

Pensée Plurielle

Parole, Pratiques & Réflexions du social

2015/1

N° 38

**Diversité de souffrances sociales
Des approches variées**



de boeck

Des souffrances multiples à la souffrance paroxystique

SENAD KARAVDIC, BARBARA BUCKI, MICHÈLE BAUMANN¹

Résumé : Notre propos s'inscrit dans une compréhension des mécanismes présents dans la déconstruction des souffrances psychiques. Avec l'appui du RE.SO.NORD (REseau du centre SOcial de la région du NORD) du Luxembourg, un diagnostic sur les souffrances des personnes habitant les communes rurales a été réalisé auprès des professionnels de première ligne des domaines de la santé et du social qui les côtoient au quotidien. Vingt-six professionnels ont participé à des entretiens au cours desquels ils ont décrit les souffrances multiples de leurs clients. Elles sont apparues comme les effets d'une dérive et montrent comment les processus d'amplification des souffrances psychiques (anxiété permanente, dépression, etc.) et d'accumulation des facteurs sociaux et familiaux (perte d'emploi, séparation familiale, etc.) peuvent aboutir à l'émergence d'états de santé mentale critiques.

Dans cette logique de gradation paroxystique, les problèmes de santé mentale viennent s'agréger à un ensemble de comportements délétères. Cette gradation illustre un état que les clients atteignent lorsque les sphères intime et sociale se dégradent de concert. La souffrance paroxystique représente alors cet état au cours duquel les personnes semblent avoir comme perdu face à leurs souffrances et ne parviennent plus à s'en relever. Les professionnels reconnaissent un manque d'information et d'incitation à la consultation médicale que leurs clients redoutent par crainte d'une stigmatisation. Ils admettent l'existence d'un manque de coordination et d'accès aux soins de santé primaires et manquent d'aides pour ceux qui souffrent et leurs aidants familiaux afin de les préparer à devenir des acteurs capables de mobiliser leur « capacité de santé ».

Mots clés : *santé mentale, souffrances psychiques, professionnels de première ligne*

¹ Institut Santé et Comportement, Unité de recherche INSIDE, Université du Luxembourg ; courriel : michele.baumann@uni.lu ; responsable scientifique du projet Lux Mental Health soutenu par un financement UL interne intitulé : « Étude des problèmes et des besoins en santé mentale identifiés par les professionnels de la santé et du social au Grand-duché du Luxembourg » en collaboration avec le RESONORD.

1. Introduction

Notre propos s'inscrit dans une identification des problèmes de santé mentale et une compréhension des processus présents dans la déconstruction des souffrances des clients des services sociaux et de santé. Nous avons abordé les mécanismes de production de la souffrance tels qu'ils sont perçus et décrits par les professionnels. Cette recherche a été guidée par des questions telles que : si la souffrance résulte d'une vision de l'individu sur sa propre existence, quelles valeurs entrent en jeu ? Si la souffrance est appréhendée comme la résultante d'une conduite particulière, dans quelle mesure est-elle aussi un produit social ? Quelles sont les interventions qui couvriraient les besoins de cette clientèle ? Quelles sont les actions qui les amèneraient à acquérir des capacités personnelles, des capacités de santé (Bucki, 2014) et des compétences sociales pour s'opposer aux effets des souffrances multiples ? Mais avant de tenter d'y répondre, rappelons quelques éléments clés du contexte actuel.

Parmi les 880 millions d'habitants que compte la Région européenne, 164,8 millions souffriraient d'un trouble mental, en particulier d'anxiété et de dépression (Wittchen, 2010) ; leur incidence est en hausse dans tous les pays de l'Union européenne. Pour 2013-2020, un Plan d'Action Global en Santé Mentale a été élaboré pour prévenir les désordres mentaux, et promouvoir la santé mentale, plaçant ainsi la question des souffrances au cœur des préoccupations nouvelles de l'Europe (OMS, 2013). De même, les questions d'équité dans l'accès aux soins se posent, en particulier pour les personnes les plus en souffrance qui restent isolées ou exclues des systèmes de prise en charge ainsi que pour les plus démunies qui vivent en marge des réseaux. Indispensable au bien-être, une bonne santé mentale favorise l'apprentissage, le travail, la compétitivité, la productivité et la participation à la vie de la société.

Face à une telle logique, pourquoi des souffrances, omniprésentes sur la place publique, revêtent-elles un caractère flou et obscur ? Employé à tort et à travers, le terme « souffrance » semble tout désigner comme il ne peut rien désigner en retour. Souffrir est une expression commune et obligatoire, qui s'est généralisée à tous les pans de la société (Ehrenberg, 2011). *De facto*, la dégradation de ses paramètres influe sur la qualité de vie et la satisfaction que les personnes peuvent avoir par rapport à celles-ci. Lorsque les souffrances interagissent de concert dans des contextes qui leur sont propices, elles mènent les personnes aux dérives d'un état psychique qui se détériore. Aussi, s'assurer que les personnes souffrantes aient un accès aux soins est également une priorité grandissante des gouvernements (Lecrubier *et al.*, 2007).

Le Grand-Duché de Luxembourg est un des plus petits pays d'Europe (2 586 km² ; en 2012, il comptait 525 000 habitants de 170 nationalités). Selon l'enquête *Generalized Anxiety and Depression Impact Survey II*, menée auprès des médecins généralistes, la prévalence des troubles d'anxiété généralisée et/ou de dépression majeure y était de 13,6 % vs 17,8 % en Belgique, un taux qui s'avère élevé (Ansseau *et al.*, 2008). Une plate-forme nationale consultative (Consbruck, 2010) intégrant des représentants de diverses disciplines a été créée pour suivre l'évolution des indicateurs épidémiologiques fondés sur la consommation de services de soins et des statistiques de mortalité.

Le rapport pour le ministère de la Santé (Louazel et Lair, 2013) a mis en évidence que :

- * peu d'indicateurs décrivent la santé mentale des personnes âgées de 18 ans et plus ;
- * peu de données sont disponibles sur les besoins en santé mentale de la population, leur accès aux soins et la question de l'équité, notamment lorsque les inégalités sociales sont en augmentation, leur satisfaction à l'égard des services primaires, de la prévention et de la promotion de la santé pour réduire la stigmatisation autour des troubles mentaux ;
- * au cours des 12 derniers mois, 22 % de Luxembourgeois ont cherché une aide auprès d'un professionnel pour des problèmes d'ordre psychiatrique ou psychologique ; la moyenne européenne étant de 15 %.

Dans le dernier rapport de l'OMS (Samele *et al.*, 2013) dans la section sur le Luxembourg, il a été souligné que :

- * les données sur la santé mentale sont insuffisamment cohérentes et fiables ;
- * aucun état des lieux de la situation actuelle des souffrances en milieu rural n'a pu être établi ;
- * dans l'ensemble, les données existantes restent partielles.

Ce manque d'informations trouve son origine dans les difficultés méthodologiques inhérentes à la collecte de données en santé mentale dont la complexité des classifications est largement reconnue (Falissard, 2011). Cependant, la connaissance des souffrances d'une population et des groupes vivant dans des environnements plus ou moins hostiles ou stressants reste un élément indispensable pour pouvoir adapter la planification des ressources et mettre en œuvre des stratégies de promotion de la santé mentale et de prévention (Lee et Thacker, 2011). Aussi, à partir du discours des professionnels qui côtoient au quotidien ces personnes, les objectifs de nos travaux ont été d'analyser les principaux problèmes de santé mentale, les facteurs psychosociaux qui contribuent à l'émergence des souffrances multiples chez leurs clients, qui participent à leur maintien et qui en arrivent à produire une souffrance paroxystique, de déterminer leurs besoins et les actions qui pourraient apaiser ces souffrances.

2. Méthodologie

La liste des professionnels de première ligne concernés a été établie avec l'aide du comité de pilotage du RE.SO.NORD (REseau du centre SOcial de la région du NORD). Il s'agissait de s'adresser aux professionnels travaillant auprès de personnes âgées de 18 à 65 ans des communes rurales. Ils ont été contactés par téléphone par un chercheur de l'université. Après leur avoir expliqué les buts de l'enquête et avoir obtenu leur accord verbal, un rendez-vous a été fixé dans la langue de leur choix (allemand, luxembourgeois, français). Le guide d'entretien, une lettre d'information et un consentement leur ont été envoyés ainsi qu'une fiche comportant les caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge, nombre des clients, les années d'expérience, le secteur d'activité) et quelques questions fermées sur leurs opinions concernant les programmes de santé mentale.

L'entretien semi-structuré d'une durée de plus d'une heure a été mené en face à face. À partir des retranscriptions, une analyse de contenu a été orchestrée à l'aide du logiciel NVivo9. Après avoir identifié les verbatim (unités de sens) en rapport avec les objectifs de l'étude, un regroupement par catégorie a été effectué. Puis, pour chaque catégorie, un item (phrase résumant l'idée maîtresse) a été construit. Trois analystes ont contrôlé le contenu de chaque catégorie et ont validé par consensus la formulation des items.

3. Résultats

L'analyse des retranscriptions des professionnels de proximité² a permis d'opérer une distinction entre les souffrances issues des problèmes de santé mentale (troubles neuropsychiatriques, addiction, alcool, stress...), celles qui reposent sur les facteurs psychosociaux et matériels de l'existence (violences conjugales, travail, logement, revenu), et les besoins non couverts qu'il faudrait combler pour apaiser ces souffrances.

3.1. Une approche des souffrances multiples

Certains clients sont affectés par des troubles d'ordre neuropsychiatrique. Ces troubles sont de natures diverses dont : « *Le grand numéro un, qui est vraiment le top, c'est le problème de la dépression.* » Cette « tristesse malade », qui représente le problème mental majeur, s'accompagne d'autres troubles constitutifs d'un psychisme qui se dégrade. Un professionnel rapporte à cet effet que : « *Beaucoup de clients ont un double diagnostic et présentent très souvent à la fois des psychoses et des schizophrénies.* » Car, outre la dépression et les problèmes de psychoses et de schizophrénie, des troubles nouveaux apparaissent comme le trouble « *borderline, les affections maniaco-dépressives...* ». La souffrance psychique capture ainsi tous les symptômes que lui permettent de s'exprimer.

D'autres sont de forts consommateurs d'alcool. « *La surconsommation d'alcool est un problème que je rencontre assez souvent.* » Le problème n'est pas le fait de boire, mais de trop en boire : « *Il y a beaucoup de gens qui consomment trop d'alcool...* » L'attrait que représente l'alcool est à trouver dans le caractère d'exutoire qu'il représente : « *Il y a beaucoup de gens qui consomment trop d'alcool bien sûr, [mais] pour compenser un peu les manques qu'ils ont dans la vie.* » Agissant donc comme un révélateur, le fait de boire et surtout de boire pour oublier devient pour certains un moyen de faire face au quotidien à leurs souffrances.

² Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles. Sept médecins généralistes, trois psychiatres, neuf assistants sociaux, trois psychologues et sept travailleurs sociaux (éducateurs) ont participé à l'enquête. Ils ont une moyenne d'âge de 42 ans et les femmes sont légèrement plus nombreuses. Pour la grande majorité des professionnels rencontrés, les clients leur paraissent confiants et semblent leur parler ouvertement de leurs souffrances. Dans le cadre de leurs activités professionnelles, deux tiers estiment qu'ils sont plus ou moins satisfaits de l'identification qu'ils font des souffrances et des ressources mises à leur disposition. Ils reconnaissent que leur rôle dans la promotion de la santé mentale est important et motivant.

D'autres encore sont touchés par la dépendance et l'addiction aux produits. Les professionnels rapportent la présence d'un lien fort entre les souffrances décrites par leurs clients et les difficultés engendrées par leurs problèmes de dépendance aux produits : « *La dépendance va engendrer la perte du travail et du logement.* » Les problèmes amenés par la consommation de drogues sont étroitement à corrélés avec d'autres types de problèmes qui peuvent soit constituer l'origine ou la conséquence de la dépendance : « *Le principal problème de notre clientèle, c'est la consommation des drogues comme la cocaïne et l'héroïne, et la dépendance qui se manifeste par rapport à ces drogues.* » Les problématiques de dépendance agissent de surcroît à l'image d'un cercle vicieux, dont la fuite dans les substances psycho-actives finit par constituer elle-même une source de souffrance : « *Au début, le client consomme la cocaïne, mais après la cocaïne consomme le client.* »

Le stress et le surmenage activent les troubles psychologiques. Les troubles ne sont pas tant issus de déficiences neuropsychiatriques que de situations économiques et sociales qui fragilisent les limites du supportable et précipitent les personnes vers la maladie mentale. À titre d'exemple : « *Les problèmes d'argent ou de logement amènent (chez eux) à une situation de dépression.* » Les fragilités mentales sont à replacer elles-mêmes dans un contexte de stress, d'angoisse et de dépassement. En effet, face aux demandes des clients/patients – qu'elles soient intimes ou sociales –, les peurs permanentes mènent à l'apparition de troubles liés au domaine de la santé mentale. Les personnes se retrouvent dans l'incapacité de gérer la pression engendrée par les difficultés liées au travail ou au manque de revenus, d'y faire face et de rebondir pour s'en sortir. Un professionnel résume ainsi les sentiments de ses clients/patients : « *Beaucoup de stress, tout est centré sur les performances. En plus, avec la situation actuelle où aucune erreur n'est permise, les personnes se sentent souvent dépassées par les obligations et craquent...* »

Des états d'angoisse ressentis comme permanents. Ces états paralysent alors leurs fonctions cognitives et les processus psychologiques qui vont de pair avec leurs difficultés à gérer leurs émotions. Avec un état de santé mentale qui se dégrade en même temps que leurs conditions de vie et/ou leurs situations familiales, les clients ne parviennent plus à contrôler ni leur quotidien ni leur réalité interne comme les affects. Les professionnels soulignent d'ailleurs l'intensité des troubles anxieux qui habitent leurs clients : « *Il y a la peur de l'échec, une peur indéfinissable, comme dans le cas de l'angoisse ou des peurs comme la claustrophobie.* » Dans ce débordement incontrôlable des affects, « *il n'y a pas de constance dans la gestion des émotions... Ils [les clients] vont plus vers les troubles de la personnalité, ce genre...* » Cette incapacité à gérer les émotions constitue alors l'acmé des troubles psychologiques induits par le cumul des souffrances.

Une désresponsabilisation les entoure. Isolés, dépassés par les étapes à franchir pour s'en sortir, par la gestion de leur vie, les professionnels observent un manque de motivation de la part de leurs clients/patients. « *Il y a une part de désresponsabilisation... Il y a moins de solidarité entre les gens, moins de responsabilisation des gens, car c'est l'État qui endosse...* » Une désresponsabilisation face à la globalité de leur existence semble les envahir : « *Je crois que beaucoup de gens, à cause de leurs problèmes de santé mentale, parfois*

ils se laissent tomber, comme si les professionnels devaient les prendre vraiment par la main, pour leur dire toutes les étapes à faire [...]. Il faudrait leur apprendre à reprendre leurs propres responsabilités. » Ce sentiment est également en lien avec des cursus scolaires et professionnels pauvres, peu adaptés au monde du travail.

Ces personnes se révèlent peu capables de gérer le quotidien et les événements de vie. Les difficultés d'ordre pratique et concret paraissent des obstacles pour répondre aux exigences de la vie personnelle comme professionnelle. Or « *l'échec n'est plus accepté comme une composante personnelle normale...* ». Les clients en souffrance sont aussi ceux qui ont une forte propension à ne pas savoir ou pouvoir s'organiser. Ils semblent posséder peu de capacités pour organiser leur existence de manière autonome : « *Pouvoir trouver un travail, gérer leur vie au quotidien, c'est ça leur difficulté principale. C'est gérer la vie au quotidien.* »

3.2. Une approche des déterminants qui contribuent à leur amplification

Le manque de ressources financières entraîne l'accumulation des problèmes sociaux. Au cœur des problématiques, le manque d'argent ou les conséquences que ledit manque engendre sur la vie au quotidien est une source incontournable des troubles anxieux. Ainsi, « *un [client] qui vient ici... qui vit dans une petite chambre d'hôtel, il a le RMG³ [revenu minimum général], pas de travail, il est surendetté... pour moi, dans la complexité de la personne, c'est tout à fait important* ». Les problèmes liés au revenu s'expriment au travers des obstacles rencontrés, par exemple, par rapport au logement qui devient inabordable ou même simplement impossible à obtenir : « *Ce que je vois au niveau du logement, c'est que les gens n'ont pas d'argent car les logements sont hyperchers. Et même s'ils [clients] trouvaient un petit studio, les propriétaires ne les accepteraient pas car ils ont un RMG, le chômage ou un CDD [contrat à durée déterminée].* » De plus, ces situations touchent inévitablement les autres membres de la famille : « *On a des familles entières qui ont des problèmes de surendettement et donc qui sont expulsées de leur logement.* » La question financière est ainsi un déterminant majeur de la souffrance sociale susceptible de précipiter la dégradation de la qualité de vie.

Leurs parcours sont peu adaptés aux exigences du monde du travail. Dépourvus d'un diplôme, d'un cursus ou d'une formation adaptée au marché de l'emploi, les clients sont non seulement peu préparés à acquérir les compétences sociales exigées par le travail, mais ils sont également peu enclins à comprendre les logiques des systèmes socioéconomiques qui les emploient : « *Le monde du travail est plus complexe et les personnes ne reçoivent pas les tickets d'entrée pour le marché de l'emploi par le biais du système éducatif.* » Avec des niveaux d'éducation faibles ces personnes présentent des profils socioprofessionnels dont les garanties de succès pour trouver un emploi sont faibles, jouant non seulement un rôle essentiel dans le contexte

³ L'équivalent du SMIC.

professionnel mais également communautaire, dans le sens d'une structure de la vie quotidienne.

Certains clients vivent dans un isolement. La conséquence des ruptures familiales entraîne une pauvreté et une fragilité des contacts sociaux : « *Les ruptures familiales sont fréquentes, avec une chronicité des problématiques.* » L'absence de liens « supportifs » fait place au repli sur soi : « *Il y a le sentiment de solitude, elles [ces personnes] ne se sentent pas soutenues...* » Coupés d'une base stable, les clients perdent peu à peu les repères affectifs indispensables à la définition de leur existence.

Des problèmes familiaux et sociaux aboutissent à des violences. La souffrance semble aller de pair avec la naissance de violences, qu'elles soient symboliques ou physiques. Dans le domaine de leur vie privée, les clients sont exposés à des drames familiaux et à des situations qui favorisent la montée des conflits de toutes natures. Un professionnel note qu'« *au niveau familial, [il observe] majoritairement des conflits au niveau des couples, des conflits intrafamiliaux, des divorces, des violences* ». À la question de savoir à quel type de violence l'individu peut avoir affaire, il est à noter la prégnance de la violence domestique rencontrée par les femmes : « *Il y a des femmes qui sont battues [...], humiliées par le conjoint.* » On constate donc la façon dont la souffrance d'ordre intime offre divers visages qui viennent se surajouter les uns aux autres dans le vécu du client.

Des détresses psychologiques traversent les familles. Intégrées au quotidien, elles circulent/transcendent les valeurs familiales de génération en génération : « *Beaucoup de nos clients ont des relations déstabilisantes avec leurs parents... et avec beaucoup de violence dans la famille, et puis ces gens ont souvent des parcours avec des formations qui n'ont pas abouti, ou avec des projets de vie qui se sont brisés.* » La souffrance émotionnelle est la résultante d'une souffrance inscrite dans la biographie familiale, associée à la reproduction d'un parcours de vie instable et chaotique transmis par les parents à leurs enfants : « *Les parents sont peut-être déjà des gens qui reçoivent le RMG, qui transmettent même peut-être inconsciemment cette façon de vivre à leurs enfants, et qui sont dépassés par l'éducation de leurs enfants... et donc les enfants reproduisent la même chose et ça va continuer.* »

3.3. Des besoins spécifiques qu'il faudrait combler pour les apaiser

Comprendre les problèmes de santé mentale et leurs origines. Pour les professionnels, les clients ainsi que leurs proches et la population en général ont besoin d'être mieux informés sur les problématiques liées à la santé mentale. Regrettant le peu d'informations mises à la disposition de la population, les professionnels soulignent l'utilité d'une sensibilisation aux souffrances liées aux troubles mentaux : « *Informers les gens de ce que ça veut dire... et que les gens parlent plus entre eux à la maison, pour travailler sur leur vécu, où justement naissent ces problèmes. Pour les résoudre, il faut travailler dessus...* » Cette sensibilisation accrue à la santé mentale permettrait donc non seulement au client d'entamer un travail seul, mais permettrait également à son entourage de comprendre les origines et les causes d'une telle situation. Il

faut donc « *que la famille comprenne pourquoi cette personne est comme ça, pourquoi elle a cette maladie et que ce n'est pas juste un problème, mais que c'est un problème de tout le système touchant à la personne* ». L'information doit être adaptée aux différentes populations concernées. D'abord aux clients souffrant des problèmes qui ont besoin d'avoir accès à une information claire sur les aides et les services disponibles : « *L'information sur tout ce qui existe et comment on peut se laisser aider.* » Ensuite aux familles, et enfin à l'ensemble de la population pour qu'ils comprennent le rôle des différents professionnels et la place des institutions et qu'ils puissent soutenir les clients dans leur choix.

Dédiaboliser les problèmes de santé mentale. Les professionnels préconisent un « lieu de parole » où des réunions collectives permettent aux clients de discuter de leurs problèmes et de les dédiaboliser avec d'autres personnes qui traversent des situations identiques. « *Un endroit où on discute ensemble, où on essaie de résoudre des problèmes... Ça pourrait aider contre l'évolution des problèmes de santé mentale !* » De fait, les professionnels soulignent la nécessité, pour une amélioration de l'état de leurs clients, d'opérer une sensibilisation à la question de la santé mentale. Il faut donc « *dédramatiser et dédiaboliser ces problématiques. Les gens doivent savoir que les problèmes de santé mentale peuvent devenir un problème de tout le monde.* »

Déstigmatiser les personnes souffrantes, mais aussi les professionnels et les institutions. L'un des obstacles à la prise en charge de la santé mentale est justement lié au caractère stigmatisé et stigmatisant de ces types de troubles. Le stigmatisme intervient d'abord au niveau de l'institution censée prendre en charge ces problèmes : « *Les institutions de santé mentale font peur, surtout pour les populations pour lesquelles les maladies psychiques sont très souvent diabolisées.* » Ceci semble aller de pair avec le fait que « *beaucoup de gens sont encore élevés dans l'esprit que les problèmes psychologiques, n'importe lesquels, c'est quelque chose... que ce sont des fous* ».

Mettre en place un accompagnement et une prise en charge globale. Les clients doivent se faire accompagner dans les démarches administratives car ils ne parviennent que difficilement à les gérer : « *On fait l'accompagnement, comme une aide pour trouver un logement, avec les demandes administratives...* » Leur collaboration et parfois celle de l'entourage proche sont indispensables pour une prise en charge globale. Car cette aide apportée par les professionnels permettrait de diminuer les risques de rechute en termes de santé mentale : « *Ils ont des problèmes au niveau des virements [financiers], au niveau des papiers à remplir... C'est vraiment un problème pour les gens, et ça provoque aussi parfois des décompensations.* »

Inciter le recours aux consultations. Les personnes qui se retrouvent face aux professionnels pour des problématiques liées à la souffrance ou à la santé mentale refusent souvent, paradoxalement, d'accepter une prise en charge ou un traitement qui les aiderait à faire face à leurs problèmes. « *Souvent aussi, le client n'est pas très collaborateur pour changer vraiment sa situation... Ils ne sont pas encore prêts ou ils n'ont pas encore réalisé qu'il faut changer.* » Dans une même logique, « *on a beaucoup de gens qui ne demandent pas de traitement, qui ne veulent pas de traitement et qui s'isolent aussi du reste du monde* ». Le besoin d'une meilleure réceptivité de leurs clients aux solutions proposées pour s'en sortir est donc indispensable. Expliquer le

rôle des professionnels et des institutions devient une activité incontournable pour encourager le recours aux consultations.

4. Discussion

Les professionnels de proximité décrivent les souffrances multiples comme les effets d'une dérive en montrant comment les processus d'amplification des souffrances psychiques et d'accumulation des facteurs familiaux et sociaux de leurs clients peuvent aboutir à l'émergence des états de santé mentale critiques. Dans cette logique de *gradation paroxystique*, les problèmes de santé mentale des clients viennent s'agréger à un ensemble de comportements délétères. Cette gradation illustre un état que les clients atteignent lorsque les sphères intime et sociale se dégradent de concert. Car la difficulté majeure rencontrée par leurs clients ne réside pas tant dans l'existence avérée d'une souffrance, mais dans l'incapacité à la surmonter. Par sphère, nous entendons le regroupement d'éléments de la vie dont la nature appartient à un même champ d'action.

En définitive, la *souffrance paroxystique* représente un état au cours duquel les personnes semblent avoir comme perdu face à leurs souffrances et ne parviennent plus à s'en relever. La souffrance paroxystique, surtout, durable, se caractérise par une incapacité presque totale à organiser le quotidien et à structurer l'existence de manière stable (Foucart, 2004). Elle ne renseigne donc pas tant sur l'anxiété ou la dépression que sur une difficulté quasi insurmontable à faire face aux événements quotidiens, à les surmonter tout en adoptant un comportement de résilience pour s'en sortir. La résilience face à l'adversité semblerait être associée à l'interaction de plusieurs facteurs de risque et de protection agissant à plusieurs niveaux, notamment sur les plans de la famille, du système, de la collectivité et de la culture. L'interaction de ces facteurs dans de nombreux milieux indique que la résilience existe au-delà des simples capacités individuelles (ICSM, 2011).

La souffrance dite « émotionnelle » désigne le caractère privé de l'existence, et concerne les aspects tels que les comportements liés à l'addiction, aux troubles neuropsychiatriques et psychologiques, aux anxiétés existentielles profondes et aux conséquences que ces problèmes engendrent sur le bien-être mental *via* les maladies mentales. La détresse d'ordre psychique agit alors comme le révélateur de la souffrance vécue lorsque la sphère intime de leur existence se dégrade. Les clients avec des troubles neuropsychiatriques qui accumulent les problèmes personnels tels que solitude, divorce, violence, ou sociaux tels que manque de revenus, emploi précaire, sont aussi ceux qui ont « laissé tomber ». La dépression représente l'invariant le plus manifeste du mal-être, elle désigne une « maladie de la responsabilité » où le sentiment d'insuffisance est prépondérant (Ehrenberg, 2000).

Dans la même optique, la souffrance dite « sociale » est le résultat de l'angoisse perçue quant à la dégradation de leur qualité de vie. Les institutions qui régissent l'existence (notamment la famille) contribuent à l'apparition de souffrances et de troubles mentaux si leur place n'est pas ancrée et présente dans l'existence de l'individu (Aneshensel *et al.*, 2013). Elle se réfère

aux conditions psychologiques de vie ainsi qu'aux conditions matérielles de l'existence telles que le travail, le logement, le revenu, autant de facteurs qui, lorsque leur qualité se dégrade ou que leur pérennité devient incertaine, affectent la satisfaction à l'égard de la vie des personnes et de leur entourage. L'insécurité économique est productrice de stress et constitue un obstacle à l'investissement des ménages. Stress face au travail ou aux faibles revenus font écho à l'incertitude d'une condition matérielle sur laquelle certains clients n'ont pas nécessairement de prise et dont ils s'inquiètent de l'évolution à l'avenir. Les patients atteints de maladies chroniques ou leurs aidants, les groupes socialement exclus et les parents qui travaillent sont exposés à plus de stress, pouvant conduire à la dépression et l'anxiété (Stephen *et al.*, 2000). Ainsi, par un processus dynamique transversal, la famille peut jouer un rôle clé dans l'apparition du stress au travail par le stress qu'elle peut générer en cas de difficultés ou au contraire maintenir le bien-être par le soutien qu'elle apporte.

Les paramètres liés au travail, aux revenus ou au logement, en générant stress et inquiétudes, finissent par produire des souffrances multiples. Car si ces conditions objectives ne sont pas d'un niveau suffisant ou n'atteignent pas un seuil minimal pour assurer une qualité de vie acceptable, c'est le bien-être qui s'en trouve affecté. La perte d'un emploi occasionne d'ailleurs une forte baisse du bien-être, et ceci tant que les personnes concernées n'ont pas trouvé de travail (Helliwell *et al.*, 2012). Le poids déterminant du travail se trouve au cœur de leur intégration sur le marché de l'emploi. Mais, par le manque de stratégies visant à faire face au défi et exigences d'un futur employeur, ces personnes peuvent afficher de la passivité et de la négligence dans leur capacité à gérer une carrière (Karavdic et Baumann, 2014). Au Luxembourg, les arrêts pour maladie représentent 7 % des absences de courte durée (inférieures à 21 jours) et 23 % des absences de longue durée (trois semaines et plus) ; les raisons médicales évoquées sont la dépression et les problèmes (troubles mentaux et du comportement) liés au stress (Mazoyer, 2013). Par exemple, les causes de la souffrance au travail ne sont pas toujours à chercher uniquement dans le travail lui-même, mais dans des causes de nature plus intime, ces divers facteurs étant étroitement imbriqués (Tausig, 2013).

La dernière sphère approchée est celle des besoins. Leur identification fait écho à la compréhension des changements qu'ils recèlent tels que la mise en œuvre d'activités et l'élaboration de dispositifs de prise en charge sociale et de santé basés sur une mutualisation des informations et des échanges. La mise en avant d'une interaction résultant du choc des sphères émotionnelle et sociale montre qu'un problème survient rarement seul. La question qui demeure est celle de comprendre si la présence simultanée de divers problèmes découle d'un effet en cascade, du glissement d'un problème vers un autre ou de la présence de facteurs de risque communs à l'apparition de cette souffrance paroxystique.

Dédiaboliser les problèmes de santé mentale et déstigmatiser le recours aux soins constitue l'un des obstacles majeurs à une prise en charge globale. Le mal-être occasionne en soi des tabous, un isolement, une précarité et, par conséquent, une absence de soins et de prise en charge adaptés aux besoins, en particulier des personnes en milieu rural qui, de par leurs troubles de type dépressif ou liés à l'anxiété, restent cloisonnées au seul cercle privé ;

la détection de leur fragilité psychique devient alors compliquée. Un suivi administratif devrait également être adapté à leurs besoins et intégré à une prise en charge globale (sociale, médicale et éducative). De même, les addictions n'engendrent pas un seul et unique problème. Les personnes confrontées à la toxicomanie ou à une forte consommation d'alcool se retrouvent dans des situations de vie au sein desquelles la dépendance à un produit s'avère être un facteur aggravant de leurs souffrances. Avec un lourd impact en termes de bien-être, de santé et de mortalité, les troubles liés à l'utilisation d'alcool ont une place prépondérante dans la prise en charge au Luxembourg⁴. Les troubles liés à l'utilisation d'alcool et les dépressions couvrent 50 % des séjours hospitaliers pour troubles mentaux (Louazel et Lair, 2013).

L'un des moyens pour servir de support à cette démarche de dédiabolisation et de dé-stigmatisation est l'ouverture de lieux de parole. Proposés par les professionnels pour rompre le silence autour des questions de santé mentale, ils s'adresseraient tant aux personnes en souffrance qu'à leurs aidants (membres de leur entourage). En effet, en plus des charges économiques et matérielles, les aidants des personnes atteintes de maladie mentale sont exposés aux regards des autres et à leurs propres représentations de la maladie mentale ; ce qui les amène à éviter d'être associés aux patients qu'ils accompagnent. Une étude récente (Girmat *et al.*, 2014) a montré que le niveau d'information des aidants sur les questions de santé mentale était faible et qu'ils parlaient de la maladie mentale en faisant référence au surnaturel. L'autostigmatisation mise en avant par les aidants influençait négativement le recours aux soins des patients, leur adhérence au traitement et les processus d'adaptation. Par exemple, en Europe ont été mises au point des initiatives appelées des dialogues (Amering, 2010). Initiés dans le cadre de la prise en charge de la schizophrénie, les dialogues sont des rencontres régulières entre les malades, leurs aidants familiaux et des professionnels de santé. En confrontant les perceptions de chacun, les éventuels désaccords entre les subjectivités individuelles, les rapports interpersonnels et les contraintes économiques et environnementales ont la possibilité d'être verbalisés et surmontés. À l'image des autres initiatives issues du milieu associatif, les dialogues permettent aux patients comme aux aidants de nouer ou renouer avec une vie sociale. À plus grande échelle, ils ambitionnent de rendre visibles les problèmes de santé mentale auprès du grand public afin d'impulser des actions. Des programmes de promotion de la santé pourraient en effet améliorer les stratégies des patients à faire face en renforçant leur estime de soi et leur autonomisation par rapport aux soins de santé. Créer des groupes de soutien aux familles est donc une manière de lutter contre l'autostigmatisation chez les aidants de personnes atteintes de maladie mentale (Bucki *et al.*, 2012) mais aussi augmenter de concert le bien-être des patients et de leurs aidants (Baumann et Bucki, 2013).

Pour autoriser l'expression de la parole individuelle et collective des usagers, des lieux ont été créés en France pour faciliter le dialogue et les rencontres avec les professionnels du domaine social, médical et de l'institution

⁴ La consommation d'alcool en nombre de litres par habitant, habituellement utilisée, n'est pas applicable au Grand-Duché de Luxembourg compte tenu de la vente importante d'alcool dans les pays voisins.

hospitalière ; cet outil vise à replacer l'utilisateur en tant qu'acteur et à l'inciter à rentrer ou à se maintenir dans le soin (Commission française des affaires sociales, 2013). Il s'agit également de rompre avec les solitudes issues des ruptures sociales et familiales, mais surtout de créer des possibilités d'échanges et de provoquer des opportunités pour créer toute forme de solidarité.

Pour lutter contre l'isolement fréquent chez les personnes qui ont une tendance au repli sur soi, une association française, « les Ch'tis Bonheurs »⁵, offre durant la semaine des activités telles que des ateliers d'informatique, de couture, de diffusion de films. Le samedi, un déjeuner préparé par les adhérents est proposé, et le dimanche des sorties (spectacles, événements sportifs). Parallèlement à cette expérience, une maison des usagers qui s'inscrit dans cette même démarche a été créée. Implantée au sein de l'hôpital, elle promeut l'expérience individuelle des clients, en d'autres termes « le savoir profane » de la maladie défini comme le savoir acquis au cours de sa maladie et de son parcours de soins. Ce type de maison des usagers joue un rôle de passerelle entre tous les acteurs : les patients, les équipes de soins, les familles (les « aidants »), les soignants, les associations et l'hôpital, et réciproquement (Commission française des affaires sociales, 2013).

Faire entrer les clients et leurs aidants dans des pratiques décisionnelles est un processus de responsabilisation. Car, à l'heure actuelle, leur non-participation témoigne de la stigmatisation des problèmes de santé mentale et semble renforcer les comportements « négatifs » à l'encontre des acteurs, des professionnels et des institutions. N'oublions pas que les utilisateurs des services sont en quelque sorte des experts de la maladie qui les affecte et de leur état de santé. Il est dès lors concevable qu'ils deviennent, lorsque cela est possible, des coproducteurs et des partenaires de leur santé au côté des professionnels. Cette démarche proactive leur permettrait de mieux comprendre les interventions proposées et d'effectuer certains choix en toute connaissance de cause. Elle aiderait probablement à sortir d'une forme de dé-responsabilité chronique dans laquelle ils semblent avoir été mis parfois malgré eux.

5. Conclusion

Ce travail est un diagnostic des problèmes de santé mentale que côtoient les professionnels de première ligne des domaines social et de santé. Dans la mesure où les souffrances sont multiples et s'interpénètrent, les professionnels ont tenté de mettre au jour l'attention particulière qu'il est nécessaire de porter au développement conjoint des diverses trajectoires problématiques et de la souffrance paroxystique. Il représente une évaluation exploratoire des besoins des clients et des considérations des professionnels sur les difficultés de leur travail au quotidien. Face à cette situation, ils recommandent que les offres de prise en charge soient conçues comme une démarche globale prenant en compte à la fois les problèmes et les facteurs psychosociaux qui les encadrent, que les programmes de prévention renforcent l'acquisition de

⁵ S'adresse à une vingtaine de personnes par jour, avec l'aide d'une animatrice à plein temps et de deux autres à temps partiel.

capacités sociales et le développement de capacités personnelles tout en étant mieux ciblés sur les besoins des personnes en souffrance ainsi que de leurs « aidants ».

Pour finir, les pistes d'action vers lesquelles aboutissent les résultats de cette recherche s'inscrivent dans les objectifs majeurs du Plan d'Action Global de Santé Mentale (2013-2020) (OMS, 2013) auquel le Grand-Duché adhère, tels que :

- fournir des services de santé mentale et des services de protection sociale complets, intégrés et répondant aux besoins dans un cadre communautaire ;
- mettre en œuvre des stratégies de promotion et de prévention dans le domaine de la santé mentale.

Références bibliographiques

- Amering M. (2010), « Trialog: An exercise in communication between consumers, carers and professional mental health workers beyond role stereotypes », *International Journal of Integrated Care*, 10, Suppl, e014.
- Aneshensel C.S., Phelan J.C., Bierman A. (2013), « The Sociology of Mental Health: Surveying the Field », in C.S. Aneshensel, J.C. Phelan, A. Bierman, *Sociology of Mental Health*, Springer, pp. 1-19, en ligne : http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-007-4276-5_1#page-1.
- Anseau M., Fischler B., Dierick M., Albert A., Leyman S., Mignon A. (2008), « Socioeconomic correlates of generalized anxiety disorder and major depression in primary care: the GADIS II study (Generalized Anxiety Depression Impact Survey II) », *Depression Anxiety*, 25(6), 506-513.
- Bucki B, Spitz E, Baumann M. (2012), « Prendre soin des personnes après AVC : réactions émotionnelles des aidants informels hommes et femmes », *Santé publique*, 24(2), 143-156.
- Baumann M., Bucki B. (2013), « Lifestyle as a health risk of the family caregivers with a least life satisfaction, in home-based post-stroke caring », *Health Policy*, 9, 98-111.
- Bucki B. (2014), « Health capability: An attempt to clarify an alternative approach for health sociology », *Scientific Annals of the University Alexandru Ioan Cuza of Iasi, section Sociology and Social Work*, 7(1), 19-31.
- Commission française des affaires sociales (2013), *Santé mentale et avenir de la psychiatrie*. Rapport d'information présenté en conclusion des travaux de la mission à la Présidence de l'Assemblée nationale, 18 décembre.
- Consbruck R. (2010), « La psychiatrie au Grand-Duché en 2010 de retardataire à élève modèle ? La réforme a-t-elle passé le cap ? », *Forum, Dossier Santé mentale*, 302, 26-29.
- Ehrenberg A. (2011), « La société du malaise. Une présentation pour un dialogue entre clinique et sociologie », Colloque Sorbonne, Paris (France). *Adolescence*, 77 (3), 553-570, en ligne : http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=ADO_077_0553.
- Ehrenberg A. (2000), *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob, coll. « Poches ».
- Falissard B. (2011), « Éditorial. Quand la santé publique s'intéresse à la santé mentale », *Santé publique*, 23, 5-6.
- Foucart J. (2004), « La souffrance : un enjeu social contemporain », *Pensée plurielle*, vol. 2, n° 8, pp. 7-20, en ligne : http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=PP_008_0007.
- Girma E., Möller-Leimkühler A.M., Dehning S., Mueller N., Tesfaye M., Froeschl G. (2014), « Self-stigma among caregivers of people with mental illness: toward caregivers' empowerment », *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 15(7), 37-43.

- Helliwell J., Layard R., Sachs J., (2012), *World Happiness Report*, The Earth Institute, Columbia University, en ligne : <http://www.earth.columbia.edu/sitefiles/file/Sachs%20Writing/2012/World%20Happiness%20Report.pdf>.
- Institut canadien d'information sur la santé (2011), *Reconnaître et explorer la santé mentale positive, Dialogue sur les politiques : synthèse et analyse*, Ottawa (Ont.), ICIS.
- Karavdic S., Baumann M. (2014), « Positive Career Attitudes Effect on Happiness and Life Satisfaction by Master Students and Graduates », *Open Journal of Social Sciences*, 2, 15-23.
- Lee L.M., Thacker S.B. (2011), « Public health surveillance and knowing about health in the context of growing sources of health data », *American J. Preventive Medicine*, 41(6), 636-640.
- Lecrubier Y. (2007), « Widespread underrecognition and undertreatment of anxiety and mood disorders: results from 3 European studies », *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, suppl 2, 36-41.
- Louazel V., Lair M.L. (2013), *Grand-duché de Luxembourg : réforme de la psychiatrie et politique de santé mentale. État des lieux et éléments de prospective*, Projet de rapport final septembre, Ministère de la Santé & Centre de Recherche Public de la Santé, Luxembourg.
- Mazoyer T. (2013), « L'absentéisme pour cause de maladie en 2012 », in *Aperçus Inspection Générale de la Sécurité Sociale IGSS*, Luxembourg, juillet.
- OMS Regional Office for Europe (2013), *Status Report on Alcohol and Health in 35 European Countries*, Denmark, Copenhagen.
- OMS (2013), *Plan d'Action Global pour la Santé Mentale 2013-2020*, Genève, OMS, en ligne : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89969/1/9789242506020_fre.pdf?ua=1.
- Samele C, Frew S, Urquia N. (2013), *Mental health systems in the European Union member states, status of mental health in populations and benefits to be expected from investments into mental health. Main report. Executive Agency for Health and Consumers Tender*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Stephens T, Dulberg C, Joubert N. (2000), « La santé mentale de la population canadienne : une analyse exhaustive », *Maladies chroniques au Canada*, 20(3), 131-140.
- Tausig M. (2013), « The Sociology of work and well-being », in C.S. Aneshensel, J.C. Phelan, A. Bierman, *Sociology of Mental Health*, Springer, pp. 433-455, en ligne : http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-007-4276-5_21#page-1.
- Wittchen H.U., Jacobi F., Rehm J., Gustavsson A., Svensson M., Jönsson B., Olesen J., Allgulander C., Alonso J., Faravelli C., Fratiglioni L., Jennum P., Lieb R., Mäercker A., Van Os J., Preisig M., Salvador-Carulla L., Simon R., Steinhausen H.C. (2010), « The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe », *European Neuro-psychopharmacology*, 21, 655-679.

Pensée Plurielle

Parole, Pratiques & Réflexions du social

2015/1

N° 38

Jean FOUCART, Éditorial

Senad KARAVDIC, Barbara BUCKI, Michèle BAUMANN, Des souffrances multiples à la souffrance paroxystique

Marc LORIOL, La souffrance au travail. Construction de la catégorie et mise en forme de l'expérience

Jean FOUCART, La souffrance au travail. Une problématisation sociologique

Antonio Paulino DE SOUSA, Productivisme et souffrance chez les enseignants-chercheurs au Brésil

Abdellatif NAJA, Les pratiques antimanagériales et leur lot de souffrance au travail. Le cas d'un établissement de formation supérieure au Maroc

Stéphane HÉAS, Christophe DARGÈRE, La quête identitaire au prisme de la souffrance : entre institution et innovation

Clément PREVITALI, Les conditions du suicide des professionnels agricoles

Marie-Carmen GARCIA, Le genre de la souffrance amoureuse. Souffrances et résistances de femmes « maîtresses » d'hommes mariés

Paroles diverses

Adjignon Débora Gladys HOUNKPE, Les réformes curriculaires au Bénin : identifier les défaillances structurelles pour plus d'efficacité

Note de lecture

Jean-François GASPARD, Une dévotion à soi-même. Note de lecture de *Du bien-être au marché du malaise* de Nicolas Marquis

PP-N.15/1

ISBN 978-2-8073-0097-2

ISSN 1376-0963

