dépression?

Les hommes n'arrivent habituellement pas au cabinet de leur médecin pour expliquer directement qu'ils se sentent tristes ou déprimés. En réalité, ils mentionneront rarement à leur médecin des problèmes d'ordre émotionnel ou comportemental. Pourtant, s'il arrive qu'ils parlent de problèmes, ils ont tendance à les décrire sur le plan professionnel comme un moins bon rendement au travail ou une difficulté à fonctionner⁷. Généralement, les hommes semblent parler de leurs problèmes émotionnels comme étant du «stress», plutôt que de la tristesse ou de la dépression.

Au lieu de communiquer verbalement leurs problèmes émotionnels, les hommes ont tendance à actualiser leur stress. Il n'est pas rare qu'ils réagissent à leur stress en travaillant davantage, en entreprenant des activités hasardeuses et, le plus souvent, en se tournant vers l'alcool et d'autres drogues, dans un effort pour éviter ou engourdir la prise de conscience d'un problème sous-jacent⁸. La colère, l'irritabilité et l'isolement social sont souvent manifestes chez les hommes, mais ils ne les reconnaissent pas nécessairement comme des problèmes qu'il faut corriger⁵.

Pourquoi la dépression semble-t-elle différente chez l'homme?

Pour répondre à cette question, il importe surtout de comprendre comment on enseigne aux hommes à se comporter dans notre société. Les jeunes garçons, à mesure qu'ils grandissent et se développent, apprennent des rôles masculins prescrits sur le plan socioculturel au sujet des comportements appropriés à leur sexe. Des études ont révélé une multitude d'idéaux masculins interdisant la sensibilité, l'expression émotionnelle et les signes visibles de la tristesse, dont les pleurs⁸. On s'attend plutôt des hommes qu'ils soient indépendants, compétitifs, émotionnellement stoïques et maîtres de soi.

L'expression typique «les grands garçons ne pleurent pas» prévaut et laisse entendre que les garçons, et les hommes en particulier, ne devraient pas «pleurnicher». De tels principes, implicitement et parfois explicitement valorisés par les parents et d'autres proches, façonnent profondément les identités, les rôles et les relations des garçons et des hommes en fonction de leur sexe, ainsi que leurs pratiques sur le plan des soins de santé. Par conséquent, les garçons peuvent apprendre à se dissocier des aspects de l'expérience émotionnelle, plus précisément des sentiments visibles de tristesse. La colère,

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.
Can Fam Physician 2011;57:e39-41

This article is also in English on page 153.

la honte et les défenses axées sur le contrôle surgissent souvent comme moyens d'autoprotection.

Qu'est-ce qui peut déclencher la dépression chez l'homme?

Il existe très peu de données pour soutenir qu'il y aurait de grandes différences entre les hommes et les femmes en ce qui a trait aux éléments déclencheurs de la dépression. Cependant, il semble que certaines situations ou circonstances seraient particulièrement difficiles pour les hommes et seraient donc de forts catalyseurs de dépression. Certains auteurs maintiennent que pour les hommes, des questions entourant la perte et le deuil deviennent primordiales à certains moments de leur vie⁹.

Quand ils sont mis en contexte dans divers domaines de la vie (p. ex. absence de liens paternels ou frustrations à cet égard, difficultés financières, confrontation à sa propre mortalité), les «stress» de nombreux hommes deviennent, à divers degrés, des problèmes de deuil et de perte¹⁰. Cela se produit indifféremment lorsque les situations se manifestent concrètement dans la perte d'une relation intime ou sur un plan plus symbolique, comme la perte de statut social ou de prestige associé à l'emploi ou la réduction des prouesses physiques ou sexuelles avec le temps. La maladie physique, les problèmes financiers ou un divorce peuvent remettre en question les idéaux masculins que se font les hommes, en ce sens qu'au lieu d'être robustes, puissants, gagnants et désirables, il se peut qu'ils se sentent faibles et qu'ils connaissent l'échec.

Combien de temps la dépression dure-t-elle habituellement chez les hommes?

La dépression a tendance à être récurrente, à aller et venir à divers degrés d'intensité. Certains hommes peuvent «passer» pendant des années comme étant émotionnellement bien ou typiquement masculins dans leurs comportements. La dépression n'est pas toujours une spirale progressive vers le bas, mais elle se produit souvent avec le temps, alors que les «hauts» ont tendance à être moins fréquents et les «bas» plus graves. Il faut habituellement plus de temps aux hommes avant de demander l'aide de leur partenaire ou d'un professionnel¹¹. Les femmes sont beaucoup plus en connexion avec leur corps et familiaires avec les services de santé, et ont tendance à se rendre compte plus rapidement qu'elles ont besoin d'aide. Plus il faut de temps aux hommes pour demander de l'aide (s'ils le font un jour), plus les sentiments, les pensées et les comportements négatifs s'implantent, ce qui rend la dépression plus difficile à surmonter.

Pourquoi les hommes ne demandent-ils pas d'aide?

Il y a probablement de nombreux facteurs qui empêchent les hommes de chercher de l'aide pour leur dépression, dont plusieurs ne sont pas bien compris. La façon dont les hommes se voient eux-mêmes en tant qu'hommes peut être très nuisible. Par rapport aux femmes, ils ont tendance à accorder plus d'importance à la compétitivité, à la puissance et à la réussite⁸. La plupart des hommes n'aiment pas admettre qu'ils se sentent vulnérables

ou incertains, donc ils sont moins enclins à parler de leurs sentiments avec leurs amis, leurs proches ou leurs médecins⁸. Selon certaines données, les hommes sont plus portés à se rendre à l'urgence plutôt que de consulter en pratique générale, et cette tendance est reliée au déni par les hommes de la maladie, à une autosurveillance plus prolongée et au fait qu'ils se fient à des stratégies de prise en charge par eux-mêmes¹².

Les hommes sont portés à penser qu'ils ne doivent se fier qu'à eux-mêmes et que c'est une manifestation d'une certaine faiblesse que de dépendre de quelqu'un d'autre, même pendant une courte période¹³. C'est souvent au clinicien qu'il incombe d'interpréter non seulement ce que disent les hommes, mais aussi leur gestuelle et leur affect pour déceler la dépression avec exactitude.

La probabilité de suicide est-elle plus élevée chez les hommes?

Même si les taux de tentatives de suicide sont semblables chez les hommes et les femmes, la probabilité de réussite est plus élevée chez les hommes. En réalité, le taux de suicide chez les hommes en général est 4 fois plus élevé que chez les femmes¹⁴. Dans certaines populations, y compris les aînés, le taux de suicide chez les hommes est plus de 7 fois plus élevé que chez les femmes¹⁴. Les hommes ont tendance à utiliser des moyens plus létaux, y compris les armes à feu et la pendaison, et pourtant, rares sont ceux qui montrent des signes de tentatives imminentes¹⁵. Par conséquent, les cliniciens doivent être très conscients que les hommes plus que les femmes réussissent à se suicider, de manière à pouvoir identifier ceux qui sont à risque et à intervenir.

Que devrais-je faire si l'un de mes patients est déprimé?

Ne l'ignorez surtout pas. Gentiment et amicalement, soulevez la question. Utilisez des phrases du genre: «Vous semblez manquer d'énergie. Vous sentez-vous bien?» Si vous lui dites que vous pensez que c'est une dépression, vous risquez de le décourager d'admettre ses problèmes. Rappelez-vous que bien des gens, y compris les hommes, voient la dépression comme un problème féminin dont souffrent peu d'hommes. N'hésitez pas à demander s'il pense au suicide, parce que les hommes abordent rarement cette question d'eux-mêmes.

La dépression chez les hommes peut se traiter avec succès au moyen d'antidépresseurs, d'une psychothérapie ou d'une combinaison des deux. Il est démontré que divers agents pharmacologiques sont efficaces¹⁶. On peut mentionner les inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine (ISRS), les inhibiteurs du recaptage de la sérotonine-noradrénaline, les tricycliques et les inhibiteurs de la monoamine-oxydase. Aucune donnée probante n'indique qu'il y ait des différences au chapitre de l'efficacité des antidépresseurs pharmacologiques entre les hommes et les femmes¹⁷. Malheureusement, il est documenté que les antidépresseurs, en particulier les ISRS, affectent la fonction érectile et l'éjaculation¹⁸. Balon a présenté un résumé utile et succinct des stratégies de prise en charge de la dysfonction érectile associée aux ISRS¹⁹. Parmi les stratégies à envisager, on peut

mentionner le recours à une prescription de bupropion ou de mirtazapine, car ces agents ont tendance à avoir moins d'incidence sur la dysfonction sexuelle. De plus, parce la dysfonction sexuelle associée aux antidépresseurs semble fonction de la dose, il peut être utile de prescrire une dose minimale efficace; par ailleurs, il y a lieu d'être prudents car les symptômes de la dépression peuvent revenir si on réduit trop la dose. Une récente étude auprès de 35 hommes démontrant que la paroxétine peut causer des dommages génétiques au sperme a aussi soulevé certaines inquiétudes à propos de l'utilisation des ISRS chez les hommes, mais ces constatations sont préliminaires et nécessitent des études plus approfondies¹⁸.

Il est démontré que diverses formes de psychothérapie à court terme et limitée dans le temps, y compris la psychothérapie psychodynamique, la thérapie comportementale cognitive et la thérapie interpersonnelle, sont efficaces pour traiter la dépression^{16,20}. La psychothérapie est offerte par divers professionnels de la santé mentale autorisés, notamment des psychiatres, des psychologues, des travailleurs sociaux et des conseillers cliniciens agréés. Les thérapies offertes par des non-médecins peuvent ne pas être remboursées par les régimes d'assurance-maladie complémentaires des patients. Les départements hospitaliers de psychiatrie offrent des cliniques externes gratuites de psychothérapie. Selon des méta-analyses, les médicaments et la psychothérapie ont la même efficacité^{21,22}, mais une combinaison des 2 dans certains cas se révèle très efficace²³. Des thérapies de groupes exclusivement masculins peuvent offrir aux hommes un environnement sûr pour découvrir et exprimer des émotions intenses de vulnérabilité associées à leur dépression, et leur permettre de se connecter grâce à une expérience cathartique partagée²⁴. La thérapie de groupe donne aux hommes une occasion de connectivité interpersonnelle, et la chance de retrouver un sentiment de bien-être et de raison d'être. Il est important de tenir compte des préférences du patient dans le choix du traitement, car des études ont démontré que les résultats en sont fortement influencés²⁵.

Il y a de nombreuses ressources pour aider les personnes atteintes de dépression. L'Association canadienne pour la santé mentale (<http://cmha.ca>) offre beaucoup de renseignements. Parmi les autres ressources en ligne, on peut mentionner www.heretohelp.bc.ca et www.maledepression.com. Il y a aussi des traitements basés dans le web comme www.bluesbegone.co.uk (moyennant des frais) et <http://moodgym.anu.edu.au/welcme> (gratuits). On trouve aussi des ressources pour les soins autonomes sur le web comme www.comh.ca/anti-depressant-skills/adult.

Conclusion

Les médecins de famille sont bien placés pour déceler et traiter la dépression chez les hommes. Ce n'est pas facile étant donné les contraintes de temps que vivent les médecins de famille; par contre, les conséquences d'une dépression non détectée et non traitée peuvent être dévastatrices. La connaissance et la recherche active des signes et des symptômes de la dépression chez les hommes et la capacité de les aiguiller vers diverses options thérapeutiques

peuvent avoir des effets positifs considérables sur la vie de nombreux hommes et de leur famille. 🌟

M. Ogrodniczuk est professeur agrégé et directeur associé du Programme de psychothérapie au Département de psychiatrie de l'University of British Columbia à Vancouver. **M. Oliffe** est professeur agrégé à l'École des sciences infirmières de l'University of British Columbia.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

M. John S. Ogrodniczuk, University of British Columbia, Department of Psychiatry, 420-5950 University Blvd, Vancouver, BC V6T 1Z4; téléphone 604 822-8034; télécopieur 604 827-4106; courriel ogrodnic@interchange.ubc.ca. Les opinions exprimées dans les commentaires sont celles des auteurs. Leur publication ne signifie pas qu'elles sont sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada.

Références

1. Riska E. Men's mental health. Dans: Broom A, Tovey P, rédacteurs. *Men's health: body, identity, and social context*. Chichester, RU: Wiley-Blackwell; 2009. p. 145-62.
2. Addis ME. Gender and depression in men. *Clin Psychol Sci Pract* 2008;15(3):153-68.
3. Addis ME, Mahalik JR. Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *Am Psychol* 2003;58(1):5-14.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4^e édition, texte révisé. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2000.
5. Cochran SV, Rabinowitz FE. Gender-sensitive recommendations for assessment and treatment of depression in men. *Prof Psychol Res Pr* 2003;34(2):132-40.
6. Brownhill S, Wilhelm K, Barclay L, Schmied V. 'Big build': hidden depression in men. *Aust N Z J Psychiatry* 2005;39(10):921-31.
7. Mahalik JR, Good GE, Englar-Carlson M. Masculinity scripts, presenting concerns, and help seeking: implications for practice and training. *Prof Psychol Res Pr* 2003;34(2):123-31.
8. Oliffe JL, Phillips MJ. Men, depression and masculinities: a review and recommendations. *J Mens Health* 2008;5(3):194-202.
9. Doka KJ, Martin T. Masculine responses to loss: clinical implications. *J Fam Stud* 1998;4(2):143-58.
10. Cochran SV, Rabinowitz FE. Men, loss, and psychotherapy. *Psychotherapy* 1996;33(4):593-600.
11. O'Brien R, Hunt K, Hart G. 'It's caveman stuff, but that is to a certain extent how guys still operate': men's account of masculinity and help seeking. *Soc Sci Med* 2006;61(3):503-16.
12. Emslie C, Ridge D, Zeibland S, Hunt K. Men's accounts of depression: reconstructing or resisting hegemonic masculinity? *Soc Sci Med* 2006;62(9):2246-57. Cyberpub. 14 novembre 2005.
13. Cramer KM, Gallant MD, Langlois MW. Self-silencing and depression in women and men: comparative structural equation models. *Pers Individ Dif* 2005;39(3):581-92.
14. Santé Canada. Chapitre 7: comportement suicidaire. Dans: *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Ottawa, ON: Santé Canada; 2002. p. 91-104.
15. Hawton K. Sex and suicide. Gender differences in suicidal behaviour. *Br J Psychiatry* 2000;177(6):484-5.
16. Malhi GS, Adams D, Porter R, Wignall A, Lampe L, O'Connor N, et collab. Clinical practice recommendations for depression. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2009;119(439):8-26.
17. Quitkin FM, Stewart JW, McGrath PJ, Taylor BP, Tisminetzky MS, Petkova E, et coll. Are there differences between women's and men's antidepressant responses? *Am J Psychiatry* 2002;159(11):1848-54.
18. Tanrikut C, Feldman AS, Altemus M, Paduch DA, Schlegel PN. Adverse effect of paroxetine on sperm. *Fertil Steril* 2010;94(3):1021-6. Cyberpub. 10 juin 2009.
19. Balon R. SSRI-associated sexual dysfunction. *Am J Psychiatry* 2006;163(9):1504-9.
20. Driessen E, Cuijpers P, de Maat SC, Abbass AA, de Jonghe F, Dekker JJ. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2010;30(1):25-36.
21. DeRubeis RJ, Hollon SD, Amsterdam JD, Shelton RC, Young PR, Salomon RM, et collab. Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(4):409-16.
22. Imel ZE, Malterer MB, McKay KM, Wampold BE. A meta-analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia. *J Affect Disord* 2008;110(3):197-206. Cyberpub. 5 mai 2008.
23. Hollon SD, Jarrett RB, Nierenberg AA, Thase ME, Trivedi M, Rush AJ. Psychotherapy and medication in the treatment of adult and geriatric depression: which monotherapy or combined treatment? *J Clin Psychiatry* 2005;66(4):455-68.
24. Ogrodniczuk JS, Oliffe JL. Grief and groups: considerations for the treatment of depressed men. *J Mens Health* 2009;6(4):295-8.
25. Hill SA, Laugharne R. Decision making and information seeking preferences among psychiatric patients. *J Ment Health* 2006;15(1):75-84.

On trouvera un article de recherche connexe à propos des effets de la socialisation en fonction du sexe sur la présentation de la dépression chez l'homme à la page e74.