RHIZOME

BULLETIN NATIONAL SANTÉ MENTALE ET PRÉCARITÉ

#90 91
Déc. 2024



Anxiéter

Nicolas Chambon
Sociologue, Directeur de publication de la revue *Rhizome*
Orspere-Samdarra
Maître de conférences associé
Université Lumière-Lyon 2, CMW

Politiser l'anxiété

Appeler à « politiser » l'anxiété peut sembler contre-intuitif tant les psychothérapies sont aujourd'hui largement reconnues et efficaces pour la soigner. De la crise d'angoisse aux troubles anxieux généralisés, les manifestations de cette souffrance sont nombreuses et souvent spectaculaires, se traduisant par des effets psychiques et somatiques intenses. Le travail de déstigmatisation en santé mentale doit se poursuivre afin que chacun puisse accéder à des soins adaptés. Politiser l'anxiété viserait non seulement à permettre à tout un chacun d'avoir des espaces où sa subjectivité est prise en compte, mais aussi à comprendre et à réagir à la dimension systémique de l'anxiété.

Les classifications médicales actuelles regroupent sous la catégorie des « troubles anxieux » des phénomènes divers, allant de l'angoisse aux traumatismes. Ce numéro *Rhizome*, dans la lignée de la clinique psychosociale, explore comment l'anxiété, souvent décrite comme une peur sans objet, se manifeste à la fois à l'échelle individuelle et collective.

Au-delà de son expression physiologique et psychologique, l'anxiété révèle des inégalités sociales profondes. Elle peut être un symptôme des mécanismes de domination existant entre ceux qui détiennent le pouvoir – et en réclament toujours plus – et ceux qui en sont démunis et le subissent. Dès lors, l'anxiété n'est-elle pas aussi un indicateur de l'évolution de nos structures et organisations sociales ?

Inégalités sociales et spatiales de santé mentale

Politiser l'anxiété, c'est d'abord comprendre comment elle est façonnée, d'une part, par notre environnement et, d'autre part, par les injonctions constantes à réussir et à choisir. Politiser l'anxiété, c'est agir sur ce contexte pour redonner du pouvoir à celles et ceux qui en souffrent.

Il est crucial de noter que les personnes vulnérables sont particulièrement touchées par les troubles anxieux. Les études épidémiologiques présentées dans ce numéro montrent que plus d'une personne sur dix en France souffre de troubles anxieux, avec des taux de prévalence beaucoup plus élevés chez les femmes et les jeunes. Les facteurs socio-économiques, comme le niveau de vie ou le soutien social, renforcent ces inégalités.

Réussir… ou pas ?

Dans ses réflexions sur la santé mentale contemporaine, Alain Ehrenberg avait analysé la dépression comme un symptôme des sociétés individualistes, marquées par une responsabilisation excessive. Aujourd'hui, l'anxiété semble être l'héritière de cette dynamique : elle naît de l'écart entre les attentes de réussite individuelle et une réalité faite de contraintes sociales, d'échecs et de doutes. L'anxiété reflète ainsi la pression à « réussir », souvent au détriment d'autrui.



Cependant, qu'entendons-nous par « réussir » ? Le désir de toujours choisir « le meilleur » – que ce soit pour soi ou ses proches – interroge profondément notre rapport aux autres et aux structures de pouvoir en place. Dans quelle mesure faudrait-il objectiver les meilleures écoles pour étudier ou les villes où il fait bon vivre pour habiter ? Dans les approches orientées vers le rétablissement, cette idée de réussite est revisitée. Il n'est plus tant question d'une réussite objective que de réaliser ce qui compte vraiment pour soi et pour les autres. Cette perspective apparaît sécurisante car elle permet aux personnes de se sentir écoutées et valorisées, animées par leurs aspirations propres. L'objectif n'est pas de se conformer à des normes de performances extérieures, mais d'aider les personnes à réaliser ce qui est significatif pour elles en reconnaissant leurs propres compétences et en tenant compte des obstacles sociaux auxquels elles sont confrontées.

Devoir choisir… ou pas ?

L'augmentation des troubles anxieux chez les jeunes est souvent associée à leur confrontation précoce à des choix de vie décisifs. Cette multiplicité de décisions, plutôt que de leur offrir des opportunités, renforce parfois des situations de précarité. Trouver un logement, une école, un travail, des amis, ouvrir des droits… Autant de « stresseurs » qui se multiplient pour tout un chacun. La quête du « bon » – le « bon travail », la « bonne carrière », la « bonne vie » – est constamment menacée par l'échec, ce qui exacerbe les troubles anxieux, notamment chez les personnes déjà fragilisées.

La précarité, autrefois perçue comme une fragilité des positions sociales, se redéfinit aujourd'hui autour de l'exigence de faire les « bons choix » et de la responsabilité qui incombe à chacun de ses échecs. Comment, dès lors, accompagner et sécuriser les individus sans les surresponsabiliser, tout en leur laissant la liberté de choisir ? Cette question nous amène à repenser les modalités de l'intervention sociale et sanitaire. Plutôt que de considérer l'échec comme une faute ou un manque, il pourrait être vu comme une étape d'apprentissage. Cette revalorisation de l'échec ouvre la voie à des approches dans lesquelles l'expérimentation personnelle est encouragée et les personnes sont soutenues dans leur cheminement, quelles que soient les embûches rencontrées.

Écouter et révéler toutes les expériences

Choisir implique de renoncer à certaines possibilités, nous confrontant ainsi à la finitude de notre existence. L'angoisse et l'anxiété sont intimement liées à des questions existentielles et représentent des réponses naturelles face à l'incertitude de la vie. Les troubles anxieux

seraient profondément influencés par la manière dont chaque individu perçoit ces incertitudes et y réagit. En fin de compte, ils reflètent le sens que chacun donne à son existence. L'anxiété est donc à appréhender comme un phénomène à la fois individuel et social, ancré dans des contextes culturels et historiques spécifiques.

Il importe de considérer l'anxiété non seulement comme une émotion, mais aussi comme un processus permettant d'encourager une réflexion collective sur la justice sociale. Ce numéro, en donnant la voix aux personnes concernées par la précarité ou des troubles de santé mentale, permet d'approcher la manière dont l'anxiété est thématisée, comment elle est associée aux épreuves de la vie et à l'isolement social. Des articles mettent en lumière les liens entre l'anxiété et les inégalités tout en soulignant l'importance de contester l'autorité épistémique dominante. Les dynamiques de pouvoir patriarcal, par exemple, jouent un rôle majeur dans la production et la perpétuation de traumatismes, en alimentant des violences structurelles qui touchent particulièrement les femmes et les minorités de genre. Ces traumatismes se traduisent souvent par des troubles anxieux, accentués par des systèmes de domination qui non seulement créent de l'insécurité, mais rendent aussi plus difficile l'accès à des soins adaptés ou à des espaces d'écoute.

Traumatismes et anxiété

Des contributions explorent la façon dont l'anxiété s'imbrique dans le trouble de stress post-traumatique, à la fois comme un symptôme central et une comorbidité. Elles mettent en lumière les impacts psychosociaux des traumatismes prolongés, en particulier chez les personnes ayant subi des violences répétées telles que la maltraitance ou les abus, notamment sexuels. L'anxiété devient une réponse de survie, exacerbée par des croyances négatives et des émotions intenses, tout en alimentant la précarité sociale et économique des personnes victimes. Les stratégies thérapeutiques, incluant la régulation émotionnelle et l'exposition progressive à l'anxiété, sont essentielles pour restaurer leur sécurité intérieure.

Penser le répit et l'apaisement

L'exposition permanente à l'information et aux réseaux sociaux rend le repos psychique de plus en plus difficile, notamment pour les personnes confrontées à une insécurité constante au regard de la précarité qu'elles vivent. Contrairement aux idées reçues, les publics concernés par la précarité, la migration ou les troubles de santé mentale sont souvent les premières victimes de cette insécurité sociale. À titre d'exemples, dormir à la rue ou dans des hébergements collectifs expose les personnes à la violence ; être en attente de son droit au séjour ou d'une réponse sur la garde de ses propres enfants, provoque de l'incertitude.

N'est-il pas temps de réinventer des espaces de répit, où les rythmes effrénés de la société seraient ralentis, permettant ainsi aux individus d'échapper à la pression sociale ? Politiser l'anxiété pourrait ainsi permettre de créer des lieux où chacun pourrait nommer, comprendre et aborder ses souffrances sans honte ni stigmatisation.



Ce numéro rappelle l'importance d'une prise en charge spécifique et d'un accompagnement thérapeutique, fondé sur l'écoute et la stabilisation, avant de débuter tout travail psychothérapeutique approfondi. Il importe de donner aux individus la possibilité de reprendre le contrôle sur leur propre récit, mais aussi d'être à l'écoute des professionnels de la santé mentale, des psychologues aux différents intervenants du champ de la psychiatrie, s'inquiétant aujourd'hui de la réduction des lieux thérapeutiques. Ces derniers permettent à chacun de comprendre et de travailler son propre mal-être sans que cela ne soit soumis aux logiques de rentabilité.

Toutes les contributions de ce numéro s'accordent sur la nécessité d'un accompagnement continu et sécurisé, notamment pour les jeunes et les personnes précaires ou migrantes, souvent confrontés à des politiques d'accueil inhospitalières. Il apparaît urgent que ces dernières, ainsi que les conditions de vie, s'améliorent afin d'atténuer les effets délétères sur la santé mentale des populations vulnérables.

Les politiques de gestion de crise, notamment en psychiatrie et dans le champ de l'action sociale, sont parfois anxiogènes. Ainsi, dans ce numéro, les conséquences néfastes des hospitalisations sous contraintes sont explorées. La contention et la médication forcées sont identifiées comme des sources majeures d'angoisse. Aggravant souvent les symptômes psychiques, elles génèrent également des sentiments d'abandon et de violence.

Pour une action collective

Ce numéro souligne que l'action, individuelle ou collective, peut redonner du sens et de l'apaisement face à l'angoisse. Si l'anxiété nous pousse souvent à éviter ce qui nous effraie, il en va de même pour les crises sociétales qui nous semblent insurmontables, comme celle du dérèglement climatique. Pourtant, l'évitement est souvent contre-productif et peut même, dans certains cas, renforcer le problème – une leçon que la psychologie met en lumière et qui trouve un écho dans les enjeux politiques d'aujourd'hui. Cette crise, qui touche à l'essence même de notre survie, nous oblige à réagir collectivement. Il n'y a plus d'autre choix que de sortir des logiques de croissance infinie et de chercher de nouveaux chemins, plus justes et durables. C'est en transformant cette anxiété collective en une force motrice que nous pourrons non seulement surmonter les crises contemporaines, mais aussi bâtir des sociétés plus justes et résilientes, capables de vivre l'incertitude avec solidarité.

Jean-Baptiste Hazo
Docteur en santé publique
Responsable santé mentale, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)

Anxiété en population générale : résultats de l'enquête EpiCov

Bien qu'ils soient considérés comme fréquents, les troubles anxieux ne sont que rarement couverts par les enquêtes épidémiologiques en santé, qui lui préfèrent généralement des indicateurs relatifs à la dépression. Cela peut s'expliquer par l'hétérogénéité de cet ensemble de troubles – il inclut en effet le trouble anxieux généralisé (TAG), les troubles obsessionnels compulsifs (TOC), le trouble panique et diverses phobies – rendant leur détection au moyen de rapides questionnaires génériques conduits par des enquêteurs non cliniciens difficile. Dès lors, sans une enquête d'ampleur dédiée à la santé mentale en population générale, l'épidémiologie psychiatrique se limite à estimer la prévalence d'un « syndrome anxieux » (ensemble de symptômes évocateurs d'un trouble anxieux) ou du principal trouble anxieux (TAG), dont la mesure au moyen de l'outil *General anxiety disorder*[1] – 7 (GAD-7) est relativement bien balisée par la littérature internationale[2]. En juillet 2021, l'enquête « Épidémiologie et conditions de vie sous le Covid-19 (Epicov) » a été l'opportunité de soumettre ce questionnaire à un échantillon de 85 000 personnes, représentatif de la population agée de 15 ans ou plus[3]. Il en résulte des données de cadrage sur la prévalence des troubles anxieux et sur certaines caractéristiques qui y sont associées.

PLUS D'UNE PERSONNE SUR 10 EST CONCERNÉE PAR UN SYNDROME ANXIEUX EN FRANCE : 14 % DES FEMMES ET 8 % DES HOMMES

Près de 11 % de la population présente un syndrome anxieux : 14 % des femmes et 8 % des hommes

Plus de une personne sur dix est concernée par un syndrome anxieux en France : 14 % des femmes et 8 % des hommes ; concernant le TAG, celui-ci touche 8 % de la population : 10 % des femmes et 5 % des hommes. Cet écart entre les femmes et les hommes concerne les différents symptômes et niveaux de gravité de l'anxiété[4]. Il est également visible à tous les âges, particulièrement chez les femmes âgées de 16 à 24 ans qui sont plus de une sur cinq à être concernées par un syndrome anxieux, contre moins de 10 % des hommes des mêmes âges[5]. En termes de comorbidités psychiatriques, il est notable que les syndromes anxieux et dépressifs sont plus fréquemment retrouvés ensemble chez un même répondant (6 % de la population est concernée par un syndrome anxio-dépressif) qu'ils ne sont détectés séparément (5 % chacun). La corrélation entre les deux scores de dépression et d'anxiété est en effet très importante, plus une personne déclare être gênée par des symptômes anxieux plus la probabilité qu'elle déclare des symptômes dépressifs augmente. Autrement exprimé : 62 % des personnes concernées par un TAG sont également détectées avec un syndrome dépressif (dans 44 % des cas, ce syndrome est sévère). Les autres indicateurs de santé mentale sont également dégradés chez les porteurs d'un TAG : 14 % d'entre eux sont également détectés avec une hyperphagie boulimique (contre 5 % des non-anxieux) et ils sont 16 % à déclarer avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois. Concernant les consommations, 8 % déclarent une consommation d'alcool excessive (contre 5 % des non-anxieux), 24 % sont fumeurs quotidiens contre 17 % des non-anxieux et 34 % déclarent prendre des psychotropes (soit des « médicaments en lien avec des problèmes d'anxiété, de sommeil ou de dépression ») contre 9 % des non-anxieux. En lien avec cette dernière consommation, les porteurs de TAG sont 42 % à avoir consulté un professionnel de santé pour un motif psychologique entre mai 2020 et juillet 2021, contre 11 % des non-anxieux.

Enfin, l'anxiété retentit profondément sur la qualité de vie. L'échelle de Cantril propose aux enquêtés de situer leur vie sur une échelle allant de 0 à 10 (10 représentant « la meilleure vie possible »). Les porteurs d'un TAG sont 71 % à se situer entre 0 et 6 contre 31 % des non-anxieux.

LA PROPORTION DE FEMMES AFFECTÉES D'UN TROUBLE ANXIEUX GÉNÉRALISÉ PASSE PROGRESSIVEMENT DE 8 % DANS LES FOYERS LES PLUS RICHES À 13 % CHEZ LES MOINS AISÉS

Des troubles socialement marqués

Le niveau de vie et plus globalement les tensions financières des enquêtés sont fortement corrélées à la probabilité de présenter une anxiété potentiellement pathologique. Ainsi, même en tenant compte de l'inégale répartition des âges et des sexes dans les quintiles de niveaux de vie (les femmes et les jeunes sont surreprésentés dans les foyers les plus pauvres), la proportion de femmes affectées d'un TAG passe progressivement de 8 % dans les foyers les plus riches à 13 % chez les moins aisés. Le même gradient social s'observe chez les hommes, la prévalence du TAG passe chez eux de 8 % à 4 % à mesure que le quintile de niveau de vie augmente.

1 « Trouble anxieux généralisé ».

2 Consulter la présentation publiée au sein de l'article.

3 Soit tous les ménages de France métropolitaine, de Guadeloupe, de La Réunion et de la Martinique, hors prisons et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

4 Consulter le tableau publié au sein de l'article.

5 Consulter le tableau publié au sein de l'article.

Les modélisations statistiques permettent d'estimer les caractéristiques individuelles corrélées à la probabilité d'être détecté avec un TAG « toutes choses égales par ailleurs ». Outre les fortes corrélations avec les comorbidités psychiatriques évoquées précédemment, les principaux facteurs de risque du TAG sont : un soutien social faible, une situation financière difficile ou critique ainsi qu'une évolution défavorable de celle-ci depuis la crise du Covid. Un niveau de diplôme élevé (Master ou plus) est associé, toute choses égales par ailleurs, au TAG chez les femmes alors que parmi les hommes le niveau d'éducation n'est pas corrélé au trouble. Autre différence de genre, une origine immigrée extra-européenne (soi-même ou un parent) est plutôt un facteur de protection du TAG chez l'homme, mais ne paraît pas jouer chez la femme.

Quel que soit le sexe, une activité physique régulière paraît protectrice vis-à-vis du TAG bien qu'il faille envisager que la causalité soit inverse (le TAG empêchant l'activité physique) ou bilatérale. Un temps d'écran et une fréquence de consultation des réseaux sociaux élevés sont significativement associés à la présence d'un TAG chez les femmes, mais pas chez les hommes.

La prévalence des troubles anxieux, leurs déterminants sociaux importants et leurs lourdes conséquences invitent à mieux suivre en population générale leur répartition et évolution. Ainsi, sans données de référence précrise sanitaire, il n'est pas possible de conclure à une augmentation des troubles anxieux chez les adolescentes et les jeunes femmes en France bien que cela soit très probable au regard des autres indicateurs disponibles et des données internationales[6].

Au-delà de ce type de constats, la collecte et l'analyse de données tant quantitatives que qualitatives en routine permettraient de comprendre rapidement les mécanismes sociaux à l'œuvre dans la progression des troubles anxieux chez certaines populations à risque.

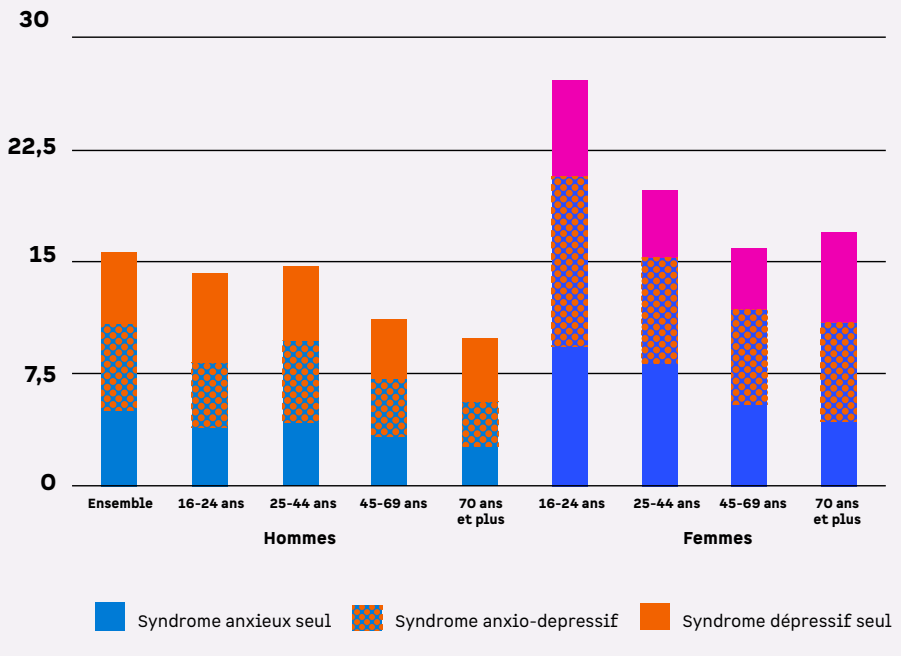
LE QUESTIONNAIRE GAD-7

Le GAD-7 est une échelle de détection des troubles anxieux qui cote la fréquence, au cours des quinze derniers jours, d'une gêne en lien avec chacun des sept symptômes du trouble de l'anxiété généralisée : aucune gêne valant 0 et une gêne quotidienne ou presque valant 3, ce qui permet le calcul d'un score allant de 0 à 21. La littérature scientifique propose d'appliquer à ce score un seuil strictement supérieur à 7 pour détecter un syndrome anxieux, c'est-à-dire un potentiel trouble anxieux quel qu'il soit, et celui de strictement supérieur à 9 pour détecter un TAG. Outre cette dichotomisation entre présence et absence de troubles, l'outil permet d'estimer de façon continue la sévérité de l'anxiété ressentie ainsi que son retentissement sur la vie quotidienne[7].

6 Hazo, J.-B. et Boulch, A. (2022). Santé mentale : une amélioration chez les jeunes en juillet 2021 par rapport à 2020, mais des inégalités sociales persistantes. *Études et résultats*, Drees, 1233, 1-8 ; Hazo, J.-B., Vuagnat, A., Pirard, P. et al. (2024). Hospitalisations pour lésion auto-infligée dans les bases PMSI et RPU nationales : de fortes hausses en 2021-2022 chez les jeunes femmes âgées de 10 à 24 ans. *Études et résultats*, Drees, 1300, 1-8 ; Léon, C., du Roscoät, E. et Beck, F. (2024). Prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les 18-85 ans en France : résultats du Baromètre santé 2021. *Bull. Épidémiol. Hebd.*, 3, 42-56.

7 Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W. et Löwe, B. A. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Arch. Intern. Med.*, *166*(10), 1092-1097.

Part de la population concernée par un syndrome anxieux ou dépressif, par age et sexe, en %



Réponses au GAD-7, par sexe[8]

Au cours des quinze derniers jours, à quelle fréquence avez-vous été gêné par les problèmes suivants ?	Jamais (0)		Plusieurs jours (1.)		Plus de la moitié des jours (2.)		Presque tous les jours (3.)	
	FEMMES	HOMMES	FEMMES	HOMMES	FEMMES	HOMMES	FEMMES	HOMMES
Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension	53%	68%	36%	25%	6%	4%	6%	4%
Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes	63%	79%	26%	15%	5%	3%	6%	3%
Inquiétudes excessives à propos de tout et de rien	70%	81%	21%	14%	5%	2%	5%	3%
Difficulté à se détendre	56%	71%	32%	22%	6%	4%	6%	4%
Agitation telle qu'il est difficile de rester tranquille	82%	86%	13%	10%	3%	2%	2%	2%
Devenir facilement contrarié(e) ou irritable	57%	68%	33%	25%	6%	4%	5%	3%
Avoir peur que quelque chose d'épouvantable puisse arriver	70%	83%	21%	12%	4%	2%	5%	3%
Sévérité de l'anxiété selon le score	Nulle ou minimale (0-4)		Légère (5-9)		Modérée (10-14)		Sévère (15-21)	
	69%	82%	21%	13%	6%	3%	4%	2%
À quel points ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu votre travail, vos études, vos tâches à la maison ou votre capacité à vous entendre avec les autres difficile ? (question posée si score >4)	Pas du tout difficile		Assez difficile		Très difficile		Extrêmement difficile	
	FEMMES	HOMMES	FEMMES	HOMMES	FEMMES	HOMMES	FEMMES	HOMMES
	11%	6%	16%	10%	3%	2%	1%	1%

8 Le total des pourcentages peut différer de 100 en raison des arrondis.

Maria Melchior, Judith van der Waerden, Camille Davisse-Paturet
Sorbonne Université
Inserm, Institut Pierre-Louis d'épidémiologie et de santé publique (Iplesp), Eres

Cédric Galéra
Université de Bordeaux
Inserm, Bordeaux population health
Centre hospitalier Perrens

Alexandra Rouquette
Université Paris-Saclay, UVSQ
Inserm, Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations (Cesp)
PsyDev

Pandémie de Covid-19 et niveaux d'anxiété en France : données épidémiologiques

D'après l'Organisation mondiale de la santé, la pandémie de Covid-19 a entraîné une augmentation de 25 % des niveaux de troubles anxieux dans le monde, en particulier chez les femmes, les adolescents, les jeunes adultes, les personnes ayant des pathologies chroniques et les professionnels de santé[1]. Qu'en est-il en France ?

Niveaux d'anxiété en population générale

Les données de l'enquête Coviprev, menée par Santé publique France tout au long de la pandémie de Covid-19, ont permis de suivre l'évolution d'indicateurs de santé mentale de la population française au long cours[2]. Pendant le premier confinement, entre mars et mai 2020, environ 20 % des personnes rapportaient ressentir des symptômes d'anxiété, ce qui correspond à des niveaux de prévalence deux fois plus élevés qu'avant 2020. Si les données concernant les niveaux de troubles anxieux en population générale en France sont très parcellaires, Esemed – la dernière grande enquête épidémiologique d'envergure (réalisée en 2001-2003) visant à établir les prévalences des troubles psychiatriques – a montré que près de une personne sur dix en France vit avec un trouble anxieux, les plus fréquents étant les phobies spécifiques (4,7 %), les états de stress post-traumatique (ESPT, 2,2 %), le trouble anxieux généralisé (2,1 %) et la phobie sociale[3] (1,7 %). Il est important de noter que l'enquête Coviprev n'a pas mesuré non des troubles anxieux mais des symptômes d'anxiété, ce qui peut en partie expliquer les différences de niveaux observées par rapport aux données antérieures. Néanmoins, dès le début de la pandémie de Covid-19, une augmentation des symptômes de nervosité et d'anxiété a été observée chez de nombreuses personnes. Les niveaux d'anxiété ont ensuite fluctué avec les évolutions de la pandémie, avec en mai 2022 environ 25 % des personnes rapportant des symptômes d'anxiété. En septembre 2023, au moment de la dernière vague de l'enquête Coviprev, 23 % des personnes interrogées rapportaient être anxieuses. Nous constatons alors une tendance légèrement à la baisse, mais qui reste néanmoins préoccupante. Si l'ensemble de la population a réagi à la pandémie de Covid-19, les niveaux d'anxiété ont particulièrement augmenté chez les femmes, les jeunes adultes, les personnes ayant une situation sociale défavorisée (telle que le fait d'être au chômage ou d'avoir un faible niveau de diplôme ou de revenus), les personnes qui avaient des antécédents de difficultés psychologiques avant la crise sanitaire et celles qui ont été touchées par le Covid-19 – en particulier au début de la pandémie.



L'étude Coviprev est prospective, mais les participants ne sont pas les mêmes d'une vague d'enquête à la suivante, ce qui ne permet pas l'étude des trajectoires de santé mentale des personnes dans le temps. La cohorte Tempo, menée par l'Inserm, suit environ 1300 adultes répartis dans toute la France depuis 2009. Elle permet de mesurer de manière détaillée les antécédents de santé mentale des personnes et l'évolution de leurs symptômes au moment de la pandémie de Covid-19. Elle offre aussi la possibilité d'étudier l'évolution de la santé mentale d'un groupe de personnes particulier dans le temps, en prenant en compte leurs antécédents. Les recherches menées à partir des données de cette cohorte tout au long de la pandémie de Covid-19 ont montré que, toutes choses égales par ailleurs, les facteurs les plus fortement associés à une augmentation de symptômes internalisés – recoupant des signes d'anxiété et de dépression – ont été le fait d'avoir eu des difficultés psychologiques avant la pandémie de Covid-19, l'infection par le Covid-19, ainsi qu'une dégradation de la situation professionnelle et financière[4]. Une autre étude de cohorte – Epicov –, mise en place spécifiquement pour évaluer la santé de la population française pendant la pandémie de Covid-19 auprès de plus de 100 000 personnes, a également montré un lien entre symptômes de Covid-19 et niveaux élevés de

1 Organisation mondiale de la santé (2022). *Les cas d'anxiété et de dépression sont en hausse de 25 % dans le monde en raison de la pandémie de Covid-19.* Organisation mondiale de la santé.

2 Santé publique France (2022). *CoviPrev : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de Covid-19.* Santé publique France.

3 Lépine, J.-P. et al. (2005). Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD). *L'Encéphale, 31*(2), 182-94.

4 Andersen, A. J. et al. (2021). Symptoms of anxiety/depression during the Covid-19 pandemic and associated lockdown in the community: longitudinal data from the Tempo cohort in France. *BMC Psychiatry, 21*(1), 381 ; Mary-Krause, M. et al. (2021). Impact of Covid-19 infection symptoms on occurrence of anxiety/depression among the French general population. *PLoS One, 16*(7) ; Hecker, I. et al. (2022). Impact of work arrangements during the Covid-19 pandemic on mental health in France. *SSM Population Health*, 20.

5 Rouquette, A. et al. (2023). Comparison of depression and anxiety following self-reported Covid-19-like symptoms vs SARS-CoV-2 seropositivity in France. *Jama Network Open, 6*(5).

6 Varga, T. et al. (2021). Loneliness, worries, anxiety and precautionary behaviors in response to the Covid-19 pandemic: a longitudinal analysis of 200,000 Western and Northern Europeans. *Lancet Regional Health Europe*, 2 ; Laham, S. et al. (2021). Impact of longitudinal social support and loneliness trajectories on mental health during the COVID-19 pandemic in France. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(23).

symptômes d'anxiété ultérieurement[5]. Les données de la cohorte Tempo ainsi que celles du volet français de la cohorte Comet, mise en place pour évaluer les trajectoires de santé mentale pendant la crise sanitaire dans plusieurs pays dans le monde, ont montré que les sentiments d'isolement relationnel et de solitude ainsi que l'absence de soutien social ont fortement augmenté pendant la pandémie de Covid-19, ce qui a pu contribuer à l'augmentation des niveaux d'anxiété ressentis par la population[6].

Les enfants et les adolescents semblent également avoir été touchés par la pandémie de Covid-19 sur le plan psychologique, comme le suggère notamment l'augmentation des prescriptions de médicaments psychotropes[7]. Les recherches menées auprès des enfants des participants de la cohorte Tempo et de ceux participant à la cohorte Elfe – une étude de cohorte représentative de 18 000 enfants nés en France en 2011 – montrent que les principaux facteurs associés à leurs symptômes d'anxiété-dépression au cours de la pandémie de Covid-19 étaient familiaux, avec en premier lieu les difficultés psychologiques et financières des parents. Les enfants en contact avec une personne contaminée par le Covid-19 dans les premières phases de la pandémie ont également manifesté des niveaux élevés de difficultés émotionnelles. D'autre part, l'utilisation des écrans, qui a très fortement augmenté chez les enfants pendant la période de la crise sanitaire, a également été associée à une détérioration de la santé mentale, en particulier chez les adolescents[8]. L'étude Enabee menée par Santé publique France en 2021-2022, indique que, parmi les enfants scolarisés en France en école maternelle ou élémentaire, 5,6 % auraient un trouble émotionnel, c'est-à-dire des niveaux élevés de symptômes d'anxiété ou de dépression. Cela signifie que même depuis la pandémie de Covid-19 la prévalence reste élevée[9]. Chez les adolescents, on ne connaît pas la fréquence actuelle des troubles anxieux, mais les dernières données de l'étude Enclass, recueillies en 2022 auprès de plus de 6 000 collégiens et 3 500 lycéens et exploitée par Santé Publique France, montrent que 36,6 % des collégiens et 45,4 % des lycéens rapportent des symptômes de nervosité, respectivement 34,3 % et 39,9 % des symptômes d'irritabilité, et 43,0 % et 42,0 % des difficultés d'endormissement, avec des niveaux particulièrement élevés chez les filles[10]. L'ensemble de ces chiffres suggèrent que « l'épidémie d'anxiété », précipitée par la pandémie de Covid-19, est loin d'être terminée, surtout chez les jeunes.



Niveaux d'anxiété parmi des personnes faisant partie de populations spécifiques

Certaines populations pouvant être difficiles à inclure dans les grandes enquêtes nationales, alors qu'elles présentent des risques élevés de problèmes de santé mentale, ont nécessité des études spécifiques. Par exemple, les personnels soignants font partie des populations au sein desquelles les niveaux d'anxiété, voire de stress post-traumatique, ont été les plus élevés pendant la pandémie de Covid-19. Il existe d'importantes inégalités en fonction de l'appartenance à différentes catégories socioprofessionnelles, les aides-soignants et infirmiers étant plus fortement touchés que les médecins[11]. Par ailleurs, les populations dites « marginalisées », dont les étrangers en situation administrative précaire, les personnes à la rue, ou encore celles appartenant à des minorités sexuelles, ont également été fortement impactées sur le plan psychologique par la pandémie de Covid-19, sans pour autant bénéficier de repérage ou de prise en charge spécifiques. Ainsi, des populations spécifiques, déjà fragilisées avant la pandémie de Covid-19 (telles que les personnels soignants qui manifestaient massivement contre des conditions de travail difficiles en 2019, les personnes en situation de précarité et les étrangers en situation administrative précaire dont les conditions de vie sont très dégradées[12]), ont été frappées de plein fouet par la pandémie de Covid-19 et ses conséquences sanitaires, économiques et sociales, contribuant à une dégradation de la santé mentale. Depuis la fin de la pandémie de Covid-19, peu de recherches se sont intéressées à la santé mentale des groupes marginalisés, mais il est probable que leurs niveaux d'anxiété restent élevés et que leur accès aux soins de santé mentale demeure limité.

Conclusion

Les recherches menées en France pendant la pandémie de Covid-19 montrent une forte prévalence des niveaux d'anxiété avec, en particulier, des augmentations inquiétantes chez les plus jeunes et certaines populations spécifiques telles que les personnes en situation de précarité. De nombreuses initiatives nationales et locales ont été prises pour favoriser l'accès aux soins en santé mentale (par exemple, le dispositif « Mon soutien psy », l'élargissement du 31 14 ciblé sur la prévention du suicide et le renforcement de certaines structures de santé scolaire et universitaire), mais, à date, ni leur utilisation réelle ni leur efficacité ne sont connues. C'est particulièrement le cas dans des groupes sociaux marginalisés qui ont à la fois les niveaux de risque les plus élevés et qui en même temps sont les plus éloignés des dispositifs de prévention et de soins. En parallèle du renforcement du système soins, en le rendant réellement accessible à tous et à toutes, des actions de prévention des problèmes de santé mentale devraient être développées, notamment chez les plus jeunes. Certains projets de recherche mis en place actuellement, tels que le projet européen Improva[13], déployé notamment en France et visant à tester l'efficacité d'une application smartphone pour promouvoir une bonne santé mentale des adolescents, pourront apporter des éléments sur des actions concrètes à mettre en place à l'avenir.

7 Weill, A. et al. (2021). *Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de la Covid-19 – Point de situation jusqu'au 25 avril 2021. Étude pharmaco-épidémiologique à partir des données de remboursement du SNDS.* Epi-phare (Groupement d'intérêt scientifique ANSM-Cnam).

8 Moulin, F. et al. (2022). Risk and protective factors related to children's symptoms of emotional difficulties and hyperactivity/inattention during the Covid-19-related lockdown in France: results from a community sample. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *31*(7), 1-12 ; Moulin, F. et al. (2022). Longitudinal impact of psychosocial status on children's mental health in the context of Covid-19 pandemic restrictions. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 1-10 ; Monnier, M. et al. (2021). Children's mental and behavioral health, schooling, and socioeconomic characteristics during school closure in France due to Covid-19: the Sapris project. *Scientific Reports*, *11*(1), 22373 ; Descarpentry, A. et al. (2023). High screen time and internalizing and externalizing behaviours among children aged 3 to 14 years during the Covid-19 pandemic in France. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 1-11.

9 Santé publique France. (2022). *Enabee : étude nationale sur le bien-être des enfants*. Santé publique France.

10 Santé publique France. (2024). *La santé mentale et le bien-être des collégiens et lycéens en France hexagonale*. Santé publique France.

11 Bertuzzi, L. et al. (2022). Longitudinal survey on the psychological impact of the Covid-19 pandemic in healthcare workers (PsyCOVer) in France: study protocol. *BMJ Open*, *12*(1).

12 Camara, C. et al. (2022). Covid-19-related mental health difficulties among marginalised populations: A literature review. *Global Mental Health*, 10 ; Scarlett, H. et al. (2021). Depression during the Covid-19 pandemic amongst residents of homeless shelters in France. *Journal of affective disorders reports*, 6.

13 Nous vous invitons à visiter le site internet du projet Improva.

Stéphanie Vandentorren
Université de Bordeaux

Florence Huber
Centre hospitalier Alpes-Isère (EMLPP-Pass psy)
Le Vinatier psychiatrie universitaire Métropole (Sual)
Groupe « Migrants, populations vulnérables » Spilf/SFLS

Camille Queneau
Psychiatre
EMLPP-Pass psy,
Centre hospitalier Alpes-Isère

L'impact des conditions de vie dans le pays d'accueil sur la santé mentale des personnes immigrées

Les personnes immigrées présentent différents profils, tels que celui de « travailleur·euse·s migrant·e·s », « réfugié·e·s » et « demandeur·euse·s d'asile ». Elles sont exposées de manière disproportionnée à des événements traumatisants, potentiellement pourvoyeurs de dépression et de trouble de stress post-traumatique[1] (TSPT). Le TSPT est un trouble psychiatrique qui peut survenir après un événement traumatique grave, tel qu'une menace de blessure ou de mort. Il comprend trois catégories de symptômes qui altèrent considérablement la qualité de vie, soit : des reviviscences traumatiques (telles que des souvenirs intrusifs, des cauchemars ou des flash-back), des sentiments de menace (tels que des peurs intenses ou de l'hypervigilance avec des difficultés de concentration) et des conduites d'évitement. Des troubles de l'humeur et des manifestations neuro-végétatives[2] s'y associent fréquemment.

Une prévalence plus importante des troubles de stress post-traumatique

Les populations immigrées sont particulièrement exposées aux psychotraumatismes en raison des expériences traumatisantes vécues avant la migration ou durant le parcours migratoire, comme la violence organisée et l'oppression politique. Cela est particulièrement prégnant pour les femmes et les personnes réfugiées[3]. Par ailleurs, les personnes immigrées sont souvent confrontées à de graves difficultés post-migratoires, comme de longs délais de traitement des demandes d'asile impliquant leur statut juridique, l'exclusion, l'isolement social, la solitude, les problèmes de santé, le stress acculturatif découlant de la méconnaissance des tâches quotidiennes, la discrimination, les barrières linguistiques, les différences culturelles, mais aussi des difficultés liées aux droits du travail, leur permettant de trouver un emploi stable et ainsi de garantir des conditions de vie et de logement stables[4].

Une situation d'exclusion sociale pour l'accès au logement

En France, la demande de logement est un processus complexe, en particulier pour les personnes immigrées qui sont socialement exclues et souvent non francophones. À Paris, comme dans de nombreuses grandes villes européennes, la proportion de personnes immigrées parmi les personnes sans domicile a augmenté au fil du temps (soit de 38 % en 2001 et de 52 % en 2012). Nous savons peu de choses sur les familles immigrées sans domicile souffrant de TSPT en Europe. La majorité de cette population est composée de mères avec enfants dont les revenus sont très faibles, voire nuls. La plupart des études portant sur le psychotraumatisme chez les populations immigrées ont été menées aux États-Unis, où la prévalence variait entre 40 et 68 % et les événements traumatisants variaient de 75 à 84 % en fonction du contexte et de la population spécifique étudiée. Concernant l'exclusion vis-à-vis du logement, une étude outre-Atlantique a montré que 42,6 % et 29,7 % des mères sans domicile de trois villes américaines répondaient, respectivement, aux critères du trouble de stress post-traumatique au cours de leur vie et des douze derniers mois[5].

Une étude inédite menée par l'Observatoire du Samu social de Paris

À notre connaissance, peu d'études se sont intéressées aux conditions de vie des personnes sans logement et à leur relation avec la santé mentale. L'étude « Enfants et familles sans logement (Enfams) », menée par l'Observatoire du Samu social de janvier à mai 2013, s'est appuyée sur un échantillon aléatoire de 801 familles hébergées dans des centres d'urgence de long séjour ou pour demandeurs d'asile et des hôtels sociaux[6]. Elle a permis d'estimer l'état de santé mentale des familles immigrées sans domicile en Île-de-France. Dans cette étude, ces mères ont signalé des niveaux élevés d'événements traumatiques (62,4 %) et du trouble de stress post-traumatique (23,6 % et 16,2 % respectivement répondaient aux critères de diagnostic au cours de la vie et des douze derniers mois versus 3,9 % et 2,2 % au cours de l'année écoulée en population générale[7]). Les événements traumatiques rapportés par les mères participantes étaient particulièrement violents : 80,5 % avaient vécu la mort inattendue ou soudaine d'un ami intime ou d'un membre de la famille, 48,7 % avaient vu quelqu'un se blesser ou mourir, 38,4 % avaient vécu une guerre, 37,6 % avaient été victimes d'une agression par un proche et 35,9 % avaient été victimes d'un viol ou d'une agression sexuelle. Le départ du pays d'origine pour cause de violence (PR = 1,45) était associé au fait de souffrir du trouble de stress post-traumatique au cours des douze derniers mois. En outre, le TSPT était associé à la dépression soulignant le poids des comorbidités sur la vulnérabilité psychologique globale. Dans cette étude, le syndrome de stress post-traumatique était associé

1 Le terme de TSPT a remplacé celui d'état de stress post-traumatique (ESPT) depuis l'édition de la 5e version du DSM en 2013. Ce trouble n'est plus classé dans les troubles anxieux, mais dans une catégorie à part nommée « troubles consécutifs aux traumatismes et au stress ».

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5* (5e éd.).

2 Gootzeit, J. et Markon, K. (2011). Factors of PTSD: Differential specificity and external correlates. *Clin. Psychol. Rev.*, 31, 993-1003.

3 Tinland, A., Boyer, L., Loubière, S., Greacen, T., Girard, V., Boucekine, M., Fond, G. et Auquier, P. (2018). Victimization and posttraumatic stress disorder in homeless women with mental illness are associated with depression, suicide, and quality of life. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.*, 14, 2269-2279.

4 Li, S. S. Y., Liddell, B. J. et Nickerson, A. (2016). The Relationship Between Post-Migration Stress and Psychological Disorders in Refugees and Asylum Seekers. *Curr. Psychiatry Rep.*, 18, 82.

5 Whitbeck, L. B., Armenta, B. E. et Gentzler, K. C. (2015). Homelessness-Related Traumatic Events and PTSD Among Women Experiencing Episodes of Homelessness in Three U.S. Cities. *J. Trauma. Stress*, 28, 355-360.

6 Vandentorren, S., Le Méner, E., Oppenchaim, N., Arnaud, A., Jangal, C., Caum, C., Vuillermoz, C., Martin-Fernandez, J., Lioret, S., Roze, M., et al. (2016). Characteristics and health of homeless families: The Enfams survey in the Paris region, France 2013. *Eur. J. Public Health*, 26, 71-76.

7 O'Donnell, M. L., Creamer, M. et Pattison, P. (2004). Posttraumatic stress disorder and depression following trauma: Understanding comorbidity. *Am. J. Psychiatry*, 161, 1390-1396.

à la dépression. La question de savoir s'il est judicieux de distinguer ces deux diagnostics à la suite d'un traumatisme fait toujours l'objet d'un débat scientifique. Plus précisément, certaines études suggèrent que la dépression est un facteur de risque des troubles de stress post-traumatique et, réciproquement, que la présence de ces troubles est un facteur de risque de la dépression. Les deux troubles représentent alors une vulnérabilité commune sous-jacente. À ces événements traumatiques s'ajoutait le fait d'avoir passé au moins une nuit dans la rue (14,6 %) pour ces mères. Ces expériences post-migratoires semblent également jouer un rôle non négligeable puisque l'instabilité résidentielle (PR = 1,93) était statistiquement associée au trouble de stress post-traumatique. Ces résultats soulignent que l'instabilité résidentielle peut réveiller ou aggraver les symptômes de ces mères immigrées sans domicile, accumulant les facteurs de stress post-migratoires, et entraîner de nouveaux psychotraumatismes dus à la perte d'un logement stable, de liens avec leur famille, de rôles sociaux et de routines. L'absence de chez-soi chronique et les facteurs de stress associés, tels que l'incertitude permanente quant à l'endroit où trouver de la nourriture et un abri sûr, peuvent éroder les mécanismes d'adaptation d'une personne et être le point de rupture pour celles qui souffrent de troubles du comportement préexistants ou ayant déjà subi des traumatismes. Les familles immigrées sans domicile cumulent ces facteurs de risque de développer un trouble de stress post-traumatique, ayant comme impact des troubles physiques et mentaux (dépression, troubles anxieux), ainsi que des troubles du fonctionnement biologique (vieillissement cellulaire[8]) et social.



Des résultats concordants sur l'impact des conditions de vie délétères sur la santé mentale des parents et des enfants

Ces résultats sont cohérents avec les recherches antérieures : Matthew Porter et Nick Haslam[9] ont constaté que l'hébergement et les opportunités économiques limitées modéraient les résultats en matière de santé mentale, quel que soit le lieu de réinstallation. Plusieurs études menées aux Pays-Bas ont montré que les difficultés financières, le stress quotidien et le statut de migrant[10] étaient associés aux symptômes du syndrome de stress post-traumatique. Par ailleurs, de nombreuses publications documentent l'association entre la santé mentale des mères et les difficultés émotionnelles des enfants. Cela souligne que le trouble de stress post-traumatique peut augmenter le risque d'autres problèmes de santé mentale et physique chez les femmes, mais aussi détériorer le fonctionnement social et avoir un impact sur l'environnement proche et sur l'enfant (notamment l'externalisation, l'internalisation et la régulation des émotions[11]). Cette relation pourrait s'expliquer par le fait que le syndrome de stress post-traumatique des parents peut avoir un impact sur le fonctionnement de l'éducation (comme une satisfaction parentale moindre, les relations parents-enfants moins optimales et le recours plus fréquent à des pratiques parentales négatives, telles que l'hostilité manifeste et les comportements contrôlants[12]).

Une prise en charge insuffisante et mise à mal par les conditions de vie

En pratique clinique, il est difficile, voire impossible de soulager efficacement des symptômes lorsque les besoins vitaux ne peuvent être assouvis. Ainsi, il est illusoire de soulager les troubles du sommeil, comme les insomnies sévères et les cauchemars post-traumatiques intenses, lorsque les personnes concernées sont contraintes d'errer des nuits entières faute de place dans les centres d'hébergement. La fatigue cumulée entretient les troubles de la concentration qui génèrent eux-mêmes des difficultés d'observance des traitements et des rendez-vous médicaux ou administratifs manqués. L'absence d'hébergement expose par ailleurs les femmes à des risques importants de (nouvelles) violences sexuelles, comme cela a été récemment montré dans une étude réalisée auprès de femmes demandeuses d'asile dans le sud de la France[13].

En outre, le trouble de stress post-traumatique impacte les récits de vie demandés par les administrations lors des procédures d'asile : la rédaction de ces récits et les auditions ultérieures des candidats à l'exil constituent souvent de nouvelles expériences traumatogènes à l'origine d'une aggravation ou de résurgence des symptômes. Parfois, l'évocation des événements de vie génère des phénomènes dissociatifs qui rendent toute narration impossible. Ces éléments soulignent le rôle des professionnels de la santé dans la prise en charge des besoins de santé mentale de cette population. Pourtant, force est de constater que les personnes ayant un passé migratoire[14] ne bénéficient pas autant de la psychothérapie que d'autres patients, en particulier les thérapies comportementales et cognitives (TCC) centrées sur le traumatisme et l'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (*eye movement desensitization and reprocessing* – EMDR) qui sont recommandées par l'Organisation mondiale de la santé depuis 2013.

Conclusion

Ces résultats démontrent également l'importance du rôle des déterminants structuraux et des facteurs contextuels impliqués dans le développement ainsi que la progression des troubles de stress post-traumatique. Ces derniers peuvent être gérés efficacement par un soutien matériel et non matériel de la part des pays d'accueil. Des mesures renforçant la protection sociale et sanitaire des personnes migrantes dans un pays d'accueil constitueraient un instrument puissant pour réduire le nombre d'événements traumatisants, les difficultés de vie post-migratoire, le trouble de stress post-traumatique qui en découlent et protégeraient plus efficacement non seulement les adultes, mais aussi leurs enfants.

8 Katrinli, S., Stevens, J., Wani, A. H., Lori, A., Kilaru, V., van Rooij, S. J. H., Hinrichs, R., Powers, A., Gillespie, C. F., Michopoulos, V. et al. (2020). Evaluating the impact of trauma and PTSD on epigenetic prediction of lifespan and neural integrity. *Neuropsychopharmacology*.

9 Porter, M. et Haslam, N. (2005). Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: A meta-analysis. *Jama Psychiatry*, 294, 602-612.

10 Chu, T., Keller, A. S. et Rasmussen, A. (2013). Effects of post-migration factors on PTSD outcomes among immigrant survivors of political violence. *J. Immigr. Minor. Health*, 15, 890-897.

11 Samuelson, K. W., Wilson, C. K., Padrón, E., Lee, S. et Gavron, L. (2017). Maternal PTSD and Children's Adjustment: Parenting Stress and Emotional Availability as Proposed Mediators. *J. Clin. Psychol.*, 73, 693-706.

12 Christie, H., Hamilton-Giachritsis, C., Alves-Costa, F., Tomlinson, M. et Halligan, S. L. (2019). The impact of parental posttraumatic stress disorder on parenting: A systematic review. *Eur. J. Psychotraumatol.*, 10, 1550345.

13 Khouani, J., Landrin, M., Boulakia, R. C., Tahtah, S., Gentile, G., Desrues, A., Vengeon, M., Loundou, A., Barbaroux, A., Auquier, P. et Jego, M. (2023). Incidence of sexual violence among recently arrived asylum-seeking women in France: a retrospective cohort study. *Lancet Reg. Health Eur.*, 34, 100731.

14 World Health Organization. (2013). *Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress*. WHO.

Dilont Ndilou
Écrivain

L'anxiété de la demande d'asile

Le mot « anxiété » me ramène à des souvenirs peu joviaux. Je ne parle pas du stress qui vous prend lorsque vous êtes en retard lors d'un rendez-vous galant. Ici, il est question de vivre avec une peur presque irrationnelle qui nous épouse, qui devient une compagne de vie et qui reste parfois présente jusqu'à ce que la mort vous sépare. J'ai connu l'anxiété permanente dans la période la plus trouble de ma vie.

En 2019, j'ai fait une demande d'asile lorsque je suis arrivé en France. Pour moi, il s'agissait d'une procédure qui allait durer un an maximum, le temps que mon cas soit étudié. Finalement, cette procédure a duré quatre ans. Inutile de vous dire que j'ai vécu les quatre années les plus incertaines de ma vie. Rien dans mon passé ne m'avait préparé à ce que j'aurai à affronter durant cette période dans une chambre de neuf mètres carrés, en vivant loin de ma famille. Incertain de la décision qui serait prise par l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra), l'attente d'une éventuelle convocation me terrifiait et j'avais développé un trouble du sommeil comme jamais auparavant.



Le fait de vivre au sein d'un centre d'accueil de demandeurs d'asile (Cada) ne m'avait pas aidé à vaincre mon anxiété. Bien au contraire, ce lieu constituait l'endroit idéal pour légitimer cette dernière et normaliser ce ressenti. Au sein du Cada, bien que nous ayons tous des parcours assez différents, nous vivions la même chose et avions peur que notre demande d'asile soit refusée. Ce sentiment était un combustible efficace pour entretenir notre anxiété. Chaque refus que recevait une personne était une nouvelle raison de se sentir anxieux et chaque demande d'asile acceptée faisait que l'on ne voulait pas être celui qui échouerait là où certains avaient réussi. Il n'y avait pas de bonne réponse, toutes étaient des autoroutes sans péages en direction de l'anxiété. Vivre avec des anxieux n'aide pas toujours lorsqu'il s'agit de combattre ce sentiment.

Nous étions aussi tous confrontés au fait de ne pas pouvoir travailler. Lorsque vous êtes un humain avec des besoins, tels que vous vêtir, vous nourrir et mettre de côté au cas où votre demande d'asile vous serait refusée, il est clair que 200 euros mensuels d'allocations ne sont pas suffisants. Le seul droit qui pouvait nous sortir de cet environnement, c'est-à-dire travailler, nous était refusé et l'on devait se contenter de cette modique allocation. Pendant cette période, j'ai pensé que mon anxiété faisait partie de moi et que c'était un sentiment aussi normal que les rires. Je n'avais jamais pensé que c'était un poison qui me conduisait peu à peu à la déchéance.

Puis, la pandémie se déversa dans le monde et accentua ce mal-être profond vis-à-vis d'un futur incertain. Le refus de ma demande d'asile après des années d'attente sonna comme le début d'une mort certaine. Mon anxiété était à son paroxysme, j'allais perdre mon hébergement, les droits de me soigner et mon allocation de demandeur d'asile. J'étais dos au mur, la vie dans la rue me tendait les bras et aucune autre solution ne pointait à l'horizon. Impossible de rentrer dans mon pays ou alors j'étais sûr d'y rester, impossible de rester en France où j'étais désormais pris au piège. Ainsi, soit j'acceptais de mordre à l'hameçon du retour au pays, soit je me noyais en faisant du surplace en France.

Ce qui m'a sauvé de l'anxiété chronique, ironiquement, c'est mon expulsion du Cada lorsque ma demande d'asile a été refusée. Cela m'a permis de quitter cet endroit anxiogène et de voir le monde tel qu'il était vraiment. Dans un monde normal, les gens ne jouent pas leur vie en attendant une décision de l'Ofpra, les gens ne vivent pas avec 200 euros par mois et, surtout, ils ne vivent pas parqués comme du bétail dans des chambres de neuf mètres carrés. Rien de tout cela n'était le vrai monde. Changer d'environnement a été salvateur pour moi car, pour la première fois depuis quatre ans, je me posais une question existentielle : qu'est-ce que je vais bien pouvoir faire ?

Je ne restai pas sans réponse longtemps. Désormais sorti des griffes de ma vie de demandeur d'asile, je pris le temps de faire quelque chose que j'aime : écrire. J'avais pu être sauvé de la rue par des gens aimables qui m'avaient offert l'hospitalité, m'enlevant une épine gigantesque du pied. C'est à ce moment que j'ai commencé à travailler sur ma guérison, car l'anxiété est une maladie. Chaque mot que j'écris est un médicament qui me soigne. L'écriture de mon livre *Aucun refuge* a été une thérapie salvatrice, j'y ai vu la naissance d'un sentiment d'apaisement, un sentiment que je n'avais pas connu durant ces quatre dernières années.

À LIRE...

Ndilou, D. (2024). *Aucun refuge*. Éditions Maïa.

entretien

Marie Rose Moro

Agir sur le monde

**Psychiatre de bébés, d'enfants et d'adolescents
Professeure à l'Université Paris-Cité
Cheffe de service de la Maison de Solenn, maison des adolescents de l'Hôpital Cochin (AP-HP)
Directrice de la revue transculturelle *L'autre*
Membre de l'Institut universitaire de France et de l'Académie nationale de médecine**

Rhizome : ***Comment définir l'anxiété ?***

Marie Rose Moro :
L'anxiété peut être définie comme une peur sans objet, se traduisant à la fois sur le plan somatique et psychique. Face à ce ressenti, nous allons établir toute une série de stratégies pour limiter celui-ci, le contrôler ainsi que diminuer ses effets sur notre corps. À titre d'exemple, le fait de se sentir angoissé face à l'idée de sortir de chez soi peut se manifester par le développement de différentes manifestations physiologiques, telles que la tachycardie ou des douleurs. Percevoir les effets de ce ressenti sur notre corps va augmenter l'angoisse. Un engrenage redoutable s'enclenche donc, puisque l'angoisse perçue est la résultante d'un sentiment de peur et des mécanismes que je mets en place pour le maîtriser. Certaines angoisses sont circonscrites. C'est le cas, par exemple, des personnes qui ont peur des avions ou des chiens. Toutefois, le sentiment d'angoisse peut également être diffus, ce qui a une influence sur notre rapport au monde et aux autres. L'angoisse peut donc être individuelle ou collective[1], mais, dans les deux cas, ce ressenti traverse systématiquement notre propre être.

Nous pouvons remarquer que les classifications internationales anglo-saxonnes utilisent le terme « anxiété », et non celui d'« angoisse », et en spécifient différents types[2]. De plus, il importe de différencier l'angoisse et l'anxiété du stress et du trauma, même si ces derniers peuvent les provoquer. À noter également que, selon le sens anglo-saxon, le syndrome de stress post-traumatique fait partie de la grande classification de l'anxiété de manière bien spécifique. En effet, le stress post-traumatique est lié à un événement, individuel ou collectif, susceptible d'entraîner une effraction et de nous confronter à la mort – soit à la réalité de la mort –, qui se distingue de l'angoisse de mort.



Rhizome : ***Quels effets ont les politiques d'accompagnement et d'accueil à destination des personnes migrantes précarisées ?***

Marie Rose Moro :
Lorsque les personnes migrantes arrivent en France, un des enjeux importants pour elles est de reconstituer un peu de familier et de rassurant quelque part, un chez-soi. Or, ce public est confronté à une sorte de discontinuité totale où tout peut changer à tout moment : les personnes peuvent changer de statut, de foyer ou de lieux de vie, provoquant notamment de nouvelles séparations. Certains patients disparaissent ainsi du jour au lendemain alors même qu'ils avaient engagé des suivis. J'ai rencontré récemment une femme enceinte qui avait changé de foyer au mois de mai, elle devait donc tout reconstruire. Comment a-t-elle pu gérer la scolarisation de son enfant aîné, alors qu'il lui restait encore deux mois de classe ? Ce cas illustre la forte discontinuité à laquelle les personnes sont confrontées. À celle-ci s'additionne l'impossibilité à créer du familier et du *home*. Certains travaux insistent sur les stratégies d'hospitalité et sur l'importance de créer du familier[3]. Malheureusement, nous sommes actuellement bien loin de cela.
Les politiques d'accueil devraient essayer de proposer de la continuité aux personnes pour leur permettre d'être en capacité d'envisager ce qui va se passer demain sans avoir peur, justement, de l'avenir, de l'inconnu ou de l'étranger. Malheureusement, elles s'appuient plutôt sur le fait que l'autre est différent de nous et qu'il n'aura donc pas les mêmes besoins. De plus, les contraintes institutionnelles se font généralement au détriment des logiques d'accueil et d'hospitalité. Par exemple, certaines mères sortent de la maternité en étant contraintes d'appeler le 115 pour savoir où elles vont dormir. La réponse qui va éventuellement leur être formulée est qu'elles seront logées trois jours à un endroit, puis qu'ensuite elles devront quitter cet hébergement et rappeler le 115. Cela signifie qu'elles ne seront même pas logées au même endroit par la suite et qu'elles peuvent se retrouver dans un foyer à 50 kilomètres de Paris. Cette situation nous montre que le système fabrique de la discontinuité, de la non-anticipation et, par conséquent, de la pathologie.

1 Par exemple, en cas d'écoanxiété – soit le fait d'avoir peur des répercussions écologiques sur le monde –, l'angoisse est issue d'une représentation collective qu'une personne s'approprie individuellement. Nous identifions donc à travers ce phénomène une dimension individuelle ainsi que collective.

2 American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM 5* (5e éd.).
Par ailleurs, le DSM spécifie différents types d'anxiété, dont l'anxiété généralisée ou l'anxiété se limitant à certains objets ou situations.
Organisation mondiale de la santé. (2019). *Classification internationale des maladies* (11e éd.).

3 Concernant le contexte français, nous vous invitons à lire les travaux de Claire Mestre, psychiatre-psychothérapeute, anthropologue, et de Smaïn Laacher, sociologue.

Rhizome : ***Au regard de votre expertise, pouvons-nous dire que les jeunes sont plus confrontés à l'anxiété aujourd'hui ? Ou est-ce que celle-ci est tout simplement plus visible ?***

Marie Rose Moro :
Aujourd'hui, les jeunes doivent faire des choix individuels très tôt, souvent trop tôt, par rapport à leur développement. Dans mon cas, la jeunesse a été émaillée de moments plus collectifs qu'individuels. Nous traversions différentes étapes ponctuées par des moments de passage, en allant de la petite école à la grande école, puis au collège où nous passions le brevet, et enfin le lycée qui se termine par le baccalauréat. Ainsi, nous étions portés par un mouvement de groupe. Il me semble que ce sentiment groupal a été beaucoup déconstruit ces dernières années. Par exemple, le groupe classe n'existe quasiment pas. Finalement, le point fixe devient l'individu. Il ne s'agit plus d'une certaine classe d'âge, d'un groupe, des amis ou des camarades de l'école. La plateforme d'accès à l'enseignement supérieur Parcoursup est très représentative de cette déconstruction et individualisation. Elle renforce l'idée qu'il ne faut compter que sur soi-même, et encore, il faut être initié pour avoir accès à l'information. Certains jeunes ont même des coachs pour y parvenir. Je vois en cela une perte de sens, marquée par une logique de multiplicité politiquement ultralibérale qui ne tient plus compte du fait que les individus grandissent tous ensemble. Les études internationales montrent qu'il y a une augmentation de l'anxiété chez les jeunes entre 11 et 21 ans[4]. En analysant ces études plus précisément, nous remarquons que les troubles anxieux sont majorés. Cela n'est pas le cas pour d'autres troubles corrélés ou la dépression. De nos jours, nous constatons qu'il existe des angoisses générationnelles. Les phénomènes d'écoanxiété ou d'éprouver une certaine passivité par rapport à l'avenir l'illustrent. Nous pouvons souligner que ces réactions relèvent tout de même de l'ordre de la dépression puisqu'elles peuvent se traduire par le fait de ne pas avoir envie de vivre dans ce monde-là.



Rhizome : ***Quels liens pouvons-nous faire entre les troubles anxieux vécus durant l'enfance et leur développement à l'âge adulte ?***

Marie Rose Moro :
Des études montrent que les troubles anxieux de l'enfance et de l'adolescence non guéris se chronicisent assez vite avec des troubles de l'attachement et de l'émotion[5]. Finalement, les sujets peuvent perdre la liberté d'action dans leur vie puisqu'ils se recroquevillent sur des blessures qui ne sont pas cicatrisées. Ce que nous appelons « l'étude des corps vie entière » montre que l'anxiété ne disparaît pas spontanément.

Rhizome : ***Quelles thérapeutiques peuvent être proposées afin d'accompagner et de soutenir au mieux ces jeunes ?***

Marie Rose Moro :
L'anxiété peut être associée à la dépression, à la tristesse ou même à la psychose. Le traitement est donc toujours très individualisé et en lien avec la cause, soit ce qui provoque cet état anxieux. Il peut s'agir de travailler sur la parole, la représentation du corps, comment trouver de la consolation, de la force ou une manière d'agir en réponse à ce qui est ressenti et vécu par la personne. Certaines personnes débutent des thérapies psychanalytiques – afin de travailler, par exemple, plus spécifiquement sur la question du sens –, d'autres des psychothérapies cognitives – afin de travailler, par exemple, sur les représentations. Les médicaments peuvent également aider pendant une période, mais ils n'ont pas la fonction d'être un traitement de fond qui consiste à s'occuper de la dépression ou de la pathologie qui a entraîné cette anxiété. Le fait d'être actif permet souvent aux jeunes de sortir de leurs angoisses. Ainsi, ils expriment et donnent de l'impulsion à leur pouvoir d'agir. De cette manière, ils influent sur ce qui leur fait peur ou même sur leur représentation du monde. Cela leur permet notamment de retrouver du sens, ce qui est essentiel, notamment pour les personnes concernées par l'écoanxiété. Il importe donc d'aider ces personnes à trouver comment elles peuvent agir, à leur échelle, sur ce qui les angoisse. Cela génère souvent de l'apaisement. L'idée est que les personnes puissent se dire que leurs actions, leur être, leurs pensées et leurs valeurs vont participer à réaliser quelque chose de positif pour ce monde.

Rhizome : ***Dans une perspective de soutien en santé mentale ou clinique, pouvons-nous affirmer qu'agir sur le monde est bénéfique ?***

Marie Rose Moro :
Ce qui est de l'ordre de l'engagement est en effet efficace. Dans cette optique, il me semble qu'en réalité les personnes sont plutôt engagées et que cela s'exprime souvent par leurs manières de vivre. Au sens large, le fait d'agir fait du bien au monde ainsi qu'à soi-même. Dans un monde où nous sommes tous confrontés à des difficultés, qu'elles soient en lien avec l'écologie, des conflits ou des guerres, cela peut nous rendre optimistes.

4 Léon, C., Godeau, E., Spilka, S., Gillaizeau, I. et Beck, F. (2024). La santé mentale et le bien-être des collégiens et lycéens en France hexagonale. *Résultats de l'Enquête nationale en collèges et en lycées chez les adolescents sur la santé et les substances – Enclass 2022.* Santé publique France. Cette étude recense un certain nombre de travaux menés à l'échelle internationale sur la santé mentale des jeunes.

5 Nous vous invitons à lire, par exemple, les travaux de Peter Fonagy, psychanalyste et psychologue clinicien.

À LIRE…

Moro, M. R. (2007). *Aimer ses enfants ici et ailleurs. Histoires transculturelles.* Odile Jacob.

Stéphanie Larchanché
Anthropologue et thérapeute
SFU-Paris

Travailler avec l'anxiété

Les principales disciplines qui analysent le phénomène d'anxiété, qu'il s'agisse de la philosophie, de la psychologie ou des neurosciences, le définissent alternativement comme un état émotionnel, un symptôme pathologique, un processus biochimique ou une condition existentielle. En individualisant et en universalisant l'expérience de l'anxiété, ces conceptualisations obscurcissent le rôle déterminant de son contexte social. Pourtant, d'une culture à une autre, le lexique et l'expérience de ce que l'on nomme « anxiété » varient[1]. Dans ce sens, l'anxiété nous relie au corps social. Elle se déclenche différemment selon le contexte idéologique, les antécédents de l'histoire, lesquels constituent une « économie affective[2] » caractérisée par des régimes de perception et de représentations culturellement codés.



L'anxiété dans les lieux frontières

Parce qu'elle associe bien souvent une notion de danger face à l'incertitude ou, inversement, face à des contextes « sémantiquement surdéterminés[3] », l'anxiété s'exprime en particulier dans les lieux frontières tels que la clinique transculturelle ou psychosociale. En effet, il s'agit ici de travailler dans la complexité, d'être confronté à des situations limites ou à des « figures du débordement[4] » qui viennent bousculer nos cadres, nos manières de réfléchir et de travailler, comme les personnes migrantes en situation de précarité. Ces situations limites viennent aussi nous secouer dans notre corps par l'activation des symptômes de l'anxiété. Or, si l'effet néfaste de ces symptômes peut constituer une force sociale destructive – comme celle qui entraîne le rejet de l'autre ou qui menace notre capacité d'empathie –, elle peut aussi aboutir à des formes de contestation productive. Pour ce faire, je propose d'appréhender l'anxiété comme un outil diagnostique nous permettant d'identifier, ainsi que de contester, les régimes de représentation et de perception qui (re)produisent le rejet de l'autre.

Illustration clinique

Partons d'un cas concret que j'ai rencontré à la clinique transculturelle, à Paris, dans laquelle j'ai travaillé pendant plus de dix ans. Dans ce cadre, lors des réunions hebdomadaires, nous discutions des orientations complexes faites par les institutions tierces (telles que les hôpitaux, les centres d'urgence médico-psychologiques [CMP], les centres d'hébergements ou les services sociaux). Au-delà du travail de mise en cohérence de nos logiques d'accompagnement des patients, nous apprenions à délibérer, y compris sur le registre affectif, pour mieux appréhender des situations complexes et anxiogènes. Je me souviens du cas d'un jeune Afghan de 24 ans, Hamza[5], parlant uniquement le dari. Nous connaissions peu de détails sur sa vie. Nous savions qu'à son arrivée à Paris il avait été immédiatement transféré au sein d'un centre d'accueil de demandeurs d'asile (Cada) dans le sud de la France. La situation de Hamza avait été présentée par l'infirmière. Son père était un taliban qui avait été tué par la police nationale afghane. Suite aux persécutions subies par sa famille, Hamza avait fui. Dans son courrier d'orientation, l'assistante sociale écrivait que, quelques mois après son arrivée, elle et ses collègues avaient visité l'appartement dans lequel il vivait et l'avaient découvert dans un état délabré. Des photographies de l'appartement étaient jointes au courrier, montrant de multiples trous dans les portes et les murs. Un radiateur semblait avoir été arraché, des canalisations tordues et des tuyaux cassés pendaient à leurs supports. À sa propre demande, Hamza avait été conduit aux urgences psychiatriques du secteur où il avait vu un psychiatre qui, sans recourir à un interprète, lui avait prescrit un traitement antidépresseur. Selon l'assistante sociale, Hamza n'avait pas suivi le traitement même s'il avait consulté le psychiatre à deux reprises. Malgré cela, il avait continué à endommager son appartement. Il avait également eu des problèmes avec le voisinage et des plaintes contre lui avaient été déposées. En réponse, une demande d'hospitalisation sous contrainte avait été formulée par un juge[6]. Hamza avait été admis dans le même hôpital par le même psychiatre, qui, toujours sans recourir à un interprète, avait décidé que Hamza pouvait sortir car il ne souffrait que d'un « simple » trouble du comportement. Plus tôt dans la journée, l'infirmière avait appelé l'assistante sociale du Cada pour obtenir des nouvelles. Elle avait déclaré qu'ils avaient reçu davantage de plaintes, Hamza ayant agressé des gens dans les rues et endommagé des « choses » à l'extérieur. De ce fait, le bailleur social envisageait son expulsion[7]. Son transfert en région parisienne avait été demandé, mais la condition était qu'il bénéficie d'un suivi médical au sein du Cada où il était transféré, d'où la demande auprès de notre centre. En attendant, le CMP local ne voulait pas le recevoir avec un interprète. Suite à cette présentation, la tension était palpable parmi nous.

1 Un exemple ethnographique parmi d'autres : Hejmanek, K. (2022). *Working Out Anxieties*. Anthropology News.

2 Ahmed, S. (2014). *The Cultural Politics of Emotions* (Second edition). Edinburgh University Press.

3 Batiashvili, N. (En relecture). *The Anthropology of Anxiety in a Small Country*. University of Pennsylvania Press.

4 Chambon, N. (2013). Le migrant précaire comme nouvelle figure du débordement. *Rhizome*, *48*(1), 5-6.

5 Le prénom a été anonymisé.

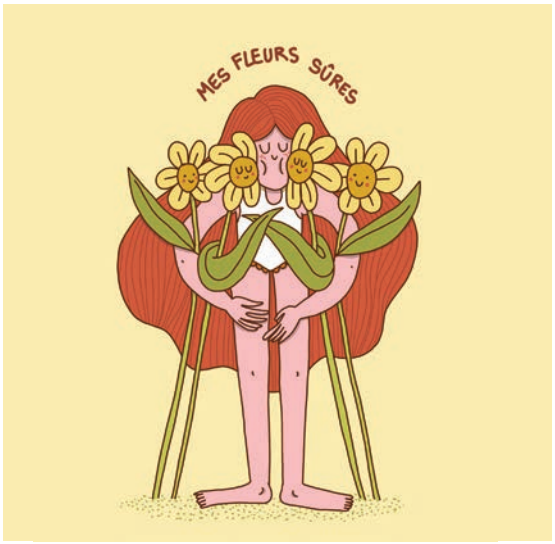
6 Cela fait référence à une hospitalisation sans consentement sur décision d'un représentant de l'État (soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État - SPDRE).

7 Il s'agit d'un des bailleurs principaux présent sur l'ensemble du territoire national et propriétaire du Cada en question.

L'anxiété imprégnait non seulement l'expérience de Hamza, telle que décrite dans le courrier, mais aussi celle des professionnels qui avaient tenté de l'aider. Ces angoisses cumulées avaient « contaminé » notre atmosphère et nous les ressentions.

L'anxiété comme boussole morale et outil diagnostique

Les émotions désagréables qui façonnent l'anxiété fonctionnent comme une boussole morale pour établir les frontières d'appartenance et de mérite. Ce « travail émotionnel » soutient un agenda idéologique qui se traduit par des « règles de ressenti[8] » – autrement dit, nous sommes conditionnés à gérer nos émotions différemment selon un large éventail de critères qui s'offrent spontanément à nous sans que nous en soyons conscients. Dans ce contexte, accueillir en conscience l'anxiété et comprendre les émotions désagréables associées, plutôt que de chercher à les éliminer, nous révèle une grammaire sociale cachée qui relie le corps individuel au corps social. À travers la situation de Hamza, différentes représentations sociales anxiogènes se déclenchent. Ces dernières sont toutes reliées entre elles. Il est relativement facile d'imaginer que les représentations du passé (colonial) et du présent (lutte contre l'islam radical) contribuent à une perception de Hamza comme un sujet menaçant, suscitant méfiance, rejet et consolidant le processus d'altérité. À la lumière des arguments de Frantz Fanon[9], nous pouvons aussi faire l'hypothèse de l'introjection de ce rejet chez Hamza, de l'impact destructeur sur sa santé mentale (au-delà des traumatismes vécus en Afghanistan et dans son parcours d'exil). Toutefois, cette situation met en relief d'autres déclencheurs structurels qui, de façon cumulative, ont contribué à mettre en échec l'accompagnement de Hamza. À titre d'exemple, nous pouvons citer : la production médiatique des images et des discours démarquant les « bons » des « mauvais migrants » ; le système économique compétitif auquel fait face l'hébergement social – évalué en fonction de sa capacité à justifier de ses actions et à réduire ses coûts ; la rationalisation des soins de santé sur la base d'analyses coûts-bénéfices plutôt que sur les besoins des patients, limitant notamment l'accès à l'interprétariat professionnel. Tous ces facteurs amènent les professionnel·le·s du sanitaire et du social à vivre des situations en contradiction avec leurs valeurs morales, à devoir porter la responsabilité de qui mérite des soins ou un hébergement et qui n'en mérite pas. Ce dilemme éthique anxiogène peut conduire certain·e·s à éviter de supporter le fardeau de la prise de décision et à réprimer les émotions désagréables associées. La responsabilité est ainsi, par exemple, renvoyée au secteur associatif en risquant ainsi de maintenir le statu quo sur l'inégalité de traitement des personnes migrantes et de maintenir invisibles les pratiques discriminatoires.



Un cadre de « délibération affective »

Voici donc l'enjeu qui était le nôtre. Afin de résumer l'intégralité des échanges entre collègues au sujet de Hamza[10], le médecin référent avait pris la décision de rédiger un courrier à l'attention des collègues du CMP pour les engager à recevoir Hamza avec un interprète et à confirmer le diagnostic de trouble du comportement. Cette décision avait mis l'infirmière du dispositif dans une colère qu'elle peinait à verbaliser. En effet, étant la plus exposée dans les interactions avec Hamza et les professionnels qui l'accompagnent, elle revenait sans cesse sur la notion de responsabilité médicale tout en minimisant le poids de ses propres arguments en tant que « simple infirmière ». Cependant, avec les encouragements du médecin référent, elle avait trouvé le moyen d'exprimer son raisonnement éthique et son mal-être. Le médecin semblait lui aussi mal à l'aise face à la question de la responsabilité médicale. Au cours des délibérations, il avait paru particulièrement désireux de se porter garant de ses collègues, choisissant plutôt de s'interroger sur la responsabilité de l'assistante sociale. Au final, ce cadre de « délibération affective » avait permis aux professionnels non pas tant de juger de la qualité du soin proposé à Hamza, mais plutôt de rendre leur décision plus intelligible face à une situation ambiguë et anxiogène. Il s'agissait ici de résister à l'admission d'un patient sans que les collègues du CMP de secteur aient pu se remettre en question sur leur réponse face à une personne non francophone, et qui pouvait s'apparenter à un refus de soin.

La zone frontalière en tant que lieu d'anxiété favorise ainsi une socialisation alternative à l'éthique de soins comme étant avant tout relationnelle, donc dépendante de multiples facteurs (institutionnels, structurels, individuels) qui remettent en cause une définition stable de ce qu'est ou devrait être un « bon » soin et qui échappent inévitablement au contrôle direct des professionnels du soin et de l'accompagnement. Travaillant avec et à partir de leurs anxiétés, les prestataires de soins acceptent d'être des sujets compromis travaillant dans un environnement complexe. Dans ce sens, accueillir l'anxiété et travailler avec la dissonance émotionnelle qui la caractérise ouvre de nouvelles possibilités, un potentiel de résistance et de transformation. Car, comme le dit Gloria Anzaldúa dans ses travaux sur les zones frontalières, « les possibilités sont nombreuses une fois que nous décidons d'agir plutôt que de réagir[11] ». ◗

8 Hochschild, A. R. (1979). Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure. *American Journal of Sociology, 85*(3), 551-575.

9 Fanon, F. (1952). *Peaux noires, masques blancs*. Éditions du Seuil.

10 Pour une lecture détaillée de cet échange, nous vous invitons à lire : Larchanché S. (2020). *Cultural Anxieties. Managing Migrant Suffering in France*. Rutgers University Press.

11 Anzaldúa, G. (1987). *Borderlands/La Frontera: The New Mestiza*. Aunt Lute Books.

Marlène Bouvet
HES SO
Centre Max-Weber (ENS Lyon)

L'anxiété de performance, un problème de cadres ?

L'anxiété peut être saisie comme une tension de l'être : c'est la « mobilisation générale des forces[1] » en réaction à un danger face à un risque de perte. Le terme contient en lui-même une notion de déplaisir, de tension excessive associée à un enjeu de survie. Lorsque la sociologie des émotions aborde le phénomène de l'anxiété, elle se demande si celui-ci est socialement construit : elle aborde ses variations dans le temps, dans l'espace[2] et selon les catégories sociales[3]. Du fait de son prisme descriptif[4], le DSM décrit d'abord l'anxiété comme un groupe de symptômes : une « attente avec appréhension », incluant notamment fatigabilité, sentiment d'être à bout, tension musculaire.

L'anxiété : un problème de cadre(s) ou de cadrage du mal-être ?

Dans la clinique Paradis, ethnographiée de 2017 à 2019[5], l'anxiété est assimilée au « stress ». Elle découlerait, selon le cours d'éducation thérapeutique du patient (ETP), de l'activation du « système sympathique » dans le cerveau, mécanisme hérité du fond des âges et générant les hormones de l'inquiétude, comme le cortisol. Comme la nature du stimulus à la base de l'anxiété passe au second plan, cette émotion devient générique : elle est biologisée, universalisée et du même coup réifiée[6]. Même lorsque les mécanismes décrits sont psychogènes – typiquement un traumatisme, une situation éprouvante dans l'enfance ou un « schéma de personnalité » déterminant un domaine social de tension –, l'étiologie de l'anxiété (l'attribution d'une cause) se fait à un niveau très individuel, s'enracinant dans le hasard d'une expérience singulière.

Pourtant, toutes les grandes enquêtes épidémiologiques suggèrent que les émotions tristes, telles que la dépression, sont à géométrie variable pour des raisons qui ne sont pas uniquement physiologiques ou « humorales ». La répartition de l'anxiété parmi les groupes sociaux ne suit pas une répartition aléatoire ; nous sommes inégaux face à l'anxiété[7], de sorte que le trouble d'« anxiété généralisée » touche deux fois plus les femmes (10 %) que les hommes (5 %). Plus frappant encore, lors de notre immersion dans la clinique Paradis, nous avons repéré une catégorie indigène susceptible de saisir cette spécificité : l'« anxiété de performance », type d'anxiété qui revient davantage pour qualifier le mal-être au travail des patient·e·s de milieux favorisés. Comment expliquer cet étiquetage sélectif ? Pouvons-nous attribuer ce constat à un biais d'observation, un problème de « cadrage » ? Dans cette hypothèse, les professionnel·le·s s'appuieraient spontanément sur des représentations sociales qui les empêchent de concevoir le travail des classes populaires comme objet de performance et de valorisation. Pourtant, il existe une autre hypothèse : le terme permettrait d'objectiver une forme d'anxiété socialement située, celle des cadres, engageant un rapport de classe et de genre à l'école et un rapport à la réussite socioprofessionnelle. Il constituerait alors une ressource symbolique et pratique pour les soignant·e·s, qui sont amené·e·s à exercer leur « sens social » – la connaissance intuitive du monde social, ses hiérarchies et ses groupes sociaux[8] – pour mieux réenchanter les déprimé·e·s, lorsque ceux·elles-ci portraiturent, analysent et soignent les individus hospitalisés. Quels sont les enjeux que soulèvent ces lunettes sociologiques posées sur l'anxiété et quel profit thérapeutique pouvons-nous en tirer ?

Un problème de cadrage : des stéréotypes sociaux au « sens social »

Un schème descriptif jugé utile pour caractériser la souffrance au travail… des cadres

Au sein de la clinique Paradis, le terme d'« anxiété » renvoie à un nuancier très étendu : parmi les schèmes psy et les diagnostics mentionnés à l'écrit, nous trouvons le « trouble anxieux généralisé » et « l'anxiété sociale ». Cette dernière voisine avec des termes connexes, parfois utilisés comme synonymes : « stress », « phobie », « perfectionnisme », « schéma d'attentes élevées[9] ». L'une des déclinaisons les moins génériques, et peut-être les plus corrélées à un statut social, nous a semblé être celle d'« anxiété de performance ». Le plus souvent, ce terme s'inscrit dans une situation rangée dans la catégorie des « burn-out » ou d'« épuisement professionnel ». Il s'impose comme schème explicatif majeur de l'incapacité des patient·e·s à « lâcher-prise », soit à prendre une certaine distance pour aller mieux. Par exemple, lors d'une réunion de soignant·e·s, un psychiatre évoque le cas d'une responsable ressources humaines à Maison du Monde : « *Elle est tendue comme un ressort.* […] *C'est un burn-out classique. C'est un épuisement, mais c'est aussi dû à la perpétuelle insatisfaction sur elle-même. […] Dès qu'elle arrive à se relaxer, surgit le schéma* : "J'me ramollis, allez bouge-toi cocotte !" *Elle ne voit que ce qu'elle fait de mal, elle fait beaucoup d'abstraction sélective…* » Selon ce psychiatre, l'anxiété de performance vient même interférer avec la thérapie : la patiente n'ose plus s'exprimer de peur de dire une bêtise. Nous retrouvons également ce terme pour certain·e·s étudiant·e·s, enfants de cadres, dont les aspirations scolaires élevées ont été contrariées par leurs troubles psy – ou dont l'échec professionnel, intolérable eu égard à la trajectoire sociale, a été requalifié sous la forme d'un trouble psy. Comme pour l'autocontrôle dans le cas de l'anorexie, l'anxiété de performance est originellement un trait valorisé dans

1 Schwartz, O. (2012[1990]). *Le monde privé des ouvriers. Hommes et femmes du Nord*. Presses universitaires de France.

2 Berger, P. et Luckmann, T. (1996). *La Construction sociale de la réalité*. Armand Colin.

3 Bouvet, M., Chossière, F., Duc, M. et Estelle F. (2024). *Catégoriser. Lexique de la construction sociale des différences*. ENS Éditions.

4 Horwitz, A. V. et Wakefield, J. C. (2010). *Tristesse ou dépression ? Comment la psychiatrie a médicalisé nos tristesses*. Mardaga.

5 Bouvet, M. (2023). *Réenchanter les déprimé·es. Sociologie de la thérapie en clinique privée* [thèse de doctorat], École normale supérieure de Lyon.

6 Lemerle, S. (2016). Trois formes contemporaines de biologisation du social. *Socio*, 6.

7 Hazo, J.-B. (2024). Anxiété en population générale : résultats de l'enquête EpiCov. *Rhizome*, 90-91.

8 Zarca, B. (1999). Le sens social des enfants. *Sociétés contemporaines*, 4(36), 67-101.

9 Ce dernier étant issu des travaux de Jeffrey Young, généralement référé à la troisième vague des thérapies cognitives et comportementales.

le milieu social d'origine des patient·e·s, qui est dans un second temps requalifié comme un trait mortifère[10]. Cependant, si l'épuisement professionnel des femmes et hommes de classes populaires (aide-soignant·e·s, conducteur·ice·s de camion, ouvrier·ère, employé·e·s) est identifié et nommé, jamais aucun dossier lu ni patient·e issu·e de cette classe rencontré·e sur les deux ans d'ethnographie, n'est associé à la formule précise d'anxiété de performance. Les cas de souffrances au travail des ouvrier·ères et des employé·e·s sont rarement expliqués comme l'expression d'un perfectionnisme, d'autres catégories d'explication prennent alors le pas. Est-ce à dire qu'être ouvrier·ère n'est pas anxiogène ?

L'absence de mots pour qualifier le rapport au travail des classes populaires. Une invisibilisation imputable aux stéréotypes sociaux ?

« Traumatisme » et « harcèlement » sont des termes qui peuvent être employés pour les patient·e·s de milieux populaires. C'est parfois la première fois que ceux·elles-ci se voient octroyer « la condition de victime[11] », pris·e·s dans les griffes d'une « entreprise toxique ». Il arrive plus souvent que ces individus soient décrits comme ayant une « mauvaise estime de soi » ou un « manque d'affirmation de soi », notamment lorsqu'il leur est difficile d'exécuter des exercices relevant de l'écrit ou rappelant l'ordre scolaire.

L'une des explications possibles pourrait être le poids des stéréotypes. Dans les représentations collectives, il n'y a pas d'enjeu narcissique positif à faire un travail manuel ou un « sale boulot » marqué par la délégation, la souillure physique et le discrédit moral[12]. Ces métiers tendent à être associés à des professions alimentaires, à faible valeur sociale, et pour lesquels il est plus difficile de penser des formes de valorisation internes. Il est certain que les membres des classes populaires sont perçus comme « subissant » leur travail, mais il est également vrai qu'il peut être plus difficile pour les psychiatres, psychologues et infirmier·e·s de se représenter ces individus comme véritablement fiers du travail accompli ou craignant de ne pas atteindre leurs objectifs. En cohérence avec le niveau de diplôme élevé des soignant·e·s (de bac + 3 à plus de dix ans d'étude), ces catégorisations reviendraient à nier, bien involontairement, l'anxiété scolaire ou l'anxiété au travail des patient·e·s de classes populaires. En effet, ce changement de vocabulaire engage tout un « cadrage » interprétatif de la thérapie ainsi que de l'origine du problème et, ce faisant, peut être performatif. Dans le cas des femmes de milieux populaires, ce n'est pas un contexte précis qui ferait problème, mais un trait de personnalité qui les désavantage, notamment au travail. Ainsi, lors d'un jeu de rôle dans le cadre du cours d'affirmation de soi, Abigaïl, 27 ans, aide-soignante épuisée exerçant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), s'entraîne à mimer un appel dans lequel elle refuse l'injonction à faire des heures supplémentaires le week-end. L'objectif n'est pas de modifier son rapport aux actes professionnels (sa relation aux personnes âgées, par exemple) ou de développer une vision critique de l'exploitation des aides-soignantes, mais de lui apprendre à défendre ses intérêts et à les négocier d'une façon socialement acceptable. La difficulté émotionnelle et physique liée au métier n'est en aucun cas traitée comme objet de la thérapie. À l'inverse, dans l'« anxiété de performance », l'objectif est de parvenir à être satisfait de ce que l'on est capable de réaliser dans le travail. Ce second schème permet de caractériser un rapport à l'école ou au travail bien plus précis, séparant ce problème du reste des capacités de la personne. Si les stéréotypes de classe entrent en jeu dans cet étiquetage, nous pourrions également faire l'hypothèse d'une coconstruction entre processus d'assignation et phénomène social objectivable. Au-delà de ces stéréotypes, le mal-être au travail se manifesterait en effet différemment parmi les classes supérieures. C'est alors le « sens social » des professionnel·le·s – une perception intériorisée des hiérarchies sociales et des schèmes de classement de leurs interlocuteur·ice·s[13] – qui parlerait, et mobiliserait les termes les plus justes pour saisir la nature de la souffrance des déprimé·e·s. Si nous parlons plus souvent d'« anxiété de performance » pour les cadres, ce serait du fait de leur rapport particulier à la réussite.

Un problème de cadre(s) : quand une culture de classe construit la personnalité

L'enquête, mais aussi la littérature sociologique montrent que l'expérience de classe moyenne et supérieure contribue bel et bien à forger un rapport particulier à l'école et au travail. Si rien ne dit que les enfants de classes populaires ont un rapport simple à l'école et à l'échec – bien au contraire – de nombreux travaux documentent une pression scolaire ou, selon les configurations, les attentes élevées qui sont au cœur de l'éducation des classes supérieures. Au sein des « familles héritières », le mode éducatif dit « de l'imposition » fonctionne à partir d'un contrôle explicite des enfants, sollicités pour fournir des efforts continus. Fondé sur des projections scolaires élevées, il participe à la construction de certaines dispositions sociales, telles que la disposition ascétique. Souvent – et comme toutes les configurations à enjeu –, lorsque l'enjeu est sollicité à l'extrême, certaines de ces configurations peuvent devenir pathologiques.

Parmi elles, nous trouvons tout d'abord la·le transfuge de classe qui se caractérise par une hypercorrection du comportement[14]. En cas d'échec, la·le « boursier·ère » présenterait un risque de « surréaction ». La méritocratie scolaire est le système de croyance qui a permis l'ascension scolaire. Lorsque le travail dans sa dimension scolaire ne suffit plus, survient potentiellement un effondrement émotionnel entraînant une grande détresse et un blocage généralisé des activités sociales. Puis, les héritier·ère·s font référence aux individus naissant dans des familles à forts capitaux culturels et économiques, ayant des attentes élevées à l'égard de la réussite sociale. L'échec est inconcevable dès le départ, la supériorité scolaire et professionnelle est au cœur de l'identité familiale. Dès lors, en cas de difficulté – même mineure –, d'un point de vue extérieur, ne pas égaler ou reproduire cette « belle situation[15] » est source d'anxiété. Cela est susceptible de déclencher le même rejet des activités sociales associées à l'école et au travail.

La littérature sociologique fournit de nombreux exemples des tensions associées aux situations d'évaluation dans ces contextes éducatifs privilégiés. Elle nous dit aussi, cependant, que cette anxiété gagne une fraction de plus en plus importante des classes populaires. Elle reflète un contexte historique « déstabili-

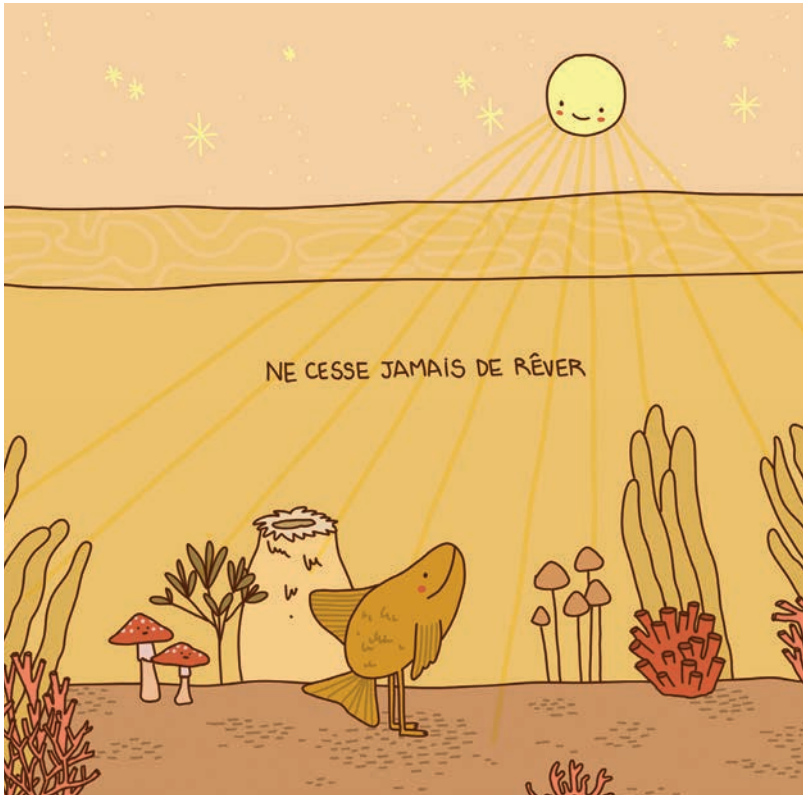
10 Darmon, M. (2008). *Devenir anorexique*. La Découverte.

11 Fassin, D. et Rechtman, R. (2007). *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*. Flammarion.

12 Hugues, E.-C. (1996 [1951, 1956, 1958, 1970]). *Le Regard sociologique*. Éditions de l'EHESS.

13 Divay, S. (2000). *Michèle Ferrand, Françoise Imbert, Catherine Marry. L'excellence scolaire : une affaire de famille. Le cas des normaliennes et normaliens scientifiques*. L'Harmattan, coll. Bibliothèque de l'éducation, Paris, 1 *Travail, Genre et Société*, *1*(3), 200-204.

14 Hugues, E.-C. (1996 [1951, 1956, 1958, 1970]). *Le Regard sociologique*. Éditions de l'EHESS.



sant » : désormais, les familles de classes populaires investissent l'enjeu scolaire et partagent les mêmes aspirations que les cadres pour leurs enfants. Toutefois, ces dernières restent le groupe social le plus désavantagé dans la compétition scolaire, ce qui génère d'intenses frustrations.

Enfin, les classes populaires stabilisées[16] sont caractérisées par une bonne volonté empêchée, une anxiété latente, car découlant de structures collectives, des tentatives de compenser par le travail, et de faire avec un sentiment d'infériorité. Il s'agit de l'anxiété structurelle des dominé·e·s (telles que les femmes ou les personnes racisées).

Dès lors, sociologiquement parlant, nous pouvons nous attendre à retrouver cette « anxiété de performance » au sein de ces différentes catégories sociales avec des types de déclencheurs spécifiques des peurs associées à l'école et au travail. Ces tensions apparaissent sous une forme redoutée, correspondant aux spécificités des parcours décrits plus haut, soit : (1) l'échec à un concours, la dévaluation du diplôme par rapport au réseau, le licenciement ; (2) la « non-réussite », la stagnation ou le licenciement vécu comme extrêmement violent, la transformation du type de capitaux valorisés dans la société, le risque du déclassement ; (3) les conditions structurelles du travail, la précarisation, la transformation du travail (telles que les tâches mobilisant davantage la forme scripturale-scolaire). Par ailleurs, l'anxiété face au travail revêt aussi une dimension de genre : lors de leurs performances scolaires, les filles se perçoivent bien plus souvent comme « sous-réalisatrices » et se jugent plus sévèrement que les garçons[17]. Cette forme d'anxiété prépondérante pourrait alors être l'« écume » des habitus présents au sein des cliniques privées, les femmes représentant quasiment les deux tiers de la patientèle.

En somme, l'anxiété dite « de performance », formulée comme telle (soit la peur d'avoir une mauvaise note, ou de ne pas être le meilleur) pourrait être plus répandue parmi les cadres. Pour autant, ils·elles n'ont pas le monopole de l'anxiété ni de la peur d'échouer, comme le soulignent les travaux sur l'évolution historique de la place de l'école dans cette classe sociale. Quoi qu'il en soit, nous constatons un effet « idéologique » de certains schèmes : encourager l'« affirmation de soi » revient à promouvoir une certaine conception de l'individu et de l'égalité des sexes pour certain·e·s soignant·e·s, en particulier les psychiatres et les psychologues[18].

Implications psychopathologiques. De l'intérêt de théoriser la thérapie à partir des défis propres à une condition de classe et de genre

L'anxiété de performance le montre : les outils d'analyse des soignant·e·s recoupent des catégories sociales. S'il faut se méfier de nos stéréotypes de genre et de classe, qui conduisent à invisibiliser la souffrance, mais aussi la fierté que peuvent ressentir les patient·e·s modestes au travail, les professionnel·le·s manient en fait des schèmes psy qui permettent d'ajuster l'analyse à leur public. Le concept d'« anxiété de performance » constitue alors un miroir qui stylise des dispositions sociales pour mieux l'ériger en matériau pour le travail sur soi. Dès lors, la patientèle spécifique de la psychiatrie privée, qu'elle soit en ambulatoire ou en clinique, transforme par le bas le lexique que mobilisent les professionnel·le·s. Sans doute, face à une population de cadres et d'enfants de cadres, faut-il importer des schèmes de la thérapie en ville, d'une thérapie moins psychiatrique que psychologique. Certains schèmes y trouvent certainement une niche écologique[19] et y rencontrent un succès parce que ces patient·e·s-là peuvent s'y retrouver et les utiliser comme leviers de compréhension d'eux·elles-mêmes. Une chose est certaine : quelle que soit la morphologie de leur groupe social d'appartenance, à l'asile, en clinique ou en hôpital psychiatrique, les patient·e·s contribuent bel et bien à façonner l'usage réel du DSM et des catégories psy. Cette hypothèse permet alors de poser la question des inégalités autrement, avec toute l'exigence que nous retrouvons parmi de nombreux·ses professionnel·le·s de la psychiatrie : les schèmes symboliques disponibles dans les thérapies permettent-ils à tous les publics de s'en saisir ? Comment améliorer l'articulation entre les catégories diagnostiques et les profils sociologiques déductibles de l'état des savoirs en sciences sociales ? Elle réinterroge leur accessibilité, réaffirme une ambition démocratique et égalitaire, mais suggère aussi l'adaptabilité de l'actuel nuancier thérapeutique des émotions.

15 Divay, S. (2000).

16 Hoggart, R. (1981). *La culture du pauvre : étude sur le style de vie des classes populaires en Angleterre*. Édition de Minuit ; Schwartz, O. (2012[1990]).

17 Duru-Bellat, M. (2004). *L'école des filles : quelle formation pour quels rôles sociaux ?*. L'Harmattan.

18 Arborio, A.-M., Lechien, M.-H. (2023). Avoir le courage de faire des choses. Usages du « psy » par des ménages des classes populaires stables. Dans M.-H. Lechien, O. Masclet et G. Mauger (dir.), *Le « je », l'« entre soi » et le « nous » dans les classes populaires* (p. 161-197), Éditions du Croquant. ; Bouvet, M. (2023).

19 Hacking, I. (2008). *Entre science et réalité : la construction sociale de quoi ?*. La Découverte.

Alexandre Plumel, « Ths »
Médiateur de santé pair
Un chez soi d'abord Dijon Métropole

Du gouffre à l'espoir : mon parcours de reconstruction

Dans les rues labyrinthiques de la ville, je me sentais comme une âme perdue, accablé par l'anxiété qui me serrait le cœur. Chaque soir, alors que le soleil déclinait à l'horizon, une question lancinante me hantait : où trouverais-je refuge pour la nuit ? Les ruelles sombres et les coins oubliés se transformaient en un dédale oppressant où je cherchais désespérément un abri. Chaque coin de trottoir, chaque banc public semblait offrir un mince espoir, mais aussi une source d'angoisse. L'idée de devoir passer la nuit à la merci des éléments, sans aucune certitude quant à ma sécurité, me plongeait dans une anxiété glaciale qui m'empêchait de trouver le repos. Même lorsque la fatigue m'accablait et que le sommeil se faisait pressant, une autre anxiété persistait : celle de devoir faire la manche pour survivre. Tendre la main vers des passants indifférents, quémander quelques pièces pour subsister, était comme arracher à chaque fois un morceau de ma dignité. Chaque geste de générosité était accueilli avec gratitude, mais aussi avec une pointe de honte et d'humiliation. Chaque regard dédaigneux, chaque refus poli renforçait le poids de cette angoisse. Lorsque la nuit tombait et que les rues se vidaient, une autre anxiété m'envahissait : celle de l'insécurité permanente. Être sans-abri, c'est être constamment exposé aux dangers qui rôdent dans l'obscurité. Chaque bruit inconnu, chaque ombre qui s'étirait dans la nuit, ravivait en moi une peur viscérale, une anxiété palpable qui me paralysait.

Ainsi allait ma vie de sans-abri, une existence marquée par l'anxiété omniprésente qui m'étreignait à chaque instant. L'incertitude, ne pas savoir où dormir, la honte de devoir mendier, la peur constante de l'insécurité… Toutes ces angoisses s'entrelaçaient pour former un fardeau insoutenable, une charge que je portais chaque jour sur mes épaules, comme une sentence inévitable. Chaque jour devenait une épreuve de survie, une lutte acharnée contre les démons qui tourmentaient mon esprit, dans l'attente incertaine d'un lendemain meilleur. Il y avait une autre peur, encore plus insidieuse, qui venait se greffer à cette existence déjà précaire : celle de sombrer dans le même abîme que tant d'autres avant moi. Je voyais, à chaque coin de rue, des visages creusés par la misère, des corps affaiblis par la vie de la rue, mais surtout des âmes détruites par les drogues. Ces substances qui promettaient l'évasion, un répit temporaire dans la douleur quotidienne, finissaient par engloutir totalement ceux qui y succombaient. L'anxiété de devenir comme eux, de perdre complètement le contrôle de ma vie, me hantait jour et nuit. L'idée même de céder à cette tentation, d'utiliser la drogue comme un refuge pour fuir l'angoisse permanente, me terrifiait. Pourtant, l'épuisement mental, la pression constante et le désespoir grandissant rendaient cette tentation de plus en plus forte.

Et puis, un jour, j'ai cédé. Je me souviens de ce moment avec une clarté douloureuse, comme si le temps s'était arrêté pour me montrer ma propre chute. La première fois que j'ai consommé, c'était une tentative désespérée d'échapper à cette vie de tourments. Pendant un instant, tout semblait s'effacer : l'angoisse, la peur, la douleur. Toutefois, ce répit n'était qu'une illusion, un piège cruel qui s'est refermé sur moi plus rapidement que je n'aurais pu l'imaginer. Ce qui avait commencé comme une fuite est vite devenu une prison. La drogue, loin de me libérer, m'a enchaîné à une nouvelle forme d'angoisse, encore plus destructrice que celle que j'avais fuie. Mon existence, déjà précaire, s'est transformée en un cauchemar éveillé, où chaque instant de lucidité était un rappel de la déchéance dans laquelle j'étais tombé. Les rues que j'avais autrefois parcourues en quête de survie étaient désormais parcourues dans un état de brouillard constant, où l'urgence de trouver ma prochaine dose surpassait même la recherche d'un abri ou d'un repas. Malgré la spirale infernale dans laquelle je m'étais enfoncé, quelque chose en moi refusait de lâcher prise. Peut-être est-ce cette même anxiété de finir comme tant d'autres que je voyais s'éteindre autour de moi qui m'a poussé à me battre.
Un jour, après des mois de lutte, j'ai réussi à rompre les chaînes de la dépendance. C'était comme émerger d'un long cauchemar, retrouver une part de moi-même que je croyais perdue à jamais. Même après être sorti de cet enfer, l'anxiété ne m'a jamais quitté. Elle avait changé de visage, se transformant en une vigilance constante, une peur de rechuter. La route vers la rédemption est longue, semée d'embûches et l'ombre de la dépendance plane toujours au-dessus de moi, comme une menace silencieuse.

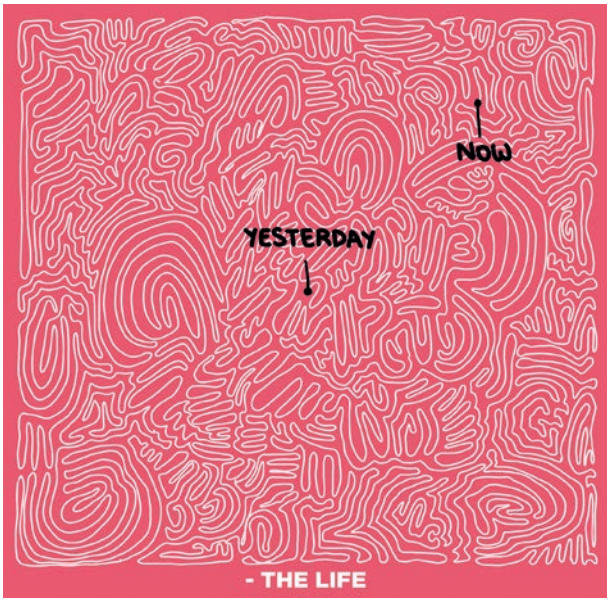
Quelque chose a émergé de cette expérience, une force et une volonté de redonner ce que j'avais moi-même reçu. Après avoir réussi à me sortir de cette spirale destructrice, j'ai ressenti un appel irrésistible à aider ceux qui traversaient ce que j'avais vécu. Je suis devenu pair-aidant, offrant mon expérience et mon soutien à ceux qui se battent contre les mêmes démons. Chaque jour, je rencontre des personnes qui, comme moi autrefois, sont perdues dans l'obscurité de la rue et de l'addiction. À travers mon histoire, je leur montre qu'il est possible de s'en sortir. Être pair-aidant n'est pas seulement une manière de donner un sens à ma propre souffrance, mais aussi une façon de guérir. En aidant les autres, je continue de me sauver moi-même, de repousser les ombres qui menacent toujours de revenir. Chaque personne que j'accompagne vers la lumière est une victoire, non seulement pour elle, mais aussi pour moi. Cela me rappelle que, même dans les moments les plus sombres, l'espoir peut toujours renaître.

Aujourd'hui, même si l'angoisse demeure, je continue d'avancer, un pas après l'autre, déterminé à ne plus jamais me laisser submerger par cette obscurité. La vie m'a appris une leçon amère mais précieuse : il est possible de tomber, mais aussi de se relever. Être debout chaque jour est une victoire sur les démons qui m'ont autrefois enchaîné. Le chemin a été long et semé d'embûches. Je marche aujourd'hui aux côtés de ceux qui, à leur tour, cherchent la lumière au bout du tunnel.

David Nouchi

Lutter contre l'anxiété

Ayant un père avec de gros problèmes psychologiques et une mère avec une lourde pathologie, mon frère jumeau et moi, âgés seulement de 5 jours, avons été retirés du berceau pour être placés en pouponnière dans la région lyonnaise. Après huit mois, nous avons été recueillis par une famille d'accueil dans le Beaujolais. À 8 ans et demi, nous avons été retirés de nouveau, injustement, pour nous rapprocher de nos parents et de la communauté juive à laquelle ils appartiennent. Nous avons grandi en foyer et avons évolué dans une école juive orthodoxe au sein de laquelle nous avons eu du mal à trouver nos marques. Nous avons vécu dans l'angoisse incessante jusqu'à nos 13 ans environ où nous sommes parvenus à changer d'école. Bien que la situation ait évolué par la suite, nous en avons gardé de douloureuses séquelles. L'été de nos 18 ans, nous avons décompensé tous les deux et avons dû prendre un traitement pour gérer l'épisode psychotique. J'ai entamé des études que je ne suis pas parvenu à mener jusqu'au bout du fait de la fatigue causée par les médicaments. À 21 ans, l'été 2023, je me suis retrouvé sans solution de logement et ai été contraint d'aller vivre quelque temps chez mes parents biologiques. Ces derniers ont peu de moyens et vivent avec deux de leurs filles, complètement immergées dans le bain de la religion juive. Après trois mois très compliqués, le dispositif Un chez soi d'abord m'a proposé un logement dans lequel je vis depuis septembre 2023.



L'anxiété

Être anxieux à l'idée de… rien de plus ? Oui, sans doute rien de plus, mais cela suffit pour développer toutes sortes de symptômes : des bouffées de chaleur, la gorge serrée, l'estomac noué, des palpitations… L'anxiété est un état psychologique qui signifie avoir une disposition naturelle à l'inquiétude. L'inquiétude se manifeste dans les situations d'attente. La crainte d'une éventuelle souffrance et l'anxiété se caractérisent par une inquiétude disproportionnée par rapport à la réalité des menaces. En résumé, la réalité d'un événement ou d'une souffrance n'est pas le facteur premier de l'anxiété. Il s'agit en fait d'une prédisposition. Nous sommes plus ou moins prédisposés à l'anxiété, mais certaines personnes développent un véritable trouble anxieux.

Différentes formes d'anxiété

J'ai toujours été anxieux. Qu'il s'agisse du quotidien ou de l'école, je n'ai jamais su lâcher prise. C'est sans doute cela l'anxiété, ne pas trouver de répit pour profiter du présent. Je pensais à l'après, quand j'allais être mal, face à mes parents ou à un examen. À 8 ans et demi, quand j'ai été placé en foyer, j'ai bien cru que je ne reverrais jamais ma famille d'accueil après deux mois et demi sans avoir le droit de leur rendre visite. Cela a développé une première forme d'anxiété chez moi, je l'appellerais « l'anxiété d'abandon », soit la peur éternelle de perdre quelqu'un avant même de m'y être attaché. Par peur de perdre l'être aimé, je me suis ainsi parfois interdit d'aimer. Paradoxalement, j'ai même quitté une fille pour ne pas souffrir d'une rupture.

J'ai l'impression que le potentiel d'anxiété croît à mesure que des traumatismes surviennent. Plus nous avons vécu d'abandons, plus la peur d'être abandonné est douloureuse. L'anxiété empêche véritablement de vivre et d'évoluer.

J'ai également développé une autre forme d'anxiété. Lorsque je suis censé passer un bon moment, je pense déjà à la fin de l'événement et ne peux ainsi profiter dûment de l'instant présent. Nous pouvons élargir le concept et déjà penser à la fin de la vie. C'est bien ce que je fais parfois. Cette forme d'anxiété développe aussi une peur de la mort. Ou peut-être est-ce l'inverse : l'anxiété naît d'une peur de la mort.

En effet, plus jeune, j'étais hypocondriaque. Pour un mal de ventre je me voyais déjà mourir. Si, comme je le conjecture, l'anxiété est liée à un traumatisme, tout s'explique. Lors d'un trauma, le cerveau se prépare à mourir. C'est pour cela qu'il met en place de nouveaux comportements d'adaptation comme l'évitement ou le fait que le corps nous fait revivre les mêmes sensations en permanence. Quelque chose n'est pas passé et la peur de la mort est toujours présente. Ce qui est étonnant avec l'anxiété, c'est que nous pouvons vivre les mêmes symptômes pour deux

situations très différentes, comme le fait d'appréhender un examen et un saut à l'élastique. Face à ces situations, nous pouvons présenter des symptômes corporels similaires, tels que des nausées, des maux de ventre, des palpitations, des troubles du sommeil ou encore de la transpiration. Lors d'un examen, nous pouvons nous figer comme lorsque nous faisons face à un animal sauvage. Il s'agit des mêmes mécanismes. Cela m'invite à penser que nous pouvons exprimer la même intensité pour deux situations qui ne sont absolument pas dotées des mêmes enjeux.

Lutter contre l'anxiété

J'ai développé plusieurs moyens de lutter contre l'anxiété.

Le papier comme une épaule

Les ruminations sont des pensées involontaires répondant vainement à une détresse psychologique. En d'autres termes, ce sont des réponses inutiles qui ne font que renforcer l'anxiété face à une situation vécue comme problématique. Pendant longtemps, j'avais l'habitude d'écrire mes angoisses ou les situations qui m'en provoquaient. C'était un bon moyen d'extérioriser les ruminations. Les déposer matériellement sur un papier permet d'avoir un support, comme une épaule amicale sur laquelle s'appuyer, délivrer son fardeau. Cette méthode m'a été relativement efficace, notamment la nuit, mais je dois avouer qu'en commençant à écrire il m'arrivait de ne plus arrêter et je rédigeais des textes sans fin.

L'acceptation des émotions

Accepter ses émotions négatives évite la culpabilité. Le fait de les ressentir ne fait pas de nous des personnes négatives. J'écoute souvent certaines conférences qui traitent de ce sujet[1] et cela me redonne du baume au cœur.

S'occuper l'esprit pour ne pas ruminer

Écouter des podcasts est un bon moyen pour chasser l'anxiété, car il suffit parfois de s'occuper l'esprit. Les premières minutes d'écoute sont souvent difficiles, mais peu à peu le sentiment de solitude laisse place à la sérénité. Écouter la radio ou des podcasts me donne le sentiment de n'être pas seul.

L'art et la méditation

Je vais souvent dans la nature. Je pars généralement avec mon appareil photo et je me rends présent à ce qui est. Écouter l'extérieur me permet de me reconcentrer doucement sur mes sensations. Me rendre à des expositions artistiques ou même exercer des pratiques artistiques sont aussi des bons moyens qui me reconnectent à moi-même. Je considère que la création est un bon exutoire et m'occupe l'esprit. C'est aussi une bonne manière de me redonner confiance en moi et de retrouver confiance en la vie.

Respirer

Pratiquer la technique de cohérence cardiaque[2] aurait de nombreuses vertus sur la chimie du corps et du cerveau. La baisse de cortisol, qui augmente proportionnellement au stress, est une action favorable sur de nombreux neurotransmetteurs, comme la dopamine et la sérotonine, et prévient l'anxiété et la dépression[3].

Discuter

Téléphoner à un ami est un bon moyen de déballer son sac et même d'attraper parfois le filet d'une onde positive, par exemple sur un moment de rire. Il n'est pas facile, quand on est anxieux, d'explorer tout l'éventail de ses émotions, mais avec les autres, ça l'est plus. Lorsque je ne vais pas bien, j'ai tendance à appeler ma famille d'accueil et nous parlons de choses positives. Cela me fait beaucoup de bien et, souvent, me motive.

S'éloigner des réseaux sociaux et de l'actualité

Les médias mettent toujours l'accent sur les mauvaises nouvelles. Il est important de savoir prendre des pauses pour ne pas s'ajouter de charge. J'ai coupé le contact avec les réseaux sociaux pendant plus d'un an. J'avais l'impression d'ajouter le poids du monde sur mes épaules, je consommais beaucoup trop d'informations et le trop-plein nuisait à mon moral.

Soigner son hygiène de vie

Il s'agit ici d'adopter un bon rythme de sommeil et de manger une alimentation saine. Il a été établi que consommer des aliments avec un indice glycémique faible était bon pour le moral. En effet, la courbe d'insuline est plus plate, ce qui diminue la fréquence des coups de fatigue[4]. À ce sujet, l'ouvrage *Faites votre glucose révolution* de Jessie Inchauspé donne des méthodes très pratiques pour augmenter son efficacité, éviter les fringales et les coups de fatigue spontanés[5]. J'ai pratiqué cela pendant quelque temps en accompagnant mon régime de beaucoup de sport, un de mes anciens passe-temps. J'en ai constaté de très bons effets, à noter la diminution des coups de fatigue qui augmentent le stress.
Pratiquer du sport est enfin un moyen très recommandé par les médecins pour réduire le niveau de stress et ainsi diminuer les chances de développer de l'anxiété. La marche est un sport au même titre que la course à pied. Je ne fais plus beaucoup de sport pour être honnête car j'ai eu un accident assez important à l'épaule, mais je sors souvent marcher et cela me fait du bien.

Avoir un travail ou une activité régulière

Je me sens beaucoup mieux depuis que je suis en service civique[6]. Ne rien faire de ses journées est le meilleur moyen pour développer de l'anxiété. La routine de travail permet de s'ancrer et d'oublier les ruminations. Au-delà de ça, se sentir utile est très bon pour le moral.

Il existe beaucoup de méthodes pour la prévention et des moyens d'action pour lutter face à l'anxiété, il s'agit de trouver la plus efficace. Nous pouvons adopter une bonne hygiène de vie, nous écouter, nous ressourcer régulièrement dans la nature, par exemple, et prendre des moments pour soi. Parfois, nous ne pouvons pas faire l'impasse sur les traitements médicamenteux. Consulter un thérapeute est souvent inévitable. Pour faire face à l'anxiété, il est aussi important d'adopter des routines constantes.

1 Thomas d'Ansembourg, psychothérapeute spécialisé dans la communication non violente, diffuse ses conférences sur Youtube. Fabrice Midal, philosophe, réalise des entretiens sur la santé mentale qu'il publie sur Youtube.

2 Il s'agit d'inspirer lentement pendant cinq secondes, puis d'expirer pendant cinq secondes en respirant par le ventre.

3 Personnellement, je ne suis pas coutumier de cette technique car j'ai beaucoup de mal à me concentrer sur ma respiration. Ce n'est pas une méthode que je trouve très radicale. Mais tout est relatif puisqu'elle fonctionne sur beaucoup de personnes.

4 Ainsi, il importe de privilégier les sucres lents, les fibres, les aliments issus d'une farine semi-complète, complète ou intégrale, les fruits et les légumes (frais et secs). Les produits transformés, garnis de sucres rapides, sont à éviter.

5 Inchauspé, J. (2022). *Faites votre glucose révolution*. Robert Laffont.

6 Je suis actuellement en service civique dans l'association « Les Petites Cantines », un restaurant participatif. Des bénévoles viennent cuisiner et manger à prix libre des produits locaux, frais et de saison. L'association a comme but de favoriser les liens entre les personnes du quartier. Plusieurs profils s'y rendent, mais la majorité sont ceux qui se sentent seuls ou isolés.

Clément Gérome
Sociologue
Chargé d'étude à l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT)

Angoisse, souffrance psychique, addictions : illustration de liens complexes

Cet article éclaire les relations entre consommations de drogues, addictions et souffrances psychiques à la lumière d'enquêtes menées par l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT), notamment les investigations du dispositif « Tendances récentes et nouvelles drogues (Trend) ». Après avoir présenté la méthodologie mobilisée par le dispositif Trend, l'article montre que la régulation des états d'anxiété et d'autres manifestations de souffrances psychiques constitue un motif central du recours aux drogues des personnes en situation de grande précarité. L'usage quotidien de substances psychoactives, licites ou illicites, ne s'inscrit toutefois pas seulement dans une visée autothérapeutique. Il renvoie à des intentionnalités diverses, liées pour partie à la vie à la rue et aux sociabilités alternatives qui s'y déploient, exposées en conclusion de cet article.

Précisions méthodologiques

Cet article s'appuie sur des matériaux empiriques et des analyses développées par le dispositif Trend, lequel mobilise des méthodes d'enquête qualitatives afin de rendre compte du sens que les usagers de drogues donnent à leurs pratiques de consommation et des contextes sociaux dans lesquelles ces pratiques se déploient[1]. Le dispositif s'intéresse à des populations particulièrement consommatrices de substances psychoactives dont la plupart ont développé une addiction. Nombre d'usagers rencontrés lors d'entretiens ou d'observations directes connaissent des conditions de vie caractérisées par la pauvreté économique, la précarité dans le logement et l'éloignement vis-à-vis des mécanismes de protection sociale.

Apaiser les souffrances psychiques et les symptômes de manque : les visées autothérapeutiques du recours aux drogues

Pour la plupart des consommateurs de drogues rencontrés par le dispositif Trend[2], le recours aux substances psychoactives a pour objectif premier d'apaiser un mal-être psychique induit par des événements traumatiques survenus lors de l'enfance ou de l'adolescence (tels que des viols, des abus sexuels ou de la maltraitance) ou à l'âge adulte (tels que le fait de découvrir une maladie, la perte d'emploi, la séparation conjugale ou le décès d'un proche). L'usage de drogue constitue, tout d'abord, une réponse, un « remède » permettant de soulager une souffrance psychique (que celle-ci prenne la forme d'anxiété, de dépression ou de syndrome de stress post-traumatique) et apporte un mieux-être. C'est particulièrement le cas pour les usagers souffrant de comorbidités psychiatriques non prises en charge et non soignées[3].

La consommation de cannabis, d'alcool ou de médicaments psychotropes obtenus sur le marché noir (principalement du Lyrica® [prégabaline], dans une moindre mesure du Valium® [diazépam] ou du tramadol) par des adolescents et de jeunes adultes concernés par la migration et vivant à la rue illustre bien cette fonction autothérapeutique du recours aux drogues[4]. Largement supérieures aux indications médicales, ces consommations médicamenteuses s'inscrivent notamment dans une tentative d'apaisement des souffrances psychiques consécutives à une vie difficile dans le pays d'origine, un voyage exposant à de multiples traumatismes (tels que le décès de proches, le sentiment de mort imminente, la maltraitance physique, les abus sexuels – notamment envers les femmes). Leurs mauvaises conditions d'accueil sur le sol français, les déceptions engendrées par l'absence de perspective en matière d'emploi ou de formation professionnelle, les conditions de vie marquées par la précarité (instabilité en matière de logement, de ressources économiques), les violences perpétrées à leur encontre (notamment par les réseaux de trafics qui les emploient parfois sous la contrainte[5]) sont autant de facteurs venant exacerber ces souffrances et favoriser le recours aux drogues. Cet extrait d'entretien restitue ainsi les propos d'une éducatrice spécialisée assurant un accompagnement auprès de ces jeunes : « *C'est l'explication qu'ils donnent, c'est que… ils prennent ça comme un anxiolytique. C'est pour dormir, pour oublier, pour ne pas penser, c'est ça qu'ils recherchent. Et notamment Kassim*[6]*, qui est un gamin qui est relativement nerveux, dit* : "Cela me permet de ne penser à rien, de ne pas penser à ma famille ni à mes problèmes […] je n'ai plus mal au ventre ni au dos. Quand je ne prends pas les médicaments, ça ne va pas." *C'est son automédication pour essayer de contrôler justement cette violence.* »

Si l'usage de drogue permet dans un premier temps d'apaiser des souffrances psychiques, bien souvent,

1 Gérome, C. (2020). *Guide méthodologique du dispositif Trend.* OFDT.

2 Cadet-Taïrou, A., Gandilhon, M., Gérome,C., Martinez, M., Milhet, M., Detrez, V. et Adès, J. E. (2020). *1999-2019 : Les mutations des usages et de l'offre de drogues en France vues au travers du dispositif Trend de l'OFDT.* OFDT.

3 Protais, C., Milhet, M. et Díaz Gómez, C. (2019). *Les addictions dans le programme Un chez soi d'abord.* OFDT.

4 Gérome, C., Protais, C. et Guilbaud, F. (2022). *Usages de drogues et conditions de vie des « mineurs non accompagnés ».* OFDT.

5 Nombre d'adolescents et de jeunes adultes subissent l'emprise de réseaux criminels qui leur fournissent des médicaments psychotropes et un hébergement en contrepartie de l'accomplissement d'activités délinquantes, tout en exerçant sur eux des actes de violence.

6 Les prénoms des personnes citées ont été anonymisés.

7 Meslin, K., David, M. et Gérome, C. (2023). *Usages de produits psychotropes et prise en charge sociosanitaire des personnes en situation de grande précarité en Pays de la Loire.* OFDT.

8 La cocaïne basée, qui circule sous l'appellation « crack » ou « *free base* », est un dérivé du chlorhydrate de cocaïne, résultant de l'adjonction de bicarbonate ou d'ammoniac. Cette transformation permet une cristallisation de la poudre en petits cailloux, destinés à être fumés. Les effets de la cocaïne basée sont beaucoup plus puissants que ceux du chlorhydrate. Leur apparition est plus rapide (de 1 à 2 minutes contre 15 à 30 minutes), mais leur durée est beaucoup plus courte.

il donne progressivement lieu à une addiction ou une dépendance. Dès lors, l'évitement des symptômes de manque physique ou psychique du produit devient un motif central de la poursuite de la consommation[7]. C'est notamment le cas des personnes ayant développé une dépendance à l'alcool, à l'héroïne ou à une autre substance opioïde. « *Ah il y a plus d'effet dans rien du tout* [rire amer]. *C'est ça qu'est triste. C'est juste pour ne pas être malade quoi* », résume Anna, consommatrice dépendante à différents produits psychotropes, licites et illicites, et sans domicile fixe. Les personnes ayant développé une addiction à la cocaïne basée[8] témoignent quant à elles des sentiments d'angoisse, d'irritabilité et d'anxiété qui s'emparent d'elles parfois quelques minutes seulement après avoir consommé. Ceux-ci les poussent à consommer à nouveau dès que possible[9], comme en témoigne ce jeune consommateur : « *Quand je fume, 15 minutes après, je cherche des trucs blancs par terre*[10]. *Je suis encore défoncé, c'est juste que je n'arrive pas à me poser et à apprécier la défonce qu'il me reste parce que ça a commencé à redescendre et du coup il y a cette envie forte qui… Tu as des palpitations. Ça t'appelle, ça te rappelle tout le temps, il faut beaucoup de force mentale pour dire* "maintenant j'arrête". » Le terme « angoisse » est d'ailleurs employé par certains consommateurs de crack pour désigner la dernière dose de produit à disposition, signifiant par là que ce sentiment ne manquera pas d'apparaître sitôt celle-ci consommée.

Désinhibition, sociabilité et solidarité : quelques autres fonctions de l'usage de drogues

Les visées autothérapeutiques du recours aux drogues cohabitent avec d'autres intentionnalités d'usage liées en partie aux conditions de vie marquées par la grande précarité. Il s'agit ainsi de mieux supporter certaines conséquences immédiates de la vie à la rue comme la faim ou l'exposition aux aléas du climat. C'est également le cas de la recherche de désinhibition nécessaire à l'accomplissement d'activités essentielles à la survie, mais génératrices de stress, d'anxiété et dépréciant l'image de soi, comme la mendicité ou des actes de petite délinquance. Certains adolescents et jeunes adultes migrants évoqués plus haut consomment ainsi alcool ou médicaments psychotropes afin de ressentir une impression de force et de puissance leur permettant d'accomplir un vol à l'arraché, un cambriolage ou encore de vendre à la sauvette des cigarettes, des stupéfiants ou des médicaments. Naïm, un adolescent récemment arrivé en France, rapporte ainsi à un travailleur social que le Rivotril® lui « *permet de foncer sans* [se] *poser de questions, de ne pas avoir peur des coups, ni de taper* ». Meryem, une interprète, amenée à assister les mineurs migrants lors de placements en garde à vue, indique quant à elle que certains « *disent que ça* [les médicaments] *leur enlève la peur, et ça leur donne la force et le courage. Ça s'appelle le "cachet du courage*[11]*."* »

L'usage de drogue s'insère également dans des sociabilités qui contribuent à égayer la vie à la rue. C'est notamment le cas lors de sessions de consommation collectives, où l'effet des drogues se partage et donne lieu à l'expression de sentiments d'attachement, d'amour et de tendresse envers les pairs, dans un quotidien marqué par des rapports de violence et de domination. Cela est perceptible au sein du témoignage suivant de Marius, un polyconsommateur de 25 ans, sans domicile fixe et sans emploi : « *T'as plus aucune angoisse, il n'y a plus rien qui te prend la tête. Les mots c'est tellement limitant par rapport au monde que t'explores. Tu es dans un nuage de coton. Quand je fume un petit peu de crack t'as un sentiment de bien-être total, tu te sens léger, tu te sens bien, tu te mets à parler énormément avec tes potes, tu es trop content, tu es trop gentil* […] *Tu as envie de partager ton bien-être.* » Au-delà du plaisir partagé, procuré par leurs effets, les drogues sont également le support de solidarités entre pairs : elles font l'objet de troc, de don ou de partage (par exemple, lorsque les ressources économiques sont mises en commun pour se procurer le produit), de transmission ou d'échanges d'expertise et d'information (par exemple, sur les lieux où se procurer les produits, les manières de les préparer ou de limiter certains risques liés à la consommation).

LES USAGES DE DROGUES S'INSÈRENT DANS DES STRATÉGIES DE SURVIE ET CONSTITUENT À CET ÉGARD DES RESSOURCES POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE GRANDE PRÉCARITÉ

Apaisement des souffrances psychiques résultant de parcours biographiques marqués par des traumatismes, soutien pour supporter des conditions de vie particulièrement difficiles, support de sociabilités et de solidarités contribuant à égayer le quotidien : les usages de drogues s'insèrent dans des stratégies de survie et constituent à cet égard des ressources pour les personnes en situation de grande précarité. Mais dans le même temps, ces consommations détériorent la santé physique et psychique, à plus forte raison lorsqu'elles s'effectuent dans la rue ou tout autre environnement peu propice à leur déroulement dans de bonnes conditions (par exemple, en étant confronté à l'absence d'accès à l'eau, de matériel de consommation stérile et en nombre suffisant pour éviter le partage ou la réutilisation, la crainte d'être interpellé par les forces de l'ordre ou pris à parti par des riverains obligeant à consommer rapidement). Plus globalement, le mode de vie centré sur l'acquisition et la consommation des produits amenuise les possibilités d'accès ou la conservation des droits sociaux, d'un emploi ou d'un logement et conduit parfois à des incarcérations (moins au motif de la consommation en elle-même qu'en raison d'actes de délinquance visant à la financer). Dans ce contexte, des dispositifs et des programmes d'action adaptés aux problématiques des usagers des drogues précarisés (par exemple, en garantissant l'anonymat, en offrant un accueil inconditionnel, en s'appuyant sur une démarche de réduction des risques et des dommages n'exigeant pas l'abstinence comme contrepartie de la prise en charge) se sont développées ces deux dernières décennies[12]. Malgré leurs effets bénéfiques[13], ces dispositifs restent globalement trop peu nombreux au regard des besoins, leur développement constituant ainsi un enjeu important dans les années à venir.

9 Le terme anglophone de « *craving* » est souvent employé par les acteurs de l'addictologie pour désigner cette envie impérieuse et compulsive de consommer à nouveau un produit psychotrope, notamment la consommation de cocaïne basée.

10 Ce comportement, appelé « faire la poule » par certains usagers et professionnels, est caractéristique des effets de la cocaïne basée.

11 Le surnom de « mère – ou "madame" – courage » est souvent donné au Rivotril® par certains mineurs ou jeunes migrants maghrébins du fait de ses effets euphorisants et désinhibants. Gérome, C., Protais, C. et Guilbaud, F. (2022).

12 Qu'il s'agisse des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud), des haltes soins addictions (HSA) ou encore du programme Un chez soi d'abord.

13 Nous vous invitons à lire, par exemple, au sujet des HSA : Inserm. (2021). *Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique*. Institut de Santé Publique de l'Inserm ; et, concernant le programme Un chez soi d'abord : Milhet, M., Protais, C. et Diaz-Gomez, C. (2019).

Aurélie Lansiaux **Médecin addictologue**
Dispositif Darjely, Sual
Le Vinatier psychiatrie universitaire Lyon Métropole

Une fusée qui éloigne de la réalité

« *Lyrica®, c'est mon médicalement*[1] *! C'est pour le stress.* » Cette phrase est assez commune lorsque nous évoquons la consommation de médicaments au sein de la consultation du dispositif Darjely[2]. Ce stress, il est parfois difficile pour les patients de le définir ou d'en identifier la cause. Il est souvent décrit comme étant une sensation désagréable qui les empêche de se sentir bien, d'être avec les autres. Pour eux, le Lyrica®, également appelé « Pfizer », « Taxi » ou « *sarukh*[3] », leur évite de vivre ces ressentis, les en éloigne et leur permet « d'être normal ».

Un rapport particulier

Le Lyrica® (ou la prégabaline en dénomination commune internationale [DCI]) est un médicament antiépileptique prescrit en Europe pour atténuer les douleurs neuropathiques et les troubles anxieux généralisés. Il a été, pendant de nombreuses années, présenté comme un médicament sûr. Toutefois, en 2010, des signaux montrant un risque de dépendance auprès de ses consommateurs ont commencé à apparaître. Concernant les jeunes que nous rencontrons, le Lyrica® est rarement le seul produit qu'ils consomment. Il est souvent associé au cannabis, à d'autres médicaments (tels que le Rivotril® ou le Tramadol®) ou substances. Néanmoins, force est de constater que le Lyrica® a une place particulière dans le parcours de ces jeunes et que sa consommation se retrouve souvent au cœur de leur prise en charge en addictologie. Plusieurs éléments peuvent expliquer le rapport particulier qu'ils entretiennent avec ce médicament. Tout d'abord, la rencontre avec le Lyrica® a souvent eu lieu très tôt dans la construction des jeunes que nous prenons en charge, depuis leurs 10 ou 11 ans. Ils décrivent cette période, qui correspond à l'entrée dans l'adolescence, comme un épisode de rupture avec leur famille et une présence plus importante dans la rue. Les effets anxiolytiques, empathogènes et stimulants pouvant être rapprochés des effets de l'alcool sont ainsi recherchés lors de la prise de ce médicament. De plus, le Lyrica® est décrit comme étant très accessible dans la rue, abordable et avec un mode de consommation plus simple, car un comprimé est transportable et la prise est moins stigmatisante que le fait de fumer, de sniffer, ou de boire de l'alcool. La consommation de Lyrica® est donc initialement banalisée par les jeunes et faisait déjà partie, de façon plus ou moins importante, de leur quotidien dans leur pays d'origine.

Une aide face aux difficultés

Lorsque les consommations de Lyrica® ont débuté dans leur pays d'origine, elles sont souvent décrites par les jeunes comme ayant une fonction récréative. La dépendance au médicament semble alors se cristalliser lors de leur arrivée en France, les conditions de vie auxquelles ils sont confrontés et les stratégies de survie qu'ils mettent en place venant majorer leur anxiété. Chaque jeune que nous rencontrons a sa singularité. Toutefois, le public que nous accompagnons relate régulièrement des histoires de vie complexes ainsi que des situations sociales, familiales et professionnelles difficiles. Le Lyrica® peut alors prendre une place centrale dans ce quotidien laborieux. Confrontés à la violence de la précarité, ils utilisent ce médicament pour gérer les émotions qui les traversent. Ainsi, au-delà des aspects neurobiologiques pouvant expliquer les effets de dépendance et de tolérance de cette molécule, le fait de savoir qu'ils ont accès à cette gélule blanche et rouge est déjà un élément rassurant à leurs yeux. Un exemple assez évocateur est celui de Abdel[4]. Il m'explique en consultation qu'il ne trouve pas de travail, il doit donc vendre des cigarettes dans la rue. Le regard que les passants posent sur lui et la tension qu'il ressent face au risque de rencontrer les forces de l'ordre sont des sources d'anxiété qui lui ont fait augmenter sa consommation initiale de Lyrica®. Débute alors pour lui le cercle vicieux suivant : « *J'ai besoin d'argent. J'ai besoin du Lyrica® pour gagner de l'argent. Le Lyrica® me coûte de l'argent. J'ai besoin d'argent.* »

Une vie sous emprise

La dépendance au Lyrica® rend les jeunes plus vulnérables. Seule ou mélangée à d'autres substances psychoactives, elle vient altérer leur jugement, facilitant notamment le passage à l'acte violent et les délits. Cette idée est bien comprise et intégrée par les réseaux de traite d'êtres humains. Ainsi, pour inciter les jeunes, et notamment les mineurs, à commettre des délits, ces réseaux vont faciliter l'accès à certains médicaments ou substances illicites, comme la cocaïne. Le climat de violence dans lequel s'inscrivent ces jeunes augmente leur anxiété ainsi que leurs traumatismes physiques et psychiques. Par conséquent, et faute de mieux, ceux-ci ressentent le besoin d'échapper à la réalité par les consommations. Ainsi, si nombreux sont ceux qui viennent consulter en ayant conscience de leur problème d'addiction et avec une authentique envie de se soigner, de multiples questions se posent du côté de ces jeunes. Comment vivre sans ces gélules accompagnant, pour certains, leur quotidien depuis la sortie de l'enfance ? Comment gérer ses émotions et son anxiété quand elles ont toujours été modulées par un composant chimique ? Surtout, comment faire face à cela alors que l'on se trouve dans un environnement anxiogène, violent, sans papiers, sans sa famille et en exil ?

Face à ces situations complexes, l'une des approches que nous utilisons est la prescription du Lyrica®. L'objectif est de venir le remettre à sa place, en tant que traitement, et ainsi de réduire les risques liés à sa prise. La prescription s'intègre donc dans une prise en charge plus globale de la santé du jeune et selon un cadre de soin définit en amont avec lui. Ainsi, le sevrage du Lyrica® n'est pas l'objectif principal de la prise en charge. Ce médicament peut même devenir un outil bénéfique pour l'amélioration de la santé des jeunes. Il reste avant tout important d'assurer un environnement sécurisant afin de leur permettre de développer d'autres stratégies que les produits pour gérer leurs angoisses et leurs émotions. Sans cela, nous ne pouvons espérer leur faire arrêter la prise de produits et les ramener vers la réalité. Cela serait comme retirer les brassards d'un enfant avant de lui avoir appris à nager.

1 C'est de cette manière que les patients prononcent le mot « médicament ».

2 Darjely est un « dispositif référent » du parcours de soins en addictologie et en psychiatrie des jeunes migrants en errance (JME) sur le territoire de la Métropole de Lyon. Il accueille des jeunes de moins de 25 ans au sein du Vinatier psychiatrie universitaire Lyon Métropole.

3 Ce terme signifie « fusée » en arabe et est utilisé pour évoquer le Lyrica® en référence aux couleurs de la gélule.

4 Le prénom de la personne citée a été anonymisé.

Patrick Delbrouck
Psychiatre des hôpitaux
Centre ressource d'aide psychologique en mer (Crapem)
Centre hospitalier de Saint-Nazaire

Le fardeau invisible : l'impact de l'anxiété sur la vie en mer

Le transport maritime représente 80 % du commerce mondial en valeur et 90 % en volume, pourtant il passe inaperçu au niveau sociétal. Cela reste un milieu précaire, tant au niveau économique qu'humain comme l'a montré sa fragilité lors de la pandémie de la Covid-19. Cette précarité des professionnels de la mer se traduit à la fois par des conditions de travail à haut risque, des spécificités environnementales contraignantes et un ostracisme plus ou moins conscient.
En France, ces travailleurs de l'invisible représentent environ 40 000 « gens de mer », auxquels s'ajoutent les personnels des organismes de régulation associés (tels que, par exemple, les garde-côtes, le centre régional opérationnel de surveillance et de sauvetage [Cross] ou la Société nationale de sauvetage en mer [SNSM], la marine nationale, ou les familles de marins). Ces personnes sont régulièrement exposées à de nombreux facteurs de stress, sources d'anxiété, elles-mêmes potentiellement à l'origine de pathologies psychiatriques.

Spécificités environnementales

Avec 60 accidents pour 100 000 travailleurs, le métier de marin est 2 à 3 fois plus accidentogène que celui des salariés des secteurs d'activités terrestres[1]. Cette accidentologie majeure se traduit également par une source d'état de stress post-traumatique conséquente[2].
Pour autant, la vie de marin se compose d'organisations variées en termes de lieu, de temps et de conditions de travail. L'activité d'un marin pêcheur diffère largement de celle d'un pilote portuaire ou de celle d'un cuisinier de bateau de croisière. Pourtant, il existe des dénominateurs communs qui confèrent à ce milieu une certaine homogénéité et une réelle culture de métier qui se construit en marge des référentiels culturels terriens. L'isolement, l'éloignement, la vie en milieu clos constituent autant d'éléments qui vont donner une coloration particulière aux manifestations anxieuses.

Vivre sur un navire, c'est être confronté à un équipage avec des possibilités d'évitement limitées, affronter des conditions météorologiques parfois difficiles et dangereuses, gérer en autonomie des situations de stress avec des possibilités d'aide et de secours différées parfois de plusieurs jours. Ces situations mettent à l'épreuve les capacités de résilience des marins et peuvent aussi être source de pathologies lorsque les ressources personnelles sont dépassées. Faire face à un naufrage, cohabiter plusieurs jours avec une personne décédée dans un espace clos, gérer des pathologies somatiques ou psychiatriques avec des moyens thérapeutiques limités sont autant de défis que doivent relever les gens de mer. Dans ces conditions, la notion d'équipage est à la fois une valeur contenante et rassurante, mais aussi une contrainte d'uniformisation affective parfois délétère comme peuvent en témoigner les signalements de plus en plus nombreux de harcèlement à bord. La compréhension globale de ces fonctionnements par les soignants est une nécessité pour appréhender correctement les diagnostics et proposer des stratégies thérapeutiques adaptées.

Si les marins embarqués sont les principaux exposés à ces facteurs de stress environnementaux, les personnels à terre n'en sont pas forcément exemptés. Ainsi, les garde-côtes, dépendant du ministère des Finances et chargés de la lutte contre le trafic de marchandises, se trouvent de plus en plus confrontés au sauvetage des personnes migrantes tentant de traverser la Manche. Les passages ont ainsi été multipliés par plus de 100 en cinq ans (299 en 2018, près de 46 000 en 2022). Ils représentent près de 80 % des interventions du Cross Gris-Nez[3]. Cette multiplication d'assistances de masse par les garde-côtes, mais aussi par les affaires maritimes ou des marins pêcheurs présents sur zone auprès de populations fragilisées par leur migration, modifie radicalement le paysage du secours en mer avec des conséquences psychopathologiques non négligeables pour les sauveteurs. La prise en charge impacte nombre d'entre eux, dont certains ne sont pas préparés à cet exercice qui est normalement en marge de leur activité principale.

Ces personnels se retrouvent ainsi surexposés à des situations de détresse psychique intense, sources de psychotraumatismes récurrents. Lors d'entretiens avec eux, ils rapportent tous, durant des sorties en mer ou à la lecture des bulletins météo, une anxiété d'anticipation plus ou moins marquée, sans commune mesure avec l'aléa météorologique habituel. Certains présentent des conduites d'évitement réelles (arrêts-maladies prononcés) ou « virtuelles » (perceptibles par la consommation d'alcool ou de médicaments).

> « Le pire ennemi du marin, ce n'est pas la tempête qui fait rage ; ce n'est pas la vague écumante qui s'abat sur le pont, emportant tout sur son passage ; ce n'est pas le récif perfide caché à fleur d'eau et qui déchire le flanc du navire ; le pire ennemi du marin, c'est l'alcool[4] ! »

1 Ministère de la Mer. (2019). *Accidents du travail et maladies professionnelles maritimes. Bilan 2019.*

2 Jegaden, D. (2023). Histoire maritime : santé mentale des gens de mer en France. Approche générale et historique. *Lettre de médecine maritime*, 31, 20-24.

3 Préfecture maritime de la Manche et de la Mer du Nord. (2021). *Dossier de presse. Bilan opérationnel de l'année 2021.*

4 Hergé. (1992). *Le crabe aux pinces d'or*. Casterman.

Lors des interventions de sauvetage, ils décrivent des états de stress aigu généralisé, avec parfois des moments de dissociation contemporains des opérations, seule possibilité d'affronter des situations jugées insoutenables. Ces sauvetages constituent une source de psychotraumatismes souvent banalisés et minimisés, mais qui feront le lit de complications psychiatriques ultérieures.
De même, les décisions d'intervention « à l'aveugle » des personnels des Cross, qui centralisent les appels à l'aide et coordonnent les moyens de secours déployés, les exposent à des situations de stress comparables à celles des régulateurs des Samu. Les événements des dernières années, et notamment l'explosion du nombre de personnes migrantes tentant de traverser la Manche, ont tragiquement mis en lumière le débordement des capacités de traitement de ces institutions sans forcément tirer les conséquences sur le plan de la santé mentale des opérateurs.

Enfin, les familles de marins sont également exposées à des stress spécifiques. L'essor des réseaux sociaux a largement contribué à rompre l'isolement du marin en mer. Toutefois, la pandémie de la Covid-19 a introduit de nouvelles sources d'angoisse, comme l'impossibilité pour les marins de débarquer dans les ports et rejoindre leur famille parfois malade. Par ailleurs, les marins portés disparus confrontent les familles à la problématique des deuils sans corps. Le deuil est un processus dynamique – une crise psychique inconsciente d'évolution non linéaire, provoquée par une perte – et l'absence de corps induit souvent un blocage du processus. Passé le choc de la nouvelle, les phases de protestation et de désorganisation se succèdent mais la phase de réorganisation, indispensable pour rétablir un équilibre psychique rompu, peine à se mettre en place, réactivant des pertes antérieures et nécessitant des prises en charge spécifiques.

Faire face

La vie des marins, « loin des leurs, confinés, dans un milieu hostile et souvent dangereux, impacte évidemment le psychisme de ces hommes et de ces femmes, allant de l'ennui des quarts monotones aux situations de stress aigu en cas de danger[5] ». Pour faire face à ces multitudes de situations, les marins disposent de plusieurs niveaux d'intervention.
Le premier et le plus fréquent est le niveau interne. S'appuyant sur des formations spécifiques à la prise en charge des pathologies courantes et sur les capacités de résilience des équipages, elles leur permettent heureusement de gérer la plupart des situations. En cas de besoins, des services de consultations à distance peuvent donner un avis spécialisé pour des prises en charge plus précises. Ainsi, le Centre de consultation médicale maritime[6] (CCMM) assure, officiellement pour la France depuis 1983, le service de consultation et d'assistance télémédicales pour les navires en mer. Gérer par le Samu de Toulouse, il assure une réponse médicale 24 heures sur 24. De même, le Crapem assure une réponse psychiatrique 24 heures sur 24 pour les situations de stress aigu. Porté par l'hôpital de Saint-Nazaire, il participe depuis 2020 à la prise en charge des situations en mer et coordonne les moyens mis à disposition lors du retour à terre (notamment le relais avec les structures des secteurs psychiatriques, les cellules d'urgences médicopsychologiques ou les centres référents du psychotraumatisme).

Au-delà de ces actions aiguës, le Crapem[7] assure également des activités de formation auprès des différents intervenants du milieu maritime afin de leur permettre d'utiliser des outils de gestion du stress, d'être sensibilisé à la souffrance mentale pour eux et leurs collègues. L'objectif est alors de déstigmatiser la souffrance psychologique et de permettre ainsi aux marins et à leur entourage de bénéficier de ressources thérapeutiques adaptées.



Conclusion

Le milieu maritime constitue un monde dont les spécificités exposent une clinique des manifestations anxieuses particulières. La culture de métier chez les gens de mer consiste en partie en des stratégies collectives de défenses et d'adaptation au stress. Intégrer cette culture, les conditions particulières d'exercice, une temporalité et des relations interpersonnelles spécifiques sont les conditions nécessaires à une évaluation et une prise en charge adaptée.

> « Quand on a accompli quelque chose d'heureux en mer, petite croisière ou grand raid, Cap Horn ou îles d'Hyères, c'est d'abord parce qu'on a évité de faire ce qu'il ne fallait pas faire. C'est ensuite parce qu'on a fait ce qu'il fallait faire. C'est enfin parce que la mer l'a permis[8]. »

5 Jegaden, D., Delbrouck, P., Jego, C., Bihouix, A. et Lucas, D. (2022). *La santé mentale des Gens de Mer*. Books on demand.

6 Consulter le site internet du centre hospitalier universitaire de Toulouse afin de découvrir le centre de consultation médicale maritime (CCMM).

7 Consulter le site internet du centre hospitalier de Saint-Nazaire afin de découvrir le Centre ressource d'aide psychologique en mer (Crapem).

8 Deniau, J.-F. (s. d.). *La mer, source de vie pour l'homme*. Site internet de l'Académie de marine.

Christophe Gauld
Service de psychopathologie du développement de l'enfant et de l'adolescent, Hospices civils de Lyon
Institut des sciences cognitives Marc-Jeannerod, UMR 5229 CNRS
Université Claude-Bernard Lyon-1

Alexandre Heeren
Institut de recherche en sciences psychologiques, UCLouvain
Institut de neuroscience, UCLouvain
Fonds national de la recherche scientifique F.R.S.- FNRS

Jean-Arthur Micoulaud-Franchi
Service universitaire de médecine du sommeil, UMR CNRS 6033 Sanpsy
Hôpital universitaire de Bordeaux

Écoanxiété : adaptation et détresse environnementales au prisme de la philosophie de la médecine

La notion d'écoanxiété résume différentes souffrances psychiques associées aux conditions environnementales. Elle renvoie à une variété d'états de détresse vécus en réponse à la crise écologique[1]. Bien qu'utilisé quelques fois dans les milieux activistes et la presse grand public en lien avec des enjeux environnementaux dès les années 1990, le concept a surtout émergé dans la littérature scientifique internationale avec le philosophe australien de l'environnement, Glenn Albrecht, dans les années 2000. Celui-ci définissait l'écoanxiété comme un « sentiment généralisé que les fondements écologiques de l'existence sont sur le point de s'effondrer » se traduisant par « une inquiétude, non spécifique, concernant notre relation à nos environnements[2] ». On retrouve de nombreuses autres définitions allant d'« une peur chronique de la catastrophe environnementale[3] » ou d'une « anxiété ressentie en réponse à la crise écologique[4] » à une « appréhension et stress face aux menaces prévues pour les écosystèmes par le changement climatique[5] ».

Cette variété de définitions révèle la nature ambiguë et complexe de ce concept. L'écoanxiété est certes un « objet-frontière » – un concept commun à plusieurs mondes sociaux permettant « d'assurer un minimum d'identité au niveau de [leur] intersection, tout en étant suffisamment souple pour s'adapter aux besoins et contraintes spécifiques de chacun de ces mondes[6] ». Cependant, du fait même de cet ancrage dans le vaste champ des humanités environnementales[7], il apparaît important de mieux préciser son statut vis-à-vis de la santé mentale et de la psychiatrie : l'écoanxiété devrait-elle ainsi être pathologisée ou est-elle une réponse adaptative légitime (« normale ») face à une menace environnementale concrète ? La réponse à une telle interrogation nous mènera à une définition soutenue philosophiquement.

Importance de la délimitation entre normal et pathologique

Une juste démarcation entre normal et pathologique concernant l'écoanxiété comporte des implications cliniques, éthiques et de justice sociale. D'un point de vue clinique, le caractère pathologique ou de condition adaptative de l'écoanxiété pourrait aider à éviter les situations de surmédicalisation ou de sous-médicalisation. Sur le plan éthique, la reconnaissance d'une écoanxiété définie comme un phénomène d'ajustement à un milieu préjudiciable contribuerait à ne pas faire d'une telle condition une nouvelle catégorie diagnostique du répertoire de la psychiatrie, avec les enjeux de stigmatisation ou de saturation du système de santé qui en découlent. Enfin, en termes de justice sociale, il semble essentiel de reconnaître que certaines émotions écologiques peuvent conduire à une souffrance ou une incapacité décrite par un individu.

Réponses épistémologiques : conception hybride et conception normativiste

En philosophie de la médecine, certaines conceptions (dites « hybrides ») considèrent qu'un trouble est défini par une émotion dysfonctionnelle causant directement une détresse (ou une souffrance) pour un individu[8]. Certes, l'écoanxiété se traduit par une détresse. Cependant, cette détresse n'est pas nécessairement liée à une émotion dysfonctionnelle, que cette émotion ait ou non une proximité avec d'autres émotions déjà pathologisées[9]. En effet, une émotion négative peut être parfaitement appropriée dans un contexte néfaste. D'aucuns penseront au cas de la peur et de l'anxiété, dont la fonction première est de nous mobiliser face à de potentiels dangers. Il s'agit alors d'une réaction normale et hautement adaptative sur le plan de l'évolution. Dans ce cas, ce serait même le fait de ne pas avoir d'émotions négatives dans un contexte néfaste qui serait pathologique. Étant donné que ce critère d'émotion pathologique peine à clairement dissocier le normal du pathologique, cette conception hybride, axée sur la notion de dysfonction, semble peu opérante pour répondre à la question de la pathologisation de l'écoanxiété.

Dans une perspective dite « normativiste » de la philosophie de la médecine (qui ne s'appuie pas sur la notion de dysfonction, mais suggère de considérer des jugements de valeur et des facteurs sociaux pour juger du normal ou du pathologique), un trouble psychiatrique est défini comme une détresse qui limite potentiellement les capacités (ou « capabilités ») d'un individu. Cette limitation correspond à l'incapacité d'accomplir des objectifs considérés comme vitaux pour cet individu (par exemple, agir pour l'environnement) et d'atteindre ainsi son niveau de « bonheur minimal[10] ». La santé y est alors

1 Coffey, Y., Bhullar, N., Durkin, J., Islam, M. S. et Usher, K. (2021). Understanding eco-anxiety: A systematic scoping review of current literature and identified knowledge gaps. *The Journal of Climate Change and Health*, 3.

2 Albrecht, G. (2011). Chronic Environmental Change: Emerging 'Psychoteratic' Syndromes. Dans I. Weissbecker (Ed.), *Climate Change and Human Well-Being* (p. 43-56). Springer.

3 Clayton, S., Manning, C., Krygsman, K. et Speiser, M. (2017). Mental Health and Our Changing Climate: Impacts, Implications, and Guidance. *American Psychological Association and ecoAmerica*.

4 Pihkala, P. (2020). Anxiety and the Ecological Crisis: An Analysis of Eco-Anxiety and Climate Anxiety. *Sustainability*, *12*(19), 7836.

5 Cunsolo, A., Harper, S. L., Minor, K., Hayes, K., Williams, K. G. et Howard, C. (2020). Ecological grief and anxiety: The start of a healthy response to climate change? *The Lancet Planetary Health*, *4*(7) ; Coffey, Y., Bhullar, N., Durkin, J., Islam, M. S. et Usher, K. (2021).

6 Star, S. L. et Griesemer, J. R. (1989). Institutional Ecology, "Translations" and Boundary Objects: Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39. *Social Studies of Science*, *19*(3), 387-420.

7 Les humanités environnementales promeuvent ainsi une santé mentale « durable » fondée sur trois piliers développés par le conseil économique et social des nations unies : l'économie, l'écologie politique et la clinique environnementale.

8 Wakefield, J. (1992). The concept of mental disorder. On the boundary between biological facts and social values. *The American Psychologist*, *47*(3), 373-388.

9 Contreras, A., Blanchard, M. A., Mouguiama-Daouda, C. et Heeren, A. (2024). When eco-anger (but not eco-anxiety nor eco-sadness) makes you change! A temporal network approach to the emotional experience of climate change. *Journal of Anxiety Disorders*, 102, 102822.

décrite comme la capacité d'un sujet à réaliser ses buts vitaux, ce qui implique nécessairement de considérer les relations de l'individu à son environnement[11]. Le trouble apparaît dès que la limitation de la capacité est « potentielle » (Lennart Nordenfelt parle de « capabilité secondaire »), au sens où le sujet n'a plus la capacité d'agir du fait même de limitations internes (et non du fait d'une limitation liée à l'environnement).

Application de la conception normativiste à l'écoanxiété

Ainsi, dans l'optique normativiste, l'écoanxiété serait considérée comme un trouble si les capacités fonctionnelles et les objectifs vitaux d'un individu étaient dépassées, c'est-à-dire s'il n'était plus en mesure d'agir en faveur de l'environnement ou de l'écologie – cette action étant considérée comme l'un de ses buts vitaux. En termes philosophiques, il faudrait dire que l'individu décrivant une écoanxiété ne possède plus la capacité interne (ou « capabilité ») d'agir favorablement pour l'environnement afin d'atteindre un bien-être qu'il juge comme minimal (la capacité d'agir pour l'environnement étant une valeur appartenant au bonheur minimal subjectif du sujet) – capacité que le sujet aurait perdue du fait de sa détresse écologique. Ainsi, quand l'individu ne peut pas atteindre un de ses buts vitaux, à savoir protéger l'environnement, il y a deux possibilités : soit cette limitation est interne, comme une anxiété paralysante et non productive, et il y a alors pathologie ; soit cette limitation n'est pas interne, mais plutôt liée à un environnement qui échappe à son contrôle et alors il n'y a pas de pathologie.

La notion de limitation interne de capacité d'action est bien prise en compte dans la plupart des cadres théoriques et des échelles d'écoanxiété. Ceux-ci distinguent explicitement une écoadaptation (n'entraînant pas de limitation de capacité interne) d'une écodétresse (entraînant une limitation de capacité interne). Chez certains individus et dans certaines formes d'écoanxiété (s'exprimant, par exemple, sous forme de colère plutôt que de tristesse[12]), la détresse vécue est adaptative, c'est-à-dire qu'elle permet à ces individus de déployer des attitudes, intentions et comportements pro-environnementaux. Une écoanxiété adaptative n'aurait pas suffisamment d'impact sur l'individu pour dépasser ses capacités d'agir. En retour, ces attitudes, intentions et comportements, correctement déployés, lui permettront de diminuer sa détresse.

Au contraire, chez d'autres individus et dans d'autres formes d'écoanxiété, la détresse est limitante. Cette limitation correspond à une incapacité à déployer des comportement pro-environnementaux (éventuellement collectifs). Ce serait justement quand l'individu ne parviendrait plus à agir pour l'environnement qu'il tomberait dans la pathologie[13]. Par exemple, la tristesse d'un individu pourrait l'empêcher de produire les attitudes, intentions et comportements qui lui semblent bénéfiques pour l'environnement.

Synthèse

Cette inscription dans une perspective philosophique normativiste nous permet de proposer une définition originale de l'écoanxiété. Elle pourrait ainsi être définie comme un ensemble d'émotions écologiques induisant une détresse limitant potentiellement les capacités de l'individu et dont certaines déclenchent une réponse adaptative face à une menace environnementale réelle, donnant éventuellement lieu à des changements intentionnels, comportementaux ou environnementaux. Une telle définition implique que, sous certaines conditions liées aux limitations internes de capacité de l'individu, l'écoanxiété serait considérée comme pathologique. L'enjeu des recherches futures s'intéressant aux émotions écologiques sera de délimiter ces conditions.

Ouvertures

Il est important de préciser que cette pathologisation (conditionnelle) n'implique pas nécessairement une médicalisation. En effet, une condition considérée comme pathologique n'est pas nécessairement une condition qui doit être médicalisée. En fait, le cœur du problème lié à l'écoanxiété ne semble pas se concentrer sur son caractère normal ou pathologique, qui ne prend pas suffisamment en compte les enjeux environnementaux. Les défis se concentreraient plutôt sur les enjeux de sur ou sous-médicalisation de cette condition.

Au-delà de la pathologisation, décrite à un niveau individuel et impliquant la théorie de l'action[14] et la notion de capabilité[15], les enjeux liés à la médicalisation (ou à la non-médicalisation) de l'écoanxiété relèvent d'une réflexion qui dépend d'enjeux déployés au niveau collectif. Ne pas médicaliser l'écoanxiété nécessite de ne pas chercher à agir sur les comportements individuels, ni même à promouvoir des campagnes de médicalisation. Il serait plus approprié de considérer que l'écoanxiété relève plutôt de défis politiques et sociaux associés à ce domaine. Il s'agit de penser à la meilleure manière de rendre capable des comportements adaptatifs qui dépendent du collectif, à renforcer des liens de santé autour de la santé environnementale et à maintenir les capabilités, collectivement et de manière communautaire, par exemple en soutenant les services de promotion et de prévention de la santé. Ainsi, si la perte de capabilité est certes décrite au niveau individuel, l'action pour renforcer les capabilités des individus se joue au niveau des environnements. Il faudrait rendre ces derniers propices à la mise en place de capacités de gestion écologique (par exemple, en mettant en place des bornes de recyclage).

C'est en cela que le mot-valise d'« écoanxiété » fait se rejoindre la psychiatrie, la santé mentale et les champs de la santé environnementale, de l'écopsychologie, de la santé publique, des inégalités socio-économiques, des flux humains et de la géographie politique. La notion d'écoanxiété appelle à considérer les environnement sociaux, culturels et esthétiques favorables à la restauration des liens sociaux et au développement des initiatives collectives au quotidien – autant de réponses environnementales, populationnelles, sociales et communautaires nécessaires pour éviter d'aggraver l'insécurité écologique.

10 Nordenfelt, L. (2006). The Concepts of Health and Illness Revisited. *Medicine, Health Care and Philosophy*, *10*(1), 5-10.

11 Pörn, I. (1993). Health and adaptedness. *Theoretical Medicine*, *14*(4), 295-303.

12 Contreras, A., Blanchard, M. A., Mouguiama-Daouda, C. et Heeren, A. (2024). 102822.

13 Heeren, A. et Asmundson, G. J. G. (2023). Understanding climate anxiety: What decision-makers, health care providers, and the mental health community need to know to promote adaptative coping, *Journal of anxiety disorders*, 93.

14 Pörn, I. (1993). 295-303.

15 Nordenfelt, L. (2006). 5-10.

Alex
Pair-aidante en santé mentale

Céline Letailleur
Pair-ingénieure de recherche
Affreux, sales et méchantes

Entrelacements de pair-ceptions et de savoirs anxieux

Nos sensibles et nos perceptions du monde sont au cœur de cette contribution, sous forme de conversation ordinaire, et nous le revendiquons politiquement et épistémologiquement. Nous ne serons ni crues ni comprises ? Injustices épistémiques obligent, nous avons l'habitude. Nous constatons la professionnalisation et l'institutionnalisation de la pair-aidance, le développement croissant des formations à la médiation par les pairs et des recherches participatives. Nous décidons aujourd'hui de questionner une forme d'instrumentalisation des récits et des savoirs expérientiels au service de certaines finalités politiques. Nous observons une forme de dépolitisation de ces savoirs dans la production des connaissances[1]. L'injonction à l'efficacité produit du formatage utilitariste. L'utilisation sélective de savoir-faire expérientiels – boîte à outils d'amélioration des soins et des services pour devenir « une meilleure version de soi-même » – s'éloigne des revendications contestataires. Le choix de profils non conflictuels chez les pair-aidant·e·s invisibilise d'autres figures et reproduit une normalisation des discours, des pratiques et des épistémologies[2] qui commencent à nous inquiéter, à nous « anxiéter ». L'angoisse est politique. Comme la colère, elle est à l'intersection d'inégalités de genre, de race, de classe. Introduire les « savoirs d'anxiété » oblige à les reconnaître et à contester une autorité épistémique blanche, binaire, validiste et colonialiste. En écrivant cet article à deux, nous traversons des courants théoriques, des savoirs situés, des narratives, subaltern, mad, feminist, trans studies. Nous sommes des transfuges de classe, avec des privilèges, et nous reproduisons des inégalités épistémiques. Cette discussion ordinaire est un geste politique, une façon de « faire parler l'expérience[3] » en assumant nos liens amicaux et en mélangeant nos styles d'écriture, nos façons de résister à l'angoisse et de contrer la fabrique de la sériosité, gage absurde de la légitimité à penser.

Entre-tiens

Nous : *Ça fait quoi d'écrire pour* Rhizome *? C'est anxiogène ?*

Céline Letailleur :

Le directeur de publication de *Rhizome*, Nicolas Chambon, me l'a proposé. Nous travaillons ensemble pour la Haute Autorité de santé. Il a dû remarquer l'angoisse qui me tenaille d'être dans cette institution et qui impacte mes prises de parole. Il a peut-être senti que ces dernières, perçues comme agressives, ne le sont pas. Ce n'est qu'une fausse perception de mon anxiété sociale et de ma vigilance au tokénisme[4]. Je suis une « angoissée de la vie ». C'est une plaie dans mon cœur, je n'ai pas le choix. Pour en rire, une proche m'a offert un badge « *Anxiety is my cardio* ». J'ai surtout eu envie d'écrire avec toi car j'aime la malice, l'ironie et la critique constructive qui caractérisent nos échanges. Puis, le moment d'écrire est venu et là, l'angoisse !

Alex :

Écrire pour *Rhizome* ? Ça stresse, oui. Ce qui m'a aidé à me décider, c'est que nous avons des valeurs communes, des vécus similaires et je me sens plutôt rassurée de faire cet exercice avec toi. Je n'aurais jamais pensé un jour écrire un article avec une chercheuse dans une revue si sérieuse… Ah, le sentiment d'imposteur vient remplacer l'anxiété : ouf !

Nous : *L'anxiété, ça te parle ?*

Céline Letailleur :

Je ne m'approprie pas ce terme d'« anxiété ». Je parle d'« angoisse », de « peur », d'« hypervigilance ». J'ai fait de l'éducation thérapeutique sur les troubles de l'anxiété généralisée, la gestion du stress et de l'anxiété, ainsi que de la pleine conscience. J'ai repéré, puis me suis exposée à mes déclencheurs. Ce concept ne correspond pas aux états émotionnels que je traverse. Il ne traduit pas l'intensité, la complexité, la précarité économique, sociale, la discrimination, les traumas et le stress post-trauma qui se réveille constamment. L'angoisse amadouée me permet de mieux saisir les perceptions de la réalité, d'écouter mes intuitions et me sert de boussole. Elle me permet surtout d'être ultravigilante et réactive face à la domination et à la violence. La conception néolibérale du stress positif m'agace. Est-ce que je dois stresser pour performer ? Je ne vis jamais positivement l'anxiété. Je vis avec elle, héritée, chevillée au corps, depuis l'enfance. Elle me réveille et m'empêche de m'endormir. Elle peut m'empêcher de penser, de parler, mais, avec elle, je repère les personnes, les lieux, les situations dangereuses pour moi.

Alex :

Je l'ai subie longtemps sans que personne ne me l'explique. Famille et soignants me disaient : « *Il faut arrêter de stresser !* », « *Pourquoi tu te mets dans cet état ?* » L'anxiété serait une question de volonté et de responsabilité individuelle ? Des décennies après, je suis moi aussi passée par la case réhab'. Aujourd'hui, comme toi, cette anxiété devenue chronique, je la vois comme un signal qui vient me dire quelque chose. Quand je la ressens plus fort que d'habitude, je suis vigilante à mes besoins, à mes limites et à mon environnement. Alors je décortique pour avoir une vision

1 Hane, F. (2024). La prise en compte des savoirs expérientiels issus de la santé communautaire dans la santé publique : un rendez-vous manqué ? *Santé Publique*, *36*(3), 7-8.

2 Godrie, B. (2021). Intégration des usagers et usagères et extractivisme des savoirs expérientiels : une critique ancrée dans le modèle écologique des savoirs dans le champ de la santé mentale. *Participations*, 30, 249-273.

3 Chambon, N. et Picolet, É. (2024). (Faire) Parler l'expérience. *Cahiers de Rhizome*, 88-89.

4 Le tokenisme est un concept en sciences sociales qui fait référence à la pratique consistant à inclure un petit nombre d'individus d'un groupe défavorisé dans un groupe dominant, souvent pour créer l'apparence de la diversité ou de l'inclusivité, tout en maintenant la structure de pouvoir et l'arrangement social existants.

globale du contexte et je note mes stresseurs, j'essaie d'identifier mes biais cognitifs et de travailler ma flexibilité cognitive, mon lâcher-prise. Je me suis aussi dit que si je ne pouvais finalement pas écrire cet article, je pourrais toujours t'abandonner lâchement, que tu comprendrais parce que t'es une angoissée aussi, pas vrai?

Nous : ***Une recette magique pour gérer son anxiété ?***

Céline Letailleur :
J'aurais compris que tu abandonnes et, comme je suis une angoissée, j'ai même anticipé et me suis excusée de te faire vivre de l'anxiété. Parce que c'est ça l'anxiété, l'anticipation de tous les scenarii possibles, et surtout une sensibilité fine aux émotions des autres. Je ne gère pas mon anxiété comme je gère mon portefeuille d'actions. Je n'ai pas de portefeuille d'actions, mais je suis vigilante aux concepts et aux glissements sémantiques. Eva Illouz questionne la façon dont les normes capitalistes s'intègrent à nos vies émotionnelles : « La vie émotionnelle a besoin d'être gérée, contrôlée et placée sous le signe d'un idéal de santé. Toutes sortes d'acteurs sociaux et institutionnels rivalisent pour définir la réalisation de soi, la santé, la pathologie, faisant ainsi de la santé émotionnelle une nouvelle marchandise produite, mise en circulation et recyclée dans des lieux économiques et sociaux[5]. » La logique de marché derrière le développement-rétablissement personnel m'inquiète. Nous consommons un tas de produits thérapeutiques pour « gérer l'anxiété » et ?

Alex :
Je pense qu'il faut se méfier des promesses trop faciles. Ça demande du temps et de l'investissement de travailler sur soi, de se demander ce qu'on ressent, pourquoi on pense ce qu'on pense, de construire son propre esprit critique pour faire des choix éclairés, de questionner ses croyances, son éducation, le monde qui nous entoure (mécanismes d'oppression, enjeux de pouvoirs…) et ses injonctions sociétales (performance, beauté, idéal de vie, bonheur…). Ça demande parfois de revoir son entourage social aussi. Je pense que ça demande également aux professionnel·le·s de santé de faire exactement la même chose que nous.

Nous : ***À quoi doit-on être vigilant·e quand on est « patient·e » en service de réhabilitation psychosociale et que l'on nous dit que nous allons « travailler sur notre anxiété » ?***

Céline Letailleur :
Il y a un défi cognitif à venir frotter les évidences pour lutter contre le modèle de surindividualisation. La modélisation de l'individu néolibéral masque la violence nécessaire à cette construction et l'angoisse qu'elle crée. Travailler l'anxiété, c'est travailler ce que cette violence fait à notre perception du monde ; cette dissonance qui nous isole, nous sépare et nous rend indifférent·e aux autres[6].

Alex : Oui, actuellement, l'idée c'est la responsabilisation individuelle ; or on ne naît pas tou·te·s égales·ux, on ne favorise pas les mêmes compétences sociales chez les filles et les garçons, l'actualité (politique, écologique…) est source de stress. Cela joue sur l'état mental des personnes. D'accord, il y a les traumas, les personnalités parfois troublées, les neurodiversités à s'approprier, à concilier, mais pas évident dans un monde conçu pour les non-anxieux·ses valides et performant·e·s. « Posture », « réhab' », « rétablissement », « bienveillance » sont des mots qui recouvrent des réalités très différentes selon qui les emploie. Je serai donc vigilante à deux choses : prendre le temps de questionner ses biais, ses privilèges, et le sens des mots, mais il est également important de définir comment on le fait et… de le faire.

Nous : ***Est-ce que la « gestion » de l'anxiété passe aussi par des techniques dites « alternatives » ?***

Céline Letailleur :
Nous ne parlons plus du « nouvel esprit du capitalisme[7] » mais du « *new spirit* du *new age* » du capitalisme. Blague à part. Cela ouvre une réflexion sur ce qu'on définit aujourd'hui comme « alternatives » ; nous n'avons pas de définition commune ni d'appréhension sur la place des croyances et des spiritualités dans nos modes de vie. L'épistémologie de l'ignorance, dont parle le philosophe politique Charles Wade Mills, révèle comment le contrat social cache le contrat racial[8]. La rencontre de Benjamin Roux avec plusieurs collectifs expérimentant des rapports sociaux, politiques et des solidarités décalés des normes dominantes éclaire les difficultés à entendre les histoires « alternatives[9] ».

Alex :
Le rapport de la Miviludes[10] est alarmant en matière de santé. Je suis passée par la case « développement personnel », avec des pratiques à visées thérapeutiques dites « alternatives » et autoproclamées[11], parfois promues de bonne foi par du personnel (para)médical. Au-delà de l'emprise qui peut être une conséquence directe, ces « méthodes » peuvent aussi rallonger une errance diagnostique et faire passer à côté d'une prise en charge adaptée. Bien que le diagnostic psychiatrique ne soit pas la « solution miracle » non plus, il a l'avantage de faire perdre moins de temps et d'argent (à condition que la ou le médecin prenne le temps de l'expliquer et ne soit pas lui-même stigmatisant). L'idée du développement personnel, c'est de « se changer soi pour changer le monde ». Toutefois, c'est par la contestation des messages dominants et des actions collectives que nous avons acquis des droits sociaux et des meilleures conditions de travail. La réhab' devient le pouvoir en psychiatrie (et tant mieux vu d'où l'on part, vraiment), mais je pense qu'il ne faut pas cesser de la questionner.
Nous aurions encore beaucoup de choses à raconter, à essayer de comprendre et nous allons bien évidement continuer de notre côté. Nous espérons que cet article puisse commencer ou continuer à vous questionner, vous et le monde autour, qu'il vous permette d'écouter et d'entendre vos anxiétés, celles des autres et de raconter les vôtres. Nous vous passons le relais. C'est à vous.

5 Illouz, E. (2007). *Les sentiments du capitalisme* (p. 118). Seuil.

6 Nous vous invitons à lire, entres autres : Rafanell i Orra, J. (2011). *En finir avec le capitalisme thérapeutique.* Soin, politique et communauté. La Découverte.

7 Boltanski, L. et Chiapello, E. (2011). *Le nouvel esprit du capitalisme.* Gallimard.

8 Mills, C. (2023). *Le contrat racial.* Mémoires d'encrier.

9 Roux, B. (2018). *L'art de conter nos expériences collectives, faire récit à l'heure du storytelling.* Éditions du commun.

10 Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (2021). *Rapport d'activité.*

11 Libre Influence (2021, 29 octobre). *Thérapies et alternatives ? - Épisode 4 : L'effet Placebo* [vidéo].

Paloma Hernandez
Psychologue clinicienne, psychothérapeute spécialisée en psychotraumatologie, *Maison d'Ella*
Doctorante en psychologie, UMR U1319 Inspiire, *Université de Lorraine*
Chargée d'enseignement en licence de psychologie,
Université de Bordeaux et IRTS de Bordeaux

De l'expérience traumatique aux pensées anxieuses

Chez l'individu, la traumatisation chronique est souvent liée à la répétition de situations de violence interpersonnelle, dont il est difficile, voire impossible, de s'échapper. C'est notamment le cas des femmes victimes de violences accompagnées par la Maison d'Ella et qui ont, pour la plupart, été exposées par le passé à des violences intrafamiliales, des violences sexuelles, des négligences ou des maltraitances. Les premières recherches sur l'adversité et les expériences difficiles vécues dans l'enfance (*Adverse childhood experiences*, ACEs) démontrent clairement que subir une accumulation d'événements traumatiques, potentiellement traumatiques ou nocifs pendant l'enfance et l'adolescence a des conséquences psychopathologiques variées sur les enfants victimes, ainsi que sur les adultes qu'ils deviendront[1]. Ces conséquences, en termes de santé mentale et physique, vont au-delà de la simple présence de l'état de stress post-traumatique (ESPT) décrit par le DSM-5[2], qui est souvent un cadre d'évaluation trop restrictif. Ces dernières vont affecter profondément le développement normal de soi chez l'enfant et l'adolescent et perturber non seulement leur développement psycho-affectif, cognitif, identitaire mais aussi la construction de leur estime de soi[3], pouvant les amener à intégrer dans la pensée une normalisation de la violence. Ce type de traumatisation est souvent associé à la répétition de violences interpersonnelles impliquant des figures d'attachement. Les troubles de l'attachement qui en découlent se traduisent par une perte profonde du sentiment de sécurité et de sûreté personnelle, une diminution de la capacité à exprimer sa curiosité et à explorer le monde, une altération du développement émotionnel et social, ainsi que des difficultés dans les relations affectives futures[4]. Ces troubles peuvent affecter la capacité à mobiliser ses ressources ou à demander de l'aide en cas de crise. En somme, toute l'identité de l'individu est affectée. La non-prise en charge des syndromes psychotraumatiques à la suite de l'exposition à des violences peut amener les personnes à renouer des relations d'attachement insécures, mobiliser des stratégies d'évitement ou des processus dissociatifs, avoir des pensées anxieuses, subir un état de sidération fréquent ainsi qu'une altération de la vigilance et des réactions.

Toutefois, notons bien que les femmes victimes de violences, et les patients de manière plus générale, sollicitent rarement un soignant pour une demande directe de syndrome post-traumatique du fait de l'indicibilité même du trouble[5] : ils viennent davantage solliciter le système de soins pour ce qu'on appelle encore les « comorbidités » liées à ce trouble tels qu'aux premiers rangs le trouble dépressif majeur ou les troubles anxieux. Ce phénomène est sans doute la raison première pour laquelle encore trop de patients se voient poser de nombreux diagnostics et étiquettes qui ne leur parlent pas forcément, car ceux-ci ne reflètent pas complètement leur histoire et leur souffrance. C'est le cas pour la plupart des femmes que nous accompagnons à la Maison d'Ella, qui, avant de se voir poser un diagnostic d'ESPT, ont souffert d'errance médicale. La majorité d'entre elles arrivent alors avec des traitements (tels que des antidépresseurs, des somnifères, des anxiolytiques) davantage en lien avec les comorbidités de l'ESPT qu'avec le trouble en lui-même. L'ESPT, lui, nécessite une approche psychothérapeutique spécifique. Cela implique des années pendant lesquelles les femmes souffrent en silence et entendent à répétition des violences de la part des différents acteurs avec lesquelles elles sont en lien, tels que des professionnels de santé, « vous n'avez rien, tout est normal ».



Les symptômes en lien avec le trouble anxieux présents chez nos patientes sont multiples et très variés tant sur le plan psychologique que physique. Elles souffrent d'une peur irrationnelle et persistante face aux situations quotidiennes, notamment celles qui impliquent une nouvelle tâche à accomplir, d'une inquiétude quant à la projection future.

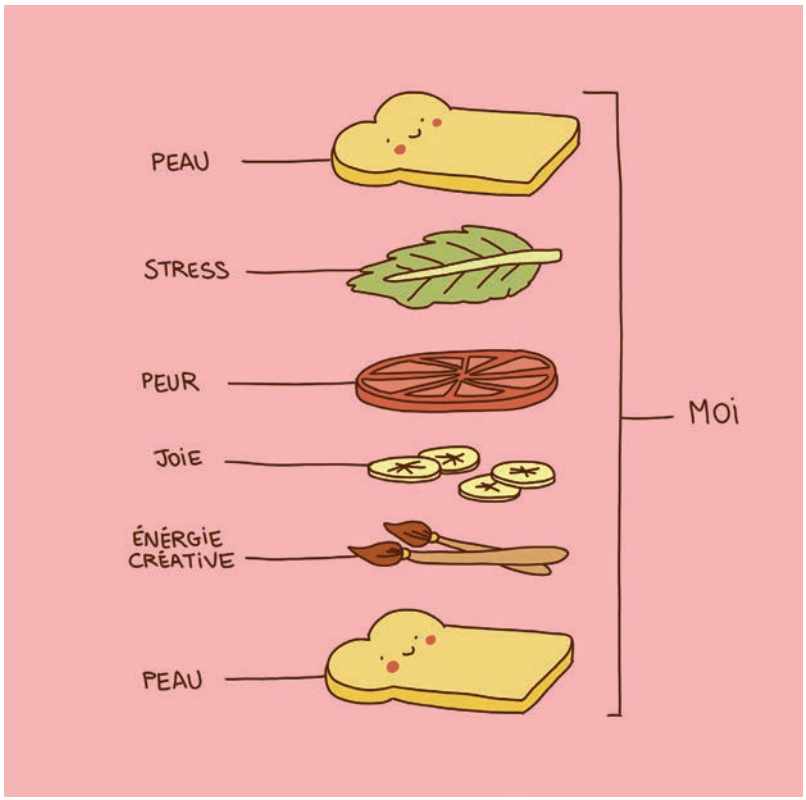
1 Dufour, S., Clément, M.-È., et Trocmé, N. M. (2019). *La violence à l'égard des enfants en milieu familial*. Les éditions CEC.

2 American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM 5* (5e éd.).

3 Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A. et Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 4.

4 Tarquinio, C., et Auxéméry, Y. (2022). Chapitre 5. Le traumatisme complexe. Dans C. Tarquinio et Y. Auxéméry (dir.), *Manuel des troubles psychotraumatiques* (p. 143-173), Dunod.

5 Tarquinio, C., et Auxéméry, Y. (2022).



Elles souffrent, de même, d'émotions désagréables envahissantes et de douleurs physiques handicapantes. Ces manifestations physiques prennent la forme de troubles psychosomatiques et surviennent en raison d'un état d'anxiété prolongé dans le temps. En raison de la connexion entre l'esprit et le corps, les pensées anxieuses peuvent être déversées sur le corps sous forme de douleurs chroniques dorsales et cervicales, des maux d'estomac ou de tête, des problèmes articulaires, respiratoires et autres. L'ensemble de ces symptômes sont récurrents chez nos patientes.

Au-delà des somatisations, de l'appréhension douloureuse à s'exposer à un potentiel danger et de l'hypervigilance qu'elles ressentent inlassablement, on retrouve également dans la symptomatologie du trouble anxieux une forte irritabilité et une agitation constante. Les pensées anxieuses chez les femmes victimes de violences sont la plupart du temps liées aux préoccupations futures ainsi qu'aux relations qu'elles entretiennent avec les autres. Elles prennent la forme suivante : « *Que va-t-il m'arriver ?* » ; « *Va-t-on réellement me croire ?* » « *À quel moment va-t-il me faire mal ?* » Ces pensées sont similaires aux distorsions cognitives ou aux cognitions négatives que nous retrouvons chez les personnes diagnostiquées d'un psychotraumatisme. Elles sont en réalité une pensée automatique irrationnelle et contre-productive qui entretient généralement des émotions négatives (le stress, la colère, l'anxiété, la culpabilité…). Ces dernières sont le plus souvent construites à la suite d'expériences adverses dès le plus jeune âge et conditionnées par les dires des autres.

La personne anxieuse développe une grande vigilance vis-à-vis des situations susceptibles de réactiver l'insécurité ressentie dans le passé. Elle met en place des stratégies permettant d'affronter les situations anxiogènes (se faire accompagner par exemple ou ne pas s'y confronter) et répète des comportements de façon ritualisée et stéréotypée visant à calmer l'angoisse. Certains moments et contextes de vie tels que des procédures judiciaires en cours, une séparation, l'état de santé d'un enfant ou les difficultés financières qu'elles traversent les rendent ainsi plus vulnérables à développer de l'anxiété. La fréquence, l'intensité et les impacts de cette dernière sur la vie de la personne peuvent contribuer à en faire un symptôme, voire un trouble psychique.

L'anxiété fait ainsi partie des souffrances psychologiques « normales » et réactionnelles aux événements de vie. Néanmoins, dans le cas des femmes victimes de violences, nous oublions que ces souffrances détiennent toutefois des liens intimes avec le trauma et l'histoire de vie.

Suivant l'évolution du TSPT et le contexte de vie de la personne, les symptômes associés collectivement au trauma, tels que les flash-back, les reviviscences ou les évitements spécifiques à certaines situations, s'estompent au cours du temps et sont camouflés par des processus dissociatifs permettant de mettre l'individu à distance d'un vécu douloureux. La dissociation permet de laisser de la place aux syndromes considérés encore trop souvent comme des « comorbidités » ou des « complications », alors qu'il s'agit d'authentiques formes cliniques post-traumatiques dans le sens où ces symptômes d'anxiété caractérisée (l'anxiété de séparation, les troubles de panique) gardent une proximité très forte avec l'événement traumatique. Au gré des fluctuations des symptômes, ces multiples expressions du trauma ne sont pas toujours en phase et la problématique de fond psychotraumatique peut se révéler plus ou moins apparente, voire pas du tout, en particulier s'il n'y a pas de reviviscences actives qui pourraient donner des indications au soignant sur l'origine de cette anxiété. Chez les femmes victimes de violences, l'anxiété n'est alors qu'une face visible de la richesse de la séméiologie du TSPT. On comprend mieux aujourd'hui, au vu de la similitude des critères diagnostiques entre le trouble anxieux et l'ESPT, la raison pour laquelle l'ESPT a longuement été considéré comme un trouble anxieux et ce, jusqu'au DSM-4. Il me paraît alors dorénavant essentiel de questionner la nature et l'origine des angoisses avant d'établir un quelconque diagnostic.

Cette exploration précoce permettrait d'accompagner au mieux les patients et d'établir un diagnostic adéquat. Cela demande au clinicien de penser au-delà des symptômes immédiats du patient (attitudes, pensées anxieuses, comportements inadaptés et réponses émotionnelles de défense) et de s'inscrire dans une dynamique psychopathologique et psychothérapeutique organisée. Il est impossible d'avancer dans un travail de psychothérapie avec cette population fragilisée par les événements de vie, sans une stabilisation adéquate et solide fondée sur l'alliance thérapeutique et la psychoéducation. Ce socle solide permettra par la suite une prise en charge plus qualitative. ◗

Mathilde Gardin
Psychologue psychothérapeute
Centre régional du psychotraumatisme de Lyon
Pratique libérale

L'anxiété dans le trouble de stress post-traumatique complexe

L'anxiété dans le trouble de stress post-traumatique complexe (TSPT-C) est à la fois un symptôme provoqué par le trouble lui-même et une comorbidité associée au trouble. Dans ce sens, elle peut également être un trouble à part entière s'étant développé, de façon consécutive ou non, au TSPT-C. Dans cet écrit, nous nous concentrerons uniquement sur l'aspect symptomatologique et comorbide de l'anxiété.

Comment définir un TSPT-C ?

Actuellement le TSPT-C n'est défini que par la CIM-11[1] et n'est pas encore présent dans le DSM-5. « Le trouble de stress post-traumatique complexe (TSPT complexe) est un trouble qui peut apparaître après une exposition à un événement ou à une série d'événements de nature extrêmement menaçante ou terrifiante, le plus souvent prolongés ou à des événements répétitifs dont il est difficile ou impossible de s'échapper (par exemple, la torture, l'esclavage, les campagnes de génocide, la violence domestique prolongée, les abus sexuels ou la maltraitance physique sur des enfants)[2]. » Le TSPT-C est un trouble défini par les mêmes symptômes principaux que ceux d'un TSPT simple auquel s'ajoutent trois domaines, qui ont une sévérité importante dans le TSPT-C. Le premier domaine est celui de la dysrégulation émotionnelle. Cette dernière se traduit soit par le fait de ressentir des émotions ou des sentiments forts et intenses tout en ayant des difficultés à s'autoréguler, soit, à l'inverse, par l'absence d'émotions ou de sentiments dans des situations où il semble nécessaire d'en ressentir. Le deuxième concerne les croyances négatives ou dévalorisantes à propos de soi-même. Celles-ci peuvent se traduire par le fait de croire que l'on n'a pas de valeur, que l'on est en échec ou que l'on est vulnérable et s'accompagnent de fortes émotions ou sentiments de honte, de culpabilité ou de rage. Le troisième est celui des problématiques dans le lien à l'autre et notamment les difficultés à développer une intimité et à se sentir proche.

L'anxiété dans ma pratique actuelle

Dans ma pratique actuelle, hospitalière ou libérale, les personnes souffrant d'un TSPT-C que je rencontre montrent une précarité conséquente, inhérente aux expériences traumatiques vécues. Celle-ci est également en lien avec les impacts psychosociaux des symptômes auxquelles elles sont confrontées. En effet, dans le cas de violences conjugales ou encore de maltraitance infantile, vivre des traumatismes entraîne des conséquences au niveau social, financier, scolaire ou professionnel. Les traumatismes et le système de stress qui en découle impactent l'apprentissage ou encore la capacité à travailler. Les violences économiques, par exemple, peuvent complexifier la possibilité d'avoir un travail, un logement ou de l'argent pour soi. Ainsi, même lorsque les personnes arrivent enfin à sortir des environnements maltraitants, les conséquences de leurs symptômes sont l'isolement, l'incapacité à travailler correctement ou à retourner au travail, la rupture de prise de soin de soi ou l'absence de logement. Ces facteurs créent de la précarité, mais peuvent aussi maintenir les personnes dans des relations abusives, voire rendent possible le fait qu'elles se retrouvent dans de nouvelles relations violentes. En effet, une personne a plus de risque de rencontrer un·e partenaire violent·e si elle n'a connu que cela dans le passé, ou en l'absence de soin. Il s'agit alors d'une double souffrance pour ces personnes qui, souvent, après avoir vécu des années de désespoir, continuent de vivre au quotidien enfermées dans la perception que le bonheur ne sera plus jamais possible. Cette précarité entraîne notamment des symptômes anxieux ou le trouble anxieux comorbide.

Le fait d'avoir vécu un événement traumatique peut amener la personne à se questionner sur différents sujets, tels que son futur – et plus spécifiquement sur la potentialité qu'elle aura de revivre cet événement ou d'autres – ; l'éducation de ses enfants ; l'obtention d'un travail stable, constant, suffisamment intéressant – et non juste pour survivre – ; ou le lien à l'autre – notamment au regard de ce que les autres peuvent penser d'elle, sa possibilité d'avoir des ami·e·s ou de trouver de l'amour. Dans ces conditions, avoir un logement peut également s'avérer complexe, notamment si la personne n'a pas d'argent du fait de l'absence de travail stable.

Quand une personne a vécu des événements horribles et répétés pendant plusieurs jours, mois ou années, alors, à ses yeux, il devient une certitude que ceux-ci vont se reproduire, ou encore que la suite de son existence sera très difficile. Ces ressentis s'accompagnent très régulièrement d'un sentiment de désespoir. Ces croyances dysfonctionnelles sont adaptées à un contexte violent mais deviennent inadaptées au quotidien.

Ainsi, la lutte, la fuite et le figement sont des stratégies que les personnes peuvent mettre en place en réponse à un sentiment d'anxiété vis-à-vis du futur. Celles-ci sont également perceptibles au sein du mécanisme neurobiologique du stress. En cela, nous sommes dans le champ de la survie qui sera donc inadapté aux contextes du quotidien. Un sentiment d'insécurité s'installe alors, renforçant l'anxiété des personnes. Concernant la stratégie d'évitement en lien avec la dysrégulation émotionnelle, nous retrouvons des pratiques addictives permettant de la réguler. La

1 Mokaddem, Y., Melin, N., Bensadon, M., Dubois, J., et Rey, G. (2020). Traduction française de la 11e révision de la Classification internationale des maladies (CIM-11). *Revue d'épidémiologie et de santé publique, 68*(1), S38.

2 Mokaddem, Y. et al. (2020).

substance psychoactive est alors un outil d'anesthésie émotionnelle. La stratégie d'évitement de certaines situations (telles que le fait d'avoir du lien social et un travail, ou de sortir dans la rue) limite le risque de perpétuer des événements passés similaires. La stratégie de figement va faire entrer la personne dans un état de dissociation ou d'effondrement face à son ressenti ; les pensées seront confuses, floues et le contexte est peu mis en perspective. Les personnes vont donc être dans un immobilisme qui les empêchera de sortir de la situation de précarité. D'une part, dans le cas de lutte, nous rencontrons plutôt des situations traumatiques qui se répètent notamment au regard de conduites de mise en danger. Par exemple, une patiente ayant vécu des violences sexuelles m'a relaté qu'elle sortait le soir tard afin de revoir son ancien agresseur. Celui-ci lui demande, en manipulant des affects, de le rejoindre au milieu de la nuit. Cela doit être envisagé comme une manière, pour elle, d'être en action et une tentative de « contrôler la situation » face à laquelle elle se sentait impuissante. D'autre part, le fait d'avoir vécu de nombreux traumatismes engendre une zone de tolérance de l'émotion plus restreinte. En effet, de mauvaises expériences sont réactivées lorsque les personnes ressentent certaines émotions (telles que la honte, la colère, la tristesse ou la peur). Nous pouvons également pointer une carence dans l'apprentissage de la régulation émotionnelle et, enfin, une augmentation de l'intensité émotionnelle, rétrécissant donc sa supportabilité comme conséquence de l'évitement. Il est intéressant de noter que l'anxiété et les stratégies mises en place pour soulager celle-ci dans le TSPT-C entretiennent et renforcent les situations de précarité des personnes. C'est pourquoi le travail sur l'anxiété, et plus généralement sur les émotions, dans la prise en charge du TSPT-C est majeur.

Présentation d'un cas sur l'anxiété dans le TSPT-C

Au regard de mon expérience professionnelle, l'anxiété, dans le TSPT-C, est une conséquence d'une trace physiologique d'émotions et de pensées dysfonctionnelles. Lorsque nous investiguons avec mes patient·e·s autour de cette anxiété, nous percevons qu'elle est la résultante d'une activation émotionnelle intense avec des croyances négatives liées à cette émotion ou à la situation déclencheuse. Il peut parfois s'agir de ces deux causes cumulées ou d'une tentative d'évitement de cette dernière. Prenons l'exemple d'une situation rencontrée en entretien. Je pense à une patiente qui avait vécu des violences conjugales ainsi que des violences intrafamiliales et qui semblait avoir un TSPT-C avec des symptômes anxieux présents. Elle avait une estime d'elle-même faible avec une dysrégulation émotionnelle importante. En évoquant une situation où elle s'était sentie anxieuse, nous avons pris conscience qu'avant ce ressenti elle avait eu des pensées critiques envers elle-même : « Tu es nulle, tu aurais dû… » Cette situation et ces pensées l'ont amenée à ressentir de la honte ainsi que de la tristesse au-delà du tolérable pour elle. Elle a cherché à se dissocier de ses émotions car elles réactivaient ses traumatismes et risquaient de provoquer une situation où elle aurait été en crise, avec potentiellement une très forte souffrance. À ce moment-là, l'anxiété est arrivée et a été ressentie pendant plusieurs jours jusqu'à ce que nous puissions évoquer cette situation et la traiter ensemble, en séance. Cela lui a permis de ressentir ses émotions et de lui apporter une perception plus juste.

Quelles possibilités thérapeutiques pour l'anxiété dans le TSPT-C ?

Actuellement, dans ma pratique, qu'elle soit libérale ou hospitalière, j'utilise les mêmes processus psychothérapeutiques afin de permettre aux personnes d'apprendre à vivre avec l'anxiété symptomatologique ou comorbide au TSPT-C. Les étapes principales sont la psychoéducation, l'apprentissage d'outils de régulation émotionnelle et la stabilisation en mettant en place ces outils. Puis, en séance, nous exposons les patient·e·s à l'anxiété ressentie pour leur apporter une réexpérimentation sécurisante du sentiment d'anxiété vécu pendant l'expérience traumatique avec une réponse thérapeutique adaptée. Tout cela permet de réinscrire, de façon mnésique et différente, l'expérience émotionnelle avec des pensées et des comportements associés plus justes pour la personne.

La psychoéducation a un rôle essentiel dans le travail thérapeutique sur l'anxiété, elle permet d'apporter trois éléments fondamentaux à mes yeux. Le premier élément est une régulation autour de ce qu'est l'intérieur, car les patient·e·s psychotraumatisé·e·s anxieux·ses en ont une phobie. L'intérieur c'est le traumatisme, l'anxiété. Ce sont les ruminations, les flashs, les sensations ainsi que les émotions corporelles intenses. Alors expliquer, c'est relancer la curiosité, l'exploration, mais aussi mettre en mots des petits bouts informes ensemble pour en faire une représentation plus assimilable et régulable par le cerveau. Le second élément est l'alliance thérapeutique, car ce sont des personnes qui n'ont pas toujours eu la chance de se sentir comprises, écoutées, prises en considération. Prendre le temps d'évoquer, c'est déjà amener du soin. Le troisième élément est l'autoobservation, aidant la personne à commencer à prendre conscience de certains symptômes. Cela lui permettra d'avancer dans le soin de ces derniers et donc de briser le cercle vicieux existant autour des stratégies qui entretiennent certains facteurs de précarité.

La régulation émotionnelle et l'apprentissage d'outils permettent de faire vivre l'expérience émotionnelle différemment. Dans le cas de l'anxiété dans le TSPT-C, il est fondamental de pouvoir les mettre en place et de mobiliser le·a patient·e pour les utiliser au quotidien. La stabilisation fait partie de l'apprentissage de la régulation émotionnelle et c'est la répétition de ces expériences de possibilité de régulation, mais également de prise de conscience et de compréhension, qui amène à sortir de certains aspects psychosociaux complexes. Enfin, l'exposition aux émotions dans un cadre sécurisé, et notamment à l'anxiété, permet une inscription différente de l'expérience émotionnelle avec la nécessité de changer les perceptions (les pensées). La répétition de ces expériences, avec la contenance du thérapeute et le changement cognitif, développe un lien à l'anxiété qui sera plus tolérable et régulable. Il n'y aura donc plus la nécessité de stratégies dysfonctionnelles aggravant la précarité des personnes ayant un TSPT-C.

dcaius
Auteur du blog « Survivre & s'épanouir »

Partager les savoirs, reconnaître le stress post-traumatique complexe

Rhizome : ***Sur votre blog, vous abordez la question du soin du trouble de stress post-traumatique complexe (TSPT complexe). Comment en êtes-vous venu à traiter cette thématique ?***

dcaius :
En 2016, j'ai cherché des informations sur le TSPT complexe. Cela m'a fait remarquer que peu d'informations étaient disponibles en français. Lisant l'anglais confortablement, j'ai acheté un certain nombre d'ouvrages qui traitaient du trauma et j'ai lu également des travaux de recherches plus avancés sur ce thème, réalisés aux États-Unis[1]. M'étant reconnu dans ces lectures, j'en ai parlé à mes soignant·e·s en amenant mes notes à mes rendez-vous psychiatriques et infirmiers. Cela m'a permis de leur montrer les problèmes que je rencontrais. Puis, j'ai pensé que d'autres personnes, qui ne sont pas anglophones, pouvaient également avoir besoin de ces informations. J'ai donc décidé de les diffuser sur internet en créant un blog. Ce dernier m'a notamment permis de publier mes propres traductions des lectures qui abordaient la question du TSPT complexe. Au fur et à mesure, j'ai publié d'autres articles qui présentaient plus spécifiquement mes réflexions autour des enjeux du trauma et plus largement des neurodivergences – à défaut d'avoir un meilleur mot pour les qualifier. J'ai aussi beaucoup écrit au sujet de l'autisme et du handicap, plus largement.
Au-delà de mes propres recherches, et au vu de mon parcours de soin qui est ce qu'il est, être en contact avec des soignant·e·s m'a donné certaines connaissances en psychiatrie. Toutefois, je constate des effets iatrogènes du soin qui ont brisé beaucoup de choses dans ma vie – les soignant·e·s n'étant pas les seul·e·s fautif·ve·s vis-à-vis de ce ressenti.
Avant même mes 13 ans, à la suite d'un événement très traumatisant, mes parents m'ont amené en pédopsychiatrie. Ayant une histoire familiale compliquée avec la psychiatrie, un diagnostic du trouble de la personnalité ainsi qu'un traitement médicamenteux m'ont rapidement été donnés. Aucun·e soignant·e n'a mentionné le TSPT complexe alors même que je présentais le tableau clinique complet y correspondant. J'ai compris cela suite à mes lectures en autodidacte. J'ai vécu une expérience extrêmement traumatisante sans avoir reçu ni l'aide ni la protection dont j'aurais eu besoin. Au lieu de m'entendre dire que les symptômes que je présentais – soit le fait d'avoir des tocs, des problèmes de sommeil, et notamment des insomnies, ou de ressentir de l'anxiété – étaient des réactions logiques et cohérentes de mon organisme au regard de ce que j'avais vécu, on m'a simplement expliqué que j'avais « une espèce de maladie incurable un peu mystérieuse ».

Rhizome : ***Pouvez-vous nous dire pourquoi vous qualifiez votre parcours de soin de « iatrogène » ?***

dcaius :
À l'époque, des médicaments thymorégulateurs m'ont été prescrits en pédopsychiatrie alors même que j'étais très jeune, que je présentais le tableau clinique d'une personne qui survivait à un trauma et qui n'était pas accompagnée dans ce vécu. J'ai pris des médicaments pendant un peu plus de dix ans, soit de mes 14 à mes 25 ans, ce qui n'a pas été sans conséquences. En effet, ces médicaments ayant des effets sédatifs, je ressentais beaucoup de fatigue le matin et j'avais donc du mal à me lever. Mon entourage, ma famille et moi-même en avions conclu que ce problème illustrait le fait que je ne faisais pas preuve d'assez de volonté, ou alors que je ne me couchais pas assez tôt. Ainsi, pour résoudre ceci, ce qui m'a été renvoyé était qu'il fallait juste que j'y mette plus du mien. Je n'ai pas arrêté de prendre ce traitement puisqu'on m'avait transmis l'idée que cela aurait été dangereux. Je ne me rendais pas bien compte des effets, l'ayant commencé si jeune et à un moment où j'étais si déstabilisé. Puis, à l'âge de 25 ans, et après avoir pris ces médicaments pendant presque une décennie, j'ai réalisé que ce problème de fatigue était en réalité un effet secondaire des médicaments. Lors de cette prise de conscience, je me suis demandé pourquoi personne n'avait envisagé ou ne s'était rendu compte que la fatigue que je ressentais pouvait être un effet secondaire de ce traitement ? Mais aussi, pourquoi personne ne m'avait jamais bien informé de ces effets secondaires ?

Une autre conséquence de cette prise de médicaments est d'ordre neurologique. Les ayant pris très jeune, cela a impacté mes possibilités scolaires et m'a ralenti de manière générale. Ces médicaments m'ont également provoqué beaucoup de ressentis de dissociation. Ceux-ci, déjà majeurs après avoir vécu un trauma, ont été amplifiés par les effets des médicaments sédatifs. J'avais toujours l'impression d'être complètement à côté de mon corps. Par ailleurs, j'essaie toujours de ne pas être dissocié actuellement. Après avoir vécu la majorité de ma vie en fuyant mon corps, il m'est toujours extrêmement difficile de l'habiter pleinement. J'ai des douleurs chroniques directement liées à cela.
Ce traitement médicamenteux raconte la vision très simplifiée des problèmes complexes que je présentais, qui n'ont pas été appréhendés avec une nuance nécessaire ni par les personnes qui m'ont accompagné, ni par moi-même par manque de recul. De plus, nous ne pouvons pas parler de consentement éclairé de ma part à cette période-là de ma vie. Les

1 Walker, P. (2022). *Workbook on complex PTSD: from surviving to thriving, a guide and map for recovering from childhood trauma.* BookMaster ; van der Kolk, B. (2020 [2015]). *Le Corps n'oublie rien* (traduit par A. Weill et Y. Wiart). Albin Michel ; Bancroft, L. (2003). *Why does he do that? Inside the minds of angry and controlling men.* Berkley Books ; Donaldson-Pressman, S. et Pressman, R. M. (1997). *The narcissistic family: diagnosis and treatment* (1st ed.). Jossey-Bass.

rouages dans lesquels notre société évolue ne sont pas axés sur le consentement. Ce concept est considéré comme un détail alors qu'il devrait être un fondement de la société. Je n'avais pas conscience de tous les effets et des conséquences liés à cette prise de médicaments, que je paye toujours aujourd'hui.
Je me souviens également avoir répondu une fois à une question complètement déplacée que m'avait posée une psychiatre qui travaillait au sein d'un centre médico-psychologique (CMP). C'était notre premier rendez-vous. Après lui avoir expliqué que j'avais un vécu d'agression sexuelle et de viol au cours de mon adolescence, elle m'a demandé s'il y avait eu un flirt. Sur le coup, j'étais tellement choqué que j'ai répondu à sa question. Puis, je me suis demandé pourquoi j'avais dû lui expliquer cela ? Pourquoi m'avait-elle posé cette question ? Cette situation était vraiment ahurissante. À l'opposé, j'ai rencontré des personnes qui, d'une part, étaient à l'écoute et, d'autre part, prenaient au sérieux ce que je pouvais amener comme discernement sur mes expériences tout en me faisant part de leurs retours. J'ai notamment un excellent souvenir d'une infirmière psychiatrique dans le même CMP, qui avait une qualité d'écoute, une gentillesse et un discernement rare. Le facteur de chance auquel nous sommes confronté·e·s dans l'accompagnement et le soin que nous recevons n'est pas normal. Le fait de pouvoir exprimer nos propres besoins en termes de soin est aussi souvent mal accueilli puisque cela convoque l'égo de la personne que nous avons en face de nous. Il y a donc beaucoup de gymnastique à faire afin de ménager suffisamment l'égo d'autrui tout en exprimant ce dont nous avons besoin.

Le système de soin peut échouer à aider quelqu'un, voire aggraver sa situation. Lorsque je raconte mon parcours de vie, je remarque qu'il est compliqué, pour certaines personnes, de prendre la mesure de cela, car c'est une source de désillusion. Par conséquent, pour exempter le système, certaines d'entre elles préfèrent parfois même croire que c'est l'individu concerné qui a des problèmes. Dans mon cas, le fait que les impacts du traumatisme n'aient pas été pris en compte a eu des conséquences catastrophiques. Cela raconte les idéologies qui existent, mais aussi comment les personnes fragilisées par des événements de vie sont considérées et comment cela est abordé avec elles.
Alors, nous pouvons nous demander pourquoi les personnes sont réticentes à l'idée d'être considérées comme malades ? Cela est dû à la manière dont ces personnes sont traitées. Là est une partie du problème. En tant que société, nous pourrions nous organiser pour qu'un diagnostic ne soit pas un élément excluant. La manière dont certains diagnostics sont pathologisés crée de l'isolement, ce qui est contre-productif car, si l'on prend l'exemple d'une personne traumatisée, celle-ci peut déjà avoir adopté une posture d'évitement ou d'isolement.

Je tiens à souligner que l'isolement est aggravant et nous touche à tous les niveaux en tant qu'êtres humains. En effet, nous ne sommes pas des îles, isolées, mais fondamentalement des êtres sociaux. Nous ne pouvons pas survivre uniquement avec nos propres moyens. Cela peut paraître évident lorsque nous pensons à des personnes ayant des limitations très concrètes en termes de handicaps, par exemple. Ainsi, nous nous rendons compte assez rapidement que nous avons besoin des autres et cela peut être difficile parce que nous ne recevons pas systématiquement la considération dont nous avons besoin. Malgré tout, je pense qu'il est vraiment important de ne pas se résigner, ce qui est plus facile à dire qu'à faire. Il importe donc de trouver des personnes qui ont à cœur de construire des solidarités, qui ont une véritable préoccupation envers autrui et qui ne se concentrent pas uniquement sur l'utilité, et la rentabilité en quelque sorte, qu'un individu peut apporter. Il me semble également absolument crucial de remettre en question l'idée qu'il faille absolument se rendre utile pour avoir le droit d'exister. Certaines personnes ne sont pas en mesure d'être « utiles » et ne sont pas en capacité de produire du capital. Elles ont tout de même droit au respect, le droit d'exister, d'être soutenues et d'avoir leur place au sein de la société.

Rhizome : ***Diriez-vous que l'un des enjeux majeurs actuels est de produire des réponses sociales et sanitaires plus sécurisantes pour les personnes ?***

dcaius :
Le contexte est particulièrement éloquent au sujet des peurs – de l'autre, par exemple – qui se cristallisent et sont instrumentalisées. L'argument de la sécurité est beaucoup utilisé pour aiguiller les personnes dans une certaine direction. Cependant, j'ai mes propres réflexions philosophiques sur ce qui peut provoquer de la sécurité ou non. Se bercer davantage d'illusions de contrôle et de réflexions du type « je vais être en sécurité si je garde ce que j'ai déjà, même si d'autres ont moins » n'a aucun sens selon moi.

Ces dernières années, j'ai aussi beaucoup réfléchi à l'idée suivante : le dosage fait le poison. Cette nuance intervient dans beaucoup de domaines. Par exemple, nous pourrions dire qu'il importe de faire en sorte que l'élément traumatogène soit mis à distance d'une personne qui est en état de choc et que celle-ci doit être accompagnée vers ce qu'on appelle « la résilience ». Toutefois, en pensant de cette manière, nous perdons de vue que tout le monde n'est pas en capacité de s'extraire d'une situation traumatisante. C'est, par exemple, le cas des personnes qui sont sujettes aux violences de la précarité. Dans certains cas, avoir l'intentionnalité de créer des espaces qui sont potentiellement moins traumatisants est important et nous ne pouvons en faire l'économie si nous souhaitons prendre soin des uns et des autres. Néanmoins, nous ne devons pas nous contenter de cette réponse ultime. Dans ce sens, si nous nous résignons à créer des micro-écosystèmes dans un océan qui reste toxique, cela ne fonctionne pas. Cette notion doit être plus largement questionnée. Ainsi, créer des espaces sécurisés ne peut être la seule clé de notre boîte à outils.

Aurélie Tinland
Investigatrice principale de la recherche Daip, équipe Marss
APHM et Ceress
Aix-Marseille Université

Frédéric Mougeot
Sociologue
Membre du Centre Max-Weber (UMR 5283)

Lyès Mostphaoui
Interne de psychiatrie

Sandrine Loubière
Méthodologiste
service épidémiologie économie de la santé, DRS APHM

Aux sources de l'angoisse en psychiatrie : expérience de la contrainte et vécu de l'hospitalisation sans consentement

La contrainte, dont le recours reste important en psychiatrie, affecte la santé physique, le rétablissement, le bien-être psychologique et émotionnel de ceux qui en font l'expérience[1]. Les hospitalisations sans consentement et les mesures qui peuvent les accompagner, comme l'isolement et la contention, peuvent générer un nombre conséquent de troubles de stress post-traumatique et induire la réactivation d'événements traumatiques antérieurs[2].

Pour interroger l'expérience de l'hospitalisation sans consentement, cet article explore l'angoisse née du recours à la contrainte du point de vue des personnes qui la subissent. L'angoisse est ici liée à un événement intense et aigu – l'hospitalisation contrainte, susceptible de générer de grandes détresses. C'est pourquoi nous préférons la notion d'angoisse à celle d'anxiété, qui renvoie quant à elle à un sentiment diffus d'inquiétude face à des situations perçues comme menaçantes.

Cette analyse exploratoire du vécu de la contrainte en psychiatrie s'appuie sur les premiers résultats d'une étude ancillaire de la recherche sur les directives anticipées incitatives en psychiatrie[3] (Daip).

Un module dédié à l'expérience de la contrainte en psychiatrie

Dès le début de l'étude Daip, le vécu traumatique de la contrainte s'est imposé comme un sujet nécessitant une investigation. L'équipe de recherche, composée d'usagers ainsi que d'ex-usagers, de médiateurs de santé pairs, de professionnels et de chercheurs, a alors développé un « module contrainte » visant à recueillir l'expérience de l'hospitalisation contrainte en psychiatrie. Les participants à l'étude se sont exprimés à propos de la dernière contrainte qu'ils ont subie. Ils ont pu dire s'ils la considéraient : utile, inutile, justifiée, injustifiée, confortable, douloureuse, sécurisante, violente, nécessaire, non nécessaire, angoissante, rassurante, humiliante, enveloppante, traumatisante ou bénéfique. Il leur était proposé autant d'adjectifs « négatifs » que « positifs » et il leur était possible d'exprimer des impressions mixtes sur un même type de contrainte. Les personnes qui le souhaitaient pouvaient ensuite s'exprimer de manière libre pour expliciter le ou les qualificatifs choisis. Dans cette contribution, nous allons nous concentrer sur les vécus « angoissants » et « rassurants » de la contrainte en psychiatrie. 256 participants, âgés en moyenne de 38 ans, ont répondu à cette enquête. 41 % d'entre eux étaient des femmes. Tous les participants avaient été récemment hospitalisés sans consentement et avaient reçu un diagnostic psychiatrique : 37 % de trouble bipolaire de type I, 19 % de trouble schizo-affectif et 44 % de schizophrénie.

La contrainte, source d'angoisse

La contrainte en psychiatrie est source d'angoisse pour les personnes qui la subissent. 53 % des répondants, soit 135 personnes, ont choisi le terme « angoissant » pour qualifier leur vécu de la contrainte. Plus de la moitié des répondants (66 %) ont explicité leur choix, permettant ainsi l'analyse des ressorts de l'angoisse engendrée par la contrainte.

Effets négatifs des mesures d'isolement[4], de contention[5] et de médication forcée[6]

Parmi les mesures de contrainte, l'isolement est souvent mis en lien direct avec le caractère angoissant de l'hospitalisation, l'angoisse pouvant perdurer bien au-delà de l'hospitalisation : « *La chambre d'isolement a provoqué un sentiment d'oppression qui dure encore.* »

Selon les enquêtés, les mesures d'isolement et de contention aggravent voire déclenchent des symptômes, comme les hallucinations, les idées délirantes ou l'angoisse. Le sentiment d'abandon et la violence de la réponse soignante renforcent le mal-être des personnes : « *Être abandonné sanglé dans un couloir toute la nuit m'a extrêmement fatigué, ce qui m'a déclenché des hallucinations traumatisantes* » ; « *À force de tourner en rond, j'ai eu des idées "bizarres"* » ; « *J'ai des idées noires et effrayantes dans ma tête et la contention renforce cette angoisse.* »

Les effets secondaires de la médication sont également plusieurs fois cités : « *Les traitements ne me convenaient pas, trop d'effets secondaires.* » Ils sont interprétés comme des menaces : « *Le traitement était tellement fort, beaucoup de poison dans le corps a provoqué la peur que le cœur arrête de battre.* » Enfin, l'arrêt brutal des symp-

1 Aragonés-Calleja, M. et Sánchez-Martínez, V. (2024). Evidence synthesis on coercion in mental health: An umbrella review. *Int. J. Ment. Health Nurs.*, *33*(2), 259-280.

2 Chieze, M., Hurst, S., Kaiser, S. et Sentissi, O. (2019). Effects of seclusion and restraint in adult psychiatry: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 10.

3 Les directives anticipées incitatives en psychiatrie (Daip) prennent la forme d'un document qui permet l'expression et le respect des souhaits des personnes vivant avec un trouble psychique. Il est un outil au service des droits et du rétablissement des personnes qui a fait l'objet d'une expérimentation à Paris, Lyon et Marseille dans le cadre de la recherche Daip. Pour plus d'informations, nous vous invitons à lire : Tinland, A. et al. (2022). DAiP Group. Effect of Psychiatric Advance Directives Facilitated by Peer Workers on Compulsory Admission Among People With Mental Illness: A Randomized Clinical Trial. *Jama Psychiatry*, *79*(8), 752-759.

4 Le fait de placer une personne dans une chambre fermée.

5 Le fait de maintenir une personne attachée sur un lit à l'aide de sangles.

6 Le fait d'injecter un traitement sans le consentement de la personne.

tômes peut lui aussi être vécu comme source d'angoisse : « *Dur de passer d'un état euphorique à un état sans émotions* » ; « *La descente des délires, c'était très angoissant* ».

Une série de ruptures dans l'expérience des personnes

Ces mesures constituent une rupture radicale dans la vie des personnes. Cette rupture est d'abord temporelle, avec une incertitude quant à la date de sortie : « *C'est angoissant parce qu'on n'a pas de date de sortie prévue.* » La crainte est celle d'être condamné à rester enfermé : « *J'ai ressenti de la peur de ne jamais sortir d'ici.* » C'est également la perception même du temps qui change, « *Il y a une distorsion du temps* », ce qui est accentué par l'absence d'aménagement : « *De ne pas avoir l'heure dans la chambre d'isolement.* » La perception du temps des personnes enquêtées diffère de celle des soignants et est source d'inquiétudes : « *La temporalité est trop floue, le temps des patients n'est pas le même que celui des médecins.* »

Cette rupture est également communicationnelle. Le défaut d'informations, d'attention et de communication est une source majeure d'angoisse pour les personnes hospitalisées : « *Aucun dialogue ni explication : c'était la panique totale pour moi.* » Ce manque d'information et de communication induit un sentiment d'abandon et de disqualification : « *Très peu d'attention de la part des soignants, j'ai été livré à moi-même durant tout l'isolement* » ; « *À la merci, impuissant, on ne t'écoute plus.* »

La rupture a également trait à l'environnement dans lequel évolue la personne. Le fait d'arriver en crise dans un environnement inconnu constitue une épreuve pour les personnes : « *Première crise, découverte de l'hôpital, être enfermé sans préparation.* » Les premières hospitalisations sont mentionnées comme plus anxiogènes. L'angoisse se porte également sur la sécurité des biens : « *Vols à l'hôpital. Pas de clé pour mettre ses affaires en sécurité.* » Les professionnels qui évoluent dans le service sont parfois perçus comme susceptibles de faire peur ou d'insécuriser : « *Les gens de la sécurité font peur* » ; « *Les soignants rentraient dans la chambre sans prévenir* ». Les autres personnes hospitalisées sont également source d'angoisse, avec une dimension de stigmatisation et d'autostigmatisation : « *Peur des autres patients* » ; « *Appréhension des autres malades* ».

L'isolement lié à l'hospitalisation entraîne une rupture brutale dans les relations sociales et familiales, ce qui est source d'importantes angoisses : « *Pas de cigarette et personne pour parler* » ; « *Être coupé de mon ex-femme, c'était très dur à vivre.* » Ces angoisses sont aggravées par l'impossibilité de projeter une fin à cette situation, faisant écho au thème relatif à l'incertitude et à la distorsion du temps : « *Ne pas savoir quand je reverrais ma fille.* »

Ces éléments concourent à faire de l'expérience de l'hôpital une expérience de l'enfermement. Le terme « cellule d'isolement » a été mobilisé à la place de celui de « chambre d'isolement », sans que l'on sache si cette confusion était volontaire ou non. L'« *impression d'être en prison* » se retrouve même dans la description du lieu de l'hospitalisation : « *Un peu carcéral comme décoration* ». Le vocabulaire policier est également employé : « *Contention, perte temporelle (= garde à vue)* » renforçant ainsi l'analogie avec l'expérience carcérale.

Quelques pistes pour rendre la contrainte supportable

Si l'angoisse est un sentiment partagé, certaines personnes nuancent leur propos et précisent les conditions d'une contrainte moins traumatisante. Quarante-et-une personnes ont ainsi qualifié leur hospitalisation sous contrainte la plus récente de « rassurante » (16 %), parmi lesquelles 23 % ont laissé un commentaire pour expliciter leur choix (56 %). Nous retrouvons certains thèmes en miroir de l'analyse des facteurs liés à l'anxiété, ce qui permet de continuer à dessiner les contours de ce qu'est une hospitalisation moins anxiogène. Ainsi, l'hospitalisation peut être rassurante :

1) quand l'environnement de l'hôpital est préféré à un environnement extérieur plus anxiogène : « Je préfère être à l'hôpital que dans la rue » ; « *J'ai pris des distances avec les gens de ma résidence.* »
2) si les symptômes effraient trop la personne et si les traitements sont bien tolérés : « *Parce que je me fais peur avec mes voix* » ; « *Bon traitement.* »
3) lorsqu'il y a de l'écoute et de la compréhension : « *Personnel bienveillant* » ; « *Beaucoup d'écoute* » ; « *Les soignants comprenaient mon mal.* »
4) lorsque l'espoir est présent : « *Perspective d'aller mieux après cette hospitalisation grâce au traitement* » ; « *Je sais qu'à ma sortie ça ira mieux.* »

Conclusion

L'expérience de la contrainte est en rupture avec l'expérience ordinaire. Rupture temporelle, communicationnelle, relationnelle, environnementale, l'analyse des verbatims recueillis au cours de la recherche sur les Daip révèle que l'hospitalisation sans consentement est majoritairement perçue comme une expérience angoissante, souvent aggravée par les mesures d'isolement, de contention et de médication forcée, ainsi que par le manque d'information et de communication empathique. Cependant, certaines personnes ont souhaité faire part d'aspects rassurants de ces hospitalisations, notamment lorsqu'elles se sont senties en sécurité et écoutées, et lorsque cette rupture a été bénéfique. Ces témoignages soulignent l'importance cruciale de prendre en compte le point de vue des personnes concernées pour améliorer les conditions d'hospitalisation. En valorisant leurs expériences et en ajustant les pratiques en conséquence, il est possible de réduire au maximum l'hospitalisation sous contrainte. Si, en dernier recours, celle-ci s'avère indispensable, il est possible de rendre ces interventions moins traumatisantes pour les personnes concernées en renforçant la qualité des soins en psychiatrie et en s'inscrivant dans une perspective de respect des droits humains.

Ismaël Bechla
Docteur en épistémologie, histoire des sciences et des techniques
Chercheur associé à l'Ihrim (UMR 5317)

Eloïse Germain
Interne en psychiatrie

Le répit, un espace et un temps pour la crise psychique

Le 25 juin 2024, la Haute Autorité de santé (HAS) publiait ses recommandations de bonnes pratiques qui soulignent le besoin de solutions de « répit » lorsque les aidant·e·s rencontrent des difficultés dans la relation au proche. Le répit y est défini comme pouvant « faire office de sas de respiration, de moment de soulagement, de pause, de soutien dans la situation d'aidance, de relais pour pallier des difficultés, de recours pour faire face à des situations d'épuisement[1] ». Les propositions de répit vont des séjours de vacances aux ateliers artistiques en passant par le développement de compétences spécifiques au handicap[2]. Ainsi, dans les textes officiels, les dispositifs de répit sont pensés à destination des aidants de personnes en situation de handicap ou de proches âgés[3], mais pas directement des personnes en souffrance psychique.

Impulser des lieux de répit en alternative à l'hospitalisation

Un dispositif innovant est développé à Marseille depuis 2017 et propose d'accueillir des personnes en situation de crise psychique en hébergement d'une durée de un à trois mois[4]. Le répit y est ici pensé comme un moyen d'éviter la rupture d'une trajectoire de vie en maintenant possiblement une présence de l'entourage dans la lignée de l'approche Open dialogue[5], qui est à la fois une philosophie de soin et une façon d'organiser les services de santé mentale. Cette démarche nécessite de s'adapter aux besoins et attentes des individus et de leurs proches (*Need-adapted treatment*) et d'inviter le réseau, c'est-à-dire la famille, les amis et les professionnel·le·s de santé, par exemple, à participer à des rencontres collectives à visée dialogique[6]. Le lieu de répit (LDR) est une déclinaison de Soteria House, un modèle développé en Californie par Loren Mosher, psychiatre étasunien, dans les années 1970[7]. Le modèle Soteria a essaimé et évolué par la suite en donnant des résultats probants en termes de réduction du recours à la médication et d'amélioration de la qualité de vie des personnes[8].

Le LDR Marseille propose une alternative à l'hospitalisation en urgence qui enrichit la palette de soins existants en offrant un hébergement extrahospitalier dans un espace non stigmatisant, non médicalisé[9] et en lien avec la communauté. Concrètement, le LDR Marseille s'apparente à un immeuble classique de quatre étages dans lequel six à huit personnes sont accueillies dans des espaces privatifs et collectifs. Des professionnel·le·s sont présent·e·s douze heures par jour. Elles·ils animent le lieu et le collectif par la mise en place de temps institués (arrivées, départs, repas, réunions…). Les intervenant·e·s s'assurent de la couverture des besoins de base et de la qualité des interactions, qui doivent notamment permettre l'expression des ressentis, des émotions ou de l'anxiété. La gestion quotidienne est complétée par des temps de rencontre individuels, sous forme d'entretiens de suivi ou thématiques, et collectifs, comme des « conseils de maison » ou des rencontres de réseau au sens large.

Apaiser l'anxiété au cours de la crise psychique

À Lyon, un collectif œuvre depuis 2022 à la création d'un nouveau LDR, La case en +, inspiré de celui de Marseille. Ce collectif, ouvert et diversifié, est composé de personnes concernées par la psychiatrie à titre personnel ou professionnel (soit des usager·ère·s ou anciens usager·ère·s de la psychiatrie, des travailleur·euse·s sociaux, des soignant·e·s ou des pair-aidant·e·s). Les espoirs, craintes et représentations des membres du collectif vis-à-vis du futur dispositif ont été étudiés dans le cadre d'une thèse d'exercice en psychiatrie à partir d'entretiens semi-directifs[10]. Ces représentations, qui illustrent la suite de cet article, traduisent l'espoir d'un accueil différent de la crise psychique. Elles contrastent avec des expériences souvent stressantes, voire traumatiques, vécues en milieu hospitalier, induisant chez certain·e·s une anxiété anticipatoire importante.

L'ambiance est l'un des ingrédients majeurs de cet espace-temps de répit tel qu'imaginé par le collectif lyonnais. Chaleureuse, elle devrait favoriser le bien-être des personnes accueillies, aider à réduire l'anxiété souvent majeure au cours des épisodes de crise psychique, être « sécurisante », « confortable » et « enveloppante ». Conviviale, elle pourrait faciliter le lien social, l'autosupport et encourager la participation de chacun·e aux tâches du quotidien. Courses, cuisine, ménage : pour celles·eux qui le peuvent, c'est avant tout un répit actif qui est envisagé dans le futur dispositif, valorisant les ressources des personnes, même en situation de crise, loin de la passivité hospitalière parfois dénoncée pour la perte d'autonomie engendrée et pour son caractère infantilisant.

En effet, si ce LDR La case en + est envisagé comme un « sas » qui permettrait le repos et l'apaisement, il est aussi pensé comme un « espace de transition ». Ce lieu offrirait l'espace et le temps nécessaire pour vivre dans les meilleures conditions possibles le moment de transformation, souvent anxiogène, qu'est indéniablement la crise psychique, mais aussi un dispositif vecteur en lui-même d'un « rebond » dans les parcours de vie. Il serait aussi tourné, d'emblée, vers la « préparation à la sortie ». Dans ce but, l'accompagnement serait « humain », « pluridisciplinaire » et « décloisonné ». Il serait ainsi centré sur les besoins et, plus encore, sur les ressources des personnes accueillies, sans pour autant se faire le relais d'attentes et de pressions sociales normatives, identifiées comme des sources d'anxiété et de potentiels sentiments d'échec. Le lieu, lui, devrait être « ouvert » sur l'extérieur et « ancré dans la communauté », luttant ainsi contre l'isolement social des personnes souffrant de troubles psychiques. Dans ce sens, et en réponse au commentaire d'un membre du collectif, il serait même « perméable » : « *Pour moi c'est l'idée de ne pas mettre des murs dans cet endroit-là, parce que quand on sort, après les murs sont encore plus hauts.* »

1 Haute Autorité de santé. (2024). *Le répit des aidants. Recommandations de bonnes pratiques* (p. 7).

2 Des informations sont disponibles sur le site de la Fondation France répit.

3 Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et liens vers les décrets d'application (J. O. 12 février 2005); Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (J. O. 29 décembre 2015); Garabige, A. et Trabut, L. (2020). L'aide aux aidants en France : disparités territoriales de l'offre de répit. *Gérontologie et Société*, *42*(162), 161-179.

4 Cinquante-cinq jours en moyenne pour l'année 2022.

5 Olson, M., Seikkula, J. et Ziedonis, D. (2014). *The key elements of dialogic practice in open dialogue : Fidelity criteria*. The University of Massachusetts Medical School.

6 Bakhtine, M. (2017). *Esthétique de la création verbale*. Gallimard.

7 Mosher, L. R., Hendrix, V. et Fort, D. C. (2004). *Soteria : Through madness to deliverance*. L. R., Mosher.

8 Calton, T., Ferriter, M., Huband, N. et Spandler, H. (2008). A Systematic Review of the Soteria Paradigm for the Treatment of People Diagnosed With Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *34*(1), 181192 ; Fabel, P., Wolf, T., Zyber, H., Rubel, J. et Jockers-Scherübl, M. C. (2023). Treatment with Soteria-elements in acute psychiatry - Effectiveness for acutely ill and voluntarily treated patients, *Frontiers in Public Health*.

9 L'équipe, orientée rétablissement, comprend plusieurs travailleur·se·s pairs et l'accompagnement peut être complété par le suivi d'une équipe mobile.

10 Germain, É. (2024). *La case en +. Étude d'un projet de lieu de répit et d'accueil de la crise psychique* [thèse de médecine]. Université Claude-Bernard Lyon 1.



Artiste du numéro

Mutin de Perde

Dessinant sous le pseudonyme de « Mutin de Perde », Anaïs Jeandel espère, à travers son art, faire rire ou sourire les gens. Elle crée des univers enchanteurs, doucement zinzins et pleins de bonnes ondes.

Œuvres publiées dans ce numéro *Rhizome* :

Dragon Marin (couverture), *Angoisse* (p. 2 et 3), *La vie, les noeuds* (p. 7), *Anxiété* (p. 8), *Humeur* (p. 10), *Être entendu•e•s* (p. 11), *Envoyez de l'amour* (p. 12), *De l'amour et des câlins* (p. 13), *Draw this aurore thill* (p. 14), *Mes fleurs sûres* (p. 15), *Ne cesse jamais de rêver* (p. 18), *The life* (p. 20), *Juste là, derrière les nuages* (p. 26), *Tu avances à 2 à l'heure* (p. 31), *Sandwich petit pied* (p. 32), *Sors des cases* (p. 40).

mutindeperde.com
Instagram : @mutindeperde
Youtube : @mutindeperde
jeandel.anais@outlook.fr

RÉSUMÉ DU NUMÉRO

 # 90 # 91

« Anxiéter », ce néologisme reflète l'une des ambitions de ce numéro *Rhizome* au sein duquel la diversité des contributions explore l'essence, la force et l'impact de l'anxiété tant sur le plan individuel que collectif. Ainsi, il suggère l'idée que l'anxiété est un processus, travaillant les sujets en profondeur. Il invite aussi les lectrices et lecteurs à interroger comment l'anxiété se pense, s'objective, se fabrique, se vit, se propage, se soigne et se dépasse. Ce numéro rappelle également que les personnes les plus précaires sont parmi les plus exposées aux troubles anxieux, l'anxiété se nourrissant des inégalités socio-économiques et du manque de soutien social. Il ouvre ainsi un espace pour accueillir les expériences singulières et les initiatives collectives, permettant à nos angoisses de trouver une voix et un sens.

***Rhizome* est un bulletin national trimestriel édité par l'Orspere-Samdarra avec le soutien de la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement.**

Directeur de publication :
Nicolas CHAMBON

Directrices adjointes de publication :
Gwen LE GOFF,
Directrice adjointe
Orspere-Samdarra (Lyon)
Élodie PICOLET,
Psychologue, LPN, Université Paris 8, Orspere-Samdarra (Lyon)

Assistante de rédaction :
Natacha CARBONEL

Comité de rédaction :
Jean-Marie ANDRÉ,
Professeur, EHESP (Rennes)
Marianne AUFFRET,
Vice-présidente de l'association ESPT (Paris)
Arnaud BÉAL,
Psychologue social, GRePS (Lyon 2)
Lotfi BECHELLAOUI,
Pair-aidant en santé mentale, CN2R (Lille)
Raphaël BOULOUDNINE,
Coordinateur national d'Un chez soi d'abord, Dihal (Paris)
Vanessa ÉVRARD,
Pair-aidante en santé mentale, Espair (Lyon)
Benoît EYRAUD,
Sociologue,
Centre Max-Weber (Lyon)
Morgan FAHMI,
Psychiatre,
Orspere-Samdarra (Lyon)
Jean-François KRZYZANIAK,
Patient-expert (Angers)
Émilie LABEYRIE,
Psychologue, équipe Marss (Marseille)
Camille LANCELEVÉE,
Sociologue, Université de Strasbourg (Strasbourg)
Christian LAVAL,
Sociologue (Lyon)
Antoine LAZARUS,
Président de l'OIP et professeur de santé publique (Paris)
Aziliz LE CALLONNEC,
Doctorante,
Centre Max-Weber (Lyon)
Philippe LE FERRAND,
Psychiatre (Rennes)
Fidèle MABANZA,
Poète, formé à la philosophie (Villefontaine)
Alain MERCUEL,
Psychiatre,
CH Sainte-Anne (Paris)
Éric MESSENS,
Directeur de l'association Terres rouges (Bruxelles)
Bertrand RAVON,
Professeur de sociologie,
Centre Max-Weber (Lyon)
Serena TALLARICO,
Anthropologue, docteure en psychologie,
Orspere-Samdarra (Lyon)
Nadia TOUHAMI,
Autrice (Marseille)
Stéphanie VANDENTORREN,
Santé publique France (Paris)
Nicolas VELUT,
Psychiatre (Toulouse)
Halima ZEROUG-VIAL,
Psychiatre, directrice
Orspere-Samdarra (Lyon)

Contact rédaction :
Orspere-Samdarra,
Le Vinatier Psychiatrie universitaire Lyon Métropole
95 bvd Pinel 69678 BRON CEDEX
04 37 91 53 90
orspere-samdarra@ch-le-vinatier.fr
orspere-samdarra.com

Relecture : Sidonie HAN
Réalisation : Hélène BERTHOLIER
Direction artistique : Manoël VERDIEL
Imprimerie Courand & associés
82 Route de Crémieu 38 230 TIGNIEU-JAMEYZIEU
Dépôt légal : Décembre 2024
ISSN : 1622 2032
N° CPPAP : 0910B05589
Tirage : 5 000 exemplaires

Abonnement sur le site de l'Orspere-Samdarra

LE VINATIER
PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE LYON MÉTROPOLE

ORSPERE SAMDARRA
Observatoire Santé mentale Vulnérabilités et Sociétés

L'Orspere-Samdarra, observatoire national « Santé mentale, vulnérabilités et sociétés », est dirigé par Halima Zeroug-Vial et est composé d'une équipe pluridisciplinaire.

L'Observatoire est organisé en 3 pôles : recherche, ressource et édition. Il porte les diplômes universitaires « Santé, société et migration », « Dialogues - Médiation, interprétariat et migration » et « Logement d'abord ».

En complément des revues *Rhizome*, découvrez les ouvrages publiés par les éditions les Presses de Rhizome et commandez-les sur la plateforme Cairn.info.