STRESS

SANTÉ MENTALE

RÉSILIENCE

L'impact de la culture sur ceux-ci dans le cadre du travail social

Resicare

Ce guide a été développé dans le cadre du projet «RESICARE - Resilience building techniques for professionals working with vulnerable groups» (référence : 2018-1-FR01-KA202-048071) avec le soutien du programme Erasmus+ de la Commission européenne. Cette publication ne reflète que le point de vue des auteurs et la Commission ne peut être tenue responsable de l'usage qui pourrait être fait des informations qu'elle contient.
Tout le matériel contenu dans cette publication relève d'une licence commune avec mention, non commerciale, non dérivée et partageant les mêmes caractéristiques, sauf autorisation contraire directe et explicite des auteurs.

Partenaires collaborateurs

Képes Alapítvány (Hongrie)
www.kepesalapitvany.hu

Elan Interculturel (France)
www.elaninterculturel.com

Animación España (Espagne)
www.animaccion.org

IRTS Paris Ile-de-France (France)
http://www.irtsparisidf.asso.fr

Sommaire

7 Introduction **7**

Chapitre 1 : Facteurs de stress et motivation dans le travail social **10**

1.1 Facteurs de stress liés au travail social 10
- Définition du stress 10
- Difficultés liées aux personnes accompagnées 10
- Problèmes d'organisation 12
- Frustrations avec les supérieurs hiérarchiques 13
- Le manque de reconnaissance 15
- Facteurs de stress individuels 17

1.2 Syndrome de burnout 19
- Définition du burnout 19
- Les symptômes du burnout 19
- Le processus du burnout 20

1.3 Motivations au sein du travail social 23

Chapitre 2 : Concepts de santé mentale/troubles mentaux et l'impact de la culture sur ceux-ci **27**

2.1 Définition de la santé mentale 27
- La définition de la santé mentale selon l'OMS 27
- Critique de la définition de l'OMS 28

2.2 Définition des troubles mentaux 32
- Des définitions différentes et variables 32
- Critiques à l'égard des définitions du DSM et de l'ICD 33
- Stigmatisation des troubles mentaux 35

2.3 Culture et santé mentale/troubles mentaux 37
- Définition de la/les cultures 37
- Effet de la culture sur la définition des troubles mentaux 37
- Influence de la culture sur la manifestation des symptômes 38
- Influence de la culture dans la prise en compte et le traitement des troubles mentaux 39

Chapitre 3 : Concept de résilience psychologique et l'impacte de la culture sur ses manifestations **43**

3.1 Concept de résilience 43
- Historique du concept 43
- Compréhension actuelle de la résilience 44
- Types d'adversités (résilience à quoi ?) 46

3.2 Facteurs de protection 48
• Ressources de l'individu 48
• Facteurs de protection dans notre réseau personnel 49
• Facteurs de protection dans la communauté/culture 51

3.3 Mesurer la résilience 53

3.4 Culture et résilience 56
• Influence de la culture dans la prise en compte et le traitement des troubles mentaux 56
• Influence de la culture sur les facteurs de protection ? 57

Bibliographie 60
Références du Chapitre 1 60
Références du Chapitre 2 62
Références du Chapitre 3 64

Impressum 67

INTRODUCTION

Les travailleurs sociaux font face à une série de situations stressantes dans leur travail qui, si elles ne sont pas bien gérées, peuvent les accabler à long terme, entraînant une diminution de leur rendement au travail, une augmentation de l'absentéisme, de l'épuisement et jusqu'à même l'abandon de leur profession.

Ce texte introductif a pour objectif de :

- Identifier les nombreux facteurs de stress du travail social
- Explorer le processus du burnout et ses symptômes.
- Définir les concepts de santé mentale/troubles mentaux et la façon dont la culture affecte leurs interprétations et leurs manifestations.
- Définir le concept de résilience, les différentes voies qui mènent à la résilience et la façon dont la culture influe sur son interprétation.

L'impact de la culture est d'autant plus important que les travailleurs sociaux sont amenés à avec des personnes d'origines variées (parmi lesquelles des migrants, des groupes minoritaires, des personnes concernées issues de cultures diverses). Si les professionnels comprennent mieux la situation et les plaintes des personnes accueillies, cela pourrait diminuer - au moins - une source majeure de leur stress.

Nous fondons nos idées et nos conclusions trouvées dans ce texte sur des recherches documentaires et sur les résultats de groupes de discussion locaux menés avec des travailleurs sociaux et des personnes accueillies dans les services sociaux en Hongrie, en France et en Espagne.

Ce texte peut servir de base à l'élaboration de matériels de formation visant à accroître la résilience des travailleurs sociaux. Il pourrait également être utilisé dans la formation des futurs professionnels par les institutions et organisations qui dispensent une formation initiale / continue dans ce domaine.

Bien que cet ouvrage se concentre sur les défis auxquels sont confrontés les travailleurs sociaux dans leur travail, ses conclusions et recommandations pourraient également être utiles aux professionnels de la santé, qui partagent plusieurs des mêmes défis.

1

CHAPITRE 1 : FACTEURS DE STRESS ET MOTIVATION DANS LE TRAVAIL SOCIAL

Dans ce chapitre, nous explorons d'abord les facteurs de stress typiques liés au travail social, puis nous examinons les conséquences à long terme du stress non géré ou difficilement géré (épuisement professionnel). Enfin, nous étudions les motivations des travailleurs sociaux, les raisons pour lesquelles ils trouvent leur métier gratifiant malgré les nombreux obstacles auxquels ils sont confrontés.

1.1 FACTEURS DE STRESS LIÉS AU TRAVAIL SOCIAL

• DÉFINITION DU STRESS

L'une des définitions du stress que nous avons choisie dans le cadre du projet Resicare, est celle d'un sentiment de tension et de pression, l'impression que les exigences et les défis auxquels nous sommes confrontés nous submergent, la sensation que nous n'avons pas les ressources pour y faire face. Le stress a des composantes émotionnelles (p. ex., anxiété, panique) et physiques (rythme cardiaque rapide, transpiration, problèmes d'estomac) également (Lazarus, 1966).

L'idée de ne pas être capable de faire face peut être réaliste, notamment lorsque nous faisons face à des situations objectivement très difficiles (comme lorsque nous avons trop de travail à fournir avec des délais courts). Ici, les défis viennent du monde extérieur. D'un autre côté, l'idée de ne pas être capable de faire face pourrait aussi être le résultat d'une pensée irréaliste et autodestructrice, par exemple lorsque nous évitons une tâche simple en raison d'un sentiment d'échec récurrent voire permanent qui empêche toute forme de réussite. Ici, les défis viennent principalement de l'intérieur, de notre pensée déformée.

Dans ce chapitre, nous nous concentrons principalement sur les défis/obstacles rencontrés par les travailleurs sociaux qui viennent de l'extérieur, de l'environnement (et non de leur pensée déformatrice).

Plusieurs facteurs de stress peuvent être liés au travail social. Pour en faciliter la visualisation, nous avons créé les grandes catégories suivantes :

- Difficultés liées aux personnes concernées
- Problèmes d'organisation
- Frustrations avec les supérieurs
- Manque de reconnaissance
- Facteurs de stress individuels

• DIFFICULTÉS LIÉES AUX PERSONNES ACCOMPAGNÉES

Les travailleurs sociaux sont en contact avec des personnes accueillies qui font généralement face à des problèmes très complexes (par ex. : précarisation, violence

familiale, violence sexuelle, physique et psychologique, négligence, délinquance, troubles mentaux, toxicomanie, alcoolisme…). Cela pourrait causer un traumatisme secondaire (ou un traumatisme indirect) chez les personnes qui travaillent dans ce domaine en écoutant leur histoire, en étant témoins de leur privation.

> *« … parfois, c'est extrêmement difficile parce que certains de mes usagers, surtout récemment, ont eu des traumatismes extrêmes dans leur vie et des expériences horribles et sans beaucoup d'espoir. Ça vous brise vraiment le coeur. Avec empathie, vous souffrez comme eux. »* (Graham et Shier, 2014)

Il est parfois difficile d'aider les personnes accompagnées, car ils ne connaissent pas clairement leurs propres besoins et/ou ne peuvent les communiquer efficacement (surtout lorsqu'ils viennent d'une autre culture).

> *« Parfois vous ne pouvez pas savoir ce qu'ils (les personnes accompagnées) pensent, ressentent, s'ils ont besoin de quelque chose. Peut-être qu'ils ne le savent pas eux-même » (groupe de discussion espagnol).*
> *« Quand les patients viennent d'une culture, d'une structure psychologique, d'une famille, de besoins complètement différents… il est difficile de déterminer ce qu'ils attendent. »*
> (Groupe de discussion espagnol)

Dans de nombreux cas, les travailleurs sociaux ne savent pas comment les personnes accueillies peuvent réagir, ainsi qu'à leur proposition d'accompagnement : les réactions peuvent aller de la reconnaissance à l'apathie, voire à la violence. La violence verbale est assez courante, mais la violence physique (à l'extrémité extrême du spectre : le meurtre) peut également survenir. Cette imprévisibilité des réactions des personnes accompagnées est également un facteur de stress important. Malgré leurs meilleures intentions, les travailleurs sociaux sont régulièrement confrontés aux limites de la portée et des effets de leurs interventions, à la prise de conscience qu'ils ne peuvent pas proposer de réponse à certains des problèmes les plus importants des personnes accueillies.

> *« C'est vraiment difficile quand il n'y a pas de solution. Les sans-abris en difficulté … ou les personnes qui vivent dans une telle pauvreté qu'il n'y a pas grand-chose que je puisse faire… De telles questions sociales, où l'on a l'impression qu'elles sont si profondes, si grandes et insolubles, sont un peu plus difficiles à résoudre. Je pense que cela peut affecter ma journée et mes perspectives à long terme. »* (Graham et Shier, 2014)
> *« Lorsque vous êtes dans une situation difficile et que vous n'avez pas de solutions à apporter aux usagers, c'est frustrant. Avant, quand nous avions une famille sans enfants, Paris offrait un logement. Depuis 2009-2010, les choses ont changé, il n'y a plus d'automatisme, on se retrouve*

avec des gens en situation régulière, des Français expulsés et on ne peut pas les aider matériellement ». (Groupe de discussion français)

Ces freins et limites engendrent du stress car cela vient heurter les valeurs humanistes d'accueil et de respect de la profession.

• PROBLÈMES D'ORGANISATION

Le travail social est souvent un domaine sous-financé ce qui complexifie le rapport à l'activité. Les professionnels doivent souvent faire face à une lourde charge de travail et à des contraintes de temps rendant difficile la constatation de l'impact positif de leurs efforts sur la vie des personnes concernées.

> *« Ce que j'ai le moins aimé, c'est le sentiment que l'administration vous a inculqué de ne pas passer trop de temps et de passer à autre chose, l'empressement constant et le sentiment que vous ne pouviez rester assez longtemps avec ces familles afin de pouvoir les aider à établir le contact avec les services. Cela m'a absolument tourmenté. »* (Morazes et al, 2010)

> *« L'un de mes facteurs de stress actuels, par exemple, est que j'ai environ 40 personnes sur une liste d'attente pour venir me voir. Je ressens beaucoup de pression et je me sens mal quand je dois dire aux gens : « Oh, je suis désolé, j'ai une longue liste d'attente, je ne pourrai pas vous voir avant quelques mois «, quand ils ont besoin de voir quelqu'un maintenant. C'est stressant pour moi de ne pas avoir la capacité de répondre aux besoins de mes patients. »* (Graham et Shier, 2014)

> *« ... une charge de travail ingérable et des attentes irréalistes nous exposent, nous et nos patients, à l'échec. » (Griffiths et Royse, 2017)*

L'administration et la charge de travail peuvent aussi être écrasantes . Le besoin de documentation est compréhensible, car il est lié à la question de la responsabilité. Il est important de tenir à jour les dossiers des personnes accueillies pour pouvoir évaluer l'aide nécessaire, pour apprécier l'évolution de leur situation et pour exclure la possibilité d'erreur ou d'échec professionnel. Le problème, c'est que devant la charge importante de travail et le manque de temps, les professionnels sont tentés d'emmener du travail à leur domicile pour se maintenir à jour et pouvoir exercer leur activité ; augmentant par-la même leur temps de travail et ce au détriment de leur temps de repos et de leur vie personnelle.

> *« Nous avons notre priorité dans le travail qui est l'accompagnement des personnes mais nous nous sommes ajoutés beaucoup d'autres priorités pour gérer, par exemple tout le travail administratif, remplir le*

logiciel, faire les statistiques, la saisie informatique. Cela prend du temps et enlève le cœur de la profession, (...) c'est au détriment du reste. » (Groupe de discussion français)

Les membres du groupe de discussion en Hongrie ont estimé que les dirigeants de leurs institutions profitent du fait que de nombreuses personnes choisissent cette profession parce qu'elles sont très empathiques, qu'elles ne veulent pas voir des gens souffrir ou avoir des difficultés, qu'elles veulent aider leurs interlocuteurs même lorsque leurs conditions ne leur permettent pas, à leurs frais ou durant leur temps libre. Ils ont mentionné plusieurs situations pour illustrer ce point :

« Nous ne recevons pas de téléphone portable de l'institution, mais nous en aurions besoin. J'ai dû passer des appels téléphoniques avec mes collègues et avec les proches de mes clients à mes propres frais ».

« Si nous devons travailler des heures supplémentaires avec un client, notre supérieur nous conseille de demander au patient - qui fait partie d'une famille défavorisée - de nous rembourser ou de demander à ses proches de payer pour le service supplémentaire. »

« Le temps ou le coût du voyage aller-retour au domicile du patient n'est pas calculé/non remboursé, même s'il y a une loi qui l'exige. Le temps de déplacement devrait être integré dans la journée de travail de 8 heures, mais ce n'est pas le cas, vous devez voyager 2 heures supplémentaires mais tout le monde s'en fout. »

On attend parfois des travailleurs sociaux d'assurer des activités qui n'entrent pas dans le cadre de leurs missions et fonctions. D'autres fois ils sont empêchés d'assurer leurs missions premières, ce qui cause l'ambiguité des rôles.

« Je suis la seule assistante sociale ici. Dans la communauté médicale, personne ne comprend vraiment ce que je fais. Parfois, je reçois des références loufoques pour des choses comme : « Il faut chercher une nounou pour cette famille. Je vais demander à cette gentille assistante sociale. Vous êtes catégorisé comme une personne gentille qui aide. C'est parfois difficile d'expliquer ce que vous faites et ce qui se situe dans vos limites et dans votre champ d'exercice. » (Graham et Shier, 2014)

• FRUSTRATIONS AVEC LES SUPÉRIEURS HIÉRARCHIQUES

Même s'il y a des conflits entre les membres du personnel, les travailleurs sociaux ont signalé beaucoup plus de frustrations avec leurs supérieurs hiérarchiques et la Direction tant dans la documentation étudiée que dans nos groupes de discussion locaux. Ils ont souvent l'impression de ne pas pouvoir demander conseil à leurs supérieurs lorsqu'ils sont stressés ou anxieux, car cela serait perçu comme un

signe d'incompétence ou de déficience personnelle. Ils ne se sentent pas protégés non plus, parce que c'est une expérience habituelle qu'en cas de problèmes avec les personnes accueillies ce sont ceux du bas de la hiérarchie qui sont sanctionnés et rendus responsables.

Un membre du groupe de discussion hongrois, qui accompagne de personnes en situation de handicap mental/physique dans un foyer résidentiel, a partagé quelques réflexions sur la complexité de cette situation. Elle a demandé de l'aide à son supérieur lorsqu'elle a remarqué que ses patients devenaient agités, de plus en plus frustrés et qu'elle craignait qu'ils deviennent agressifs entre eux ou envers les travailleurs sociaux s'il n'y avait aucune intervention. Le seul conseil de son supérieur était de « courir », en cas d'aggravation. Mais en quittant une situation hostile (selon les conseils de son supérieur), les patients pouvaient risquer de s'en prendre les uns aux autres et de se blesser. Elle a une responsabilité vis-à-vis d'eux durant son temps de travail. S'il arrivait un incident, elle serait incriminée et rendue responsable par la direction. De plus, elle aurait l'impression d'avoir échoué sur le plan professionnel et se sentirait coupable dans une situation comme celle-ci.

La tension augmente également lorsque les supérieurs hiérarchiques interfèrent avec la relation du travailleur social et des personnes accompagnées, car cela peut déstabiliser cette relation précédemment établie. Il convient de préciser que de leur côté, les cadres intermédiaires sont confrontés à une multiplicité d'activités les mettant eux-mêmes en tension. Ainsi, Brigitte Bouquet précise-t-elle :

> *« la fonction de cadre intermédiaire du secteur social, est rendue difficile, voire complexe par les origines professionnelles des encadrants, porteurs des valeurs de l'écoute, de la disponibilité à l'autre, par leur fonction dans les interstices des institutions, et par l'interférence de deux cultures social/gestionnaire. Sans compter qu'il y a des difficultés grandissantes à occuper ce type de poste entre le centre décisionnel et le centre opérationnel.»*

Selon les travailleurs des groupes de discussion, du fait du nombre élevé de situations complexes, d'une énorme responsabilité et de si peu de temps pour accompagner les personnes en demande d'aide, ils auraient besoin d'une supervision régulière afin qu'ils puissent discuter de leurs problèmes avec des professionnels qualifiés (par exemple, des travailleurs sociaux expérimentés et des psychologues). Malheureusement, la supervision est jugée rare ou de qualité médiocre ou totalement inexistante dans de nombreuses organisations par les professionnels. Certains ont déclaré qu'ils seraient restés à leur poste s'il y avait eu « quelqu'un pour les écouter » ou s'il y avait eu *« l'occasion de faire le point et de décompresser »*. (Griffiths et Royse, 2017)

Les travailleurs sociaux déclarent souvent qu'ils ont l'impression de ne pas avoir voix au chapitre dans l'organisation - ils ne sont pas impliqués dans le processus de prise de décision, bien qu'ils aient beaucoup d'expériences dans les réalités de leur région et qu'ils assument la plupart des responsabilités.

> *« J'avais l'impression que le système était foutu, que je ne savais pas comment le changer, que je ne pouvais pas le changer de l'intérieur et que je ne pouvais pas être une bonne travailleuse sociale aussi frustrée que je l'étais ... »* (Morazes et al, 2010)

> *« Des travailleurs dévoués harcelés pour avoir mis au jour des problèmes et des employés. »* (Griffiths et Royse, 2017)

Lorsqu'ils comparent le stress provenant de la relation avec les personnes accompagnées au stress issu de la structure organisationnelle, les travailleurs sociaux sont plus insatisfaits des problèmes organisationnels. Ils savent à l'avance, lorsqu'ils choisissent leur carrière, que les situations des personnes seront difficiles face à leurs problématiques de plus en plus complexes, mais ils sont perplexes devant les réactions de leurs employeurs, devant les contraintes de logistique, financières, organisationnelles. Les travailleurs sociaux du Groupe de discussion en Hongrie ont rapporté qu'il semble souvent que leurs supérieurs ne se battent pas pour la même cause qu'eux : ils ne sont pas motivés pour aider les autres, mais pour obtenir le financement de leur accompagnement (*« ils sont là pour leur argent »*). Ils estimaient que

> *« nous nous battons pour la même cause en théorie, mais qu'à la fin, nous n'avons pas l'impression de nous battre pour la même cause. Nous sommes des guerriers solitaires ».*

• LE MANQUE DE RECONNAISSANCE

Les travailleurs sociaux rapportent qu'ils se sentent peu reconnus par leurs supérieurs, qu'ils ne sont pas impliqués dans les processus de prise de décision (comme nous l'avons déjà mentionné), qu'ils sont rarement félicités ou reconnus pour leur dur travail (sous toutes ses formes, financières ou symboliques). Parfois, faire un excellent travail n'entraîne qu'une augmentation de leur charge de travail (*« punition de la performance »*).

Un homme possédant un diplôme d'études supérieures en travail social et six années d'expérience a déclaré avoir quitté l'organisme parce qu'il avait *« gagné de plus en plus de cas difficiles comme récompense pour avoir travaillé dur et de façon éthique »* (Griffiths et Royse, 2017).

Lorsque les travailleurs sociaux travaillent en équipe avec d'autres professionnels de la santé mentale, ils se sentent parfois sous-estimés par les membres de leur équipe (nous l'avons déjà mentionné sous *« ambiguïté des rôles »*).

> *« Les gens pensent que n'importe qui peut être travailleur social. Comme pour l'aspect clinique, je crois qu'il n'est pas nécessaire d'avoir une formation spéciale pour être travailleur social. La profession n'a aucune valeur. Je pense que c'est dur quand on doit aller travailler tous*

les jours, et si on travaille en équipe, on est considéré comme la partie la plus dispensable de l'équipe. » (Graham et Shier, 2014)

Ils se sentent également sous-estimés par la société. Les membres de groupes locaux ont rapporté que leurs salaires sont si bas qu'ils s'interrogent sur la valeur de leurs diplômes. Ils ont également le sentiment de poursuivre un travail de statut extrêmement médiocre.

> « *Le manque de reconnaissance financière est une réalité, quand on a des masters qui sont payés à ce niveau, on s'interroge sur sa valeur professionnelle.* » (Groupe de discussion français)

> « *Nous sommes au bas de l'échelle (de la hiérarchie), au niveau des blanchisseuses et des femmes de ménage d'autrefois, je ne sais pas, peut-être même que les femmes de ménage sont plus appréciées que nous* » (groupe de discussion hongrois)

Enfin, les travailleurs sociaux ont parfois l'impression que même leurs personnes accompagnées n'apprécient pas leurs efforts. Celles-ci ont de grandes attentes à l'égard des travailleurs sociaux (c'est « *quelqu'un que je peux ressentir comme un ami* » ; « *avant toute chose, ils doivent pouvoir écouter pour trouver la meilleure solution* »).

> « *Vous avez besoin d'empathie, tenez compte du fait que devant vous, si les gens sont agressifs, ce n'est pas qu'ils vous en veulent, mais qu'ils peuvent avoir des pathologies, qu'ils peuvent être stressés, alors ne réagissez pas de manière personnelle [...] ce que vous allez bien faire, vous aurez la reconnaissance en retour et c'est le meilleur cadeau* ». (Groupe de discussion français)

D'autres fois, les personnes ne sont pas satisfaites des efforts déployés par les travailleurs sociaux dans leur travail.

> « *Nous avons toujours besoin de soutien. Mais ils ne pouvaient même pas écrire les lettres, je les ai écrites pour qu'ils puissent les taper. Comment peuvent-ils me soutenir ?* » (Groupe de discussion français)

Les membres des groupes de discussion locaux trouvent parfois que les travailleurs sociaux peuvent faire preuve de discrimination et de jugement, ou qu'ils sont frustrés parce qu'ils n'ont pas confiance en eux.

Les personnes éprouvent parfois du ressentiment à l'égard des travailleurs sociaux. En effet, dans le cadre de la protection de l'enfance par exemple, malgré l'accompagnement mené par les professionnels dans une situation à risque ou de danger avéré, le regard des parents, des personnes, de l'opinion publique

se focalise sur la personne du professionnel assistant de service social, alors que celui-ci participe en concertation avec un ensemble d'autres intervenants à la protection de l'enfant en danger (Procureur de la République, juges, personnels de santé, professeurs des écoles et assistants éducatifs, autres travailleurs sociaux des services qui ont connaissance de la situation familiale...).

> *« Une fois, nous avons été appréhendés par une mère et j'ai dû prendre la fille dans les bras de la mère. Le lendemain, je suis allée les voir, et la mère d'accueil avait demandé à l'enfant ce qui s'était passé. Tout ce dont la fille se souvenait, c'est que je l'ai sortie des bras de sa mère. Ça m'a tué, c'est tout. Le seul souvenir de l'enfant était : « Cette assistante sociale m'a arraché des bras de ma mère ». Ce genre de choses est dur dans ton cœur »*. (Graham et Shier, 2014)

Ainsi, le professionnel qui communique une situation à risque aux autorités compétentes se trouve être sous les feux d'accusations auxquels il ne peut répondre car l'engagement dans la profession et son exercice lui imposent le secret professionnel et le devoir de réserve (fonction publique pour ce dernier).

Cela participe également à la montée en stress de professionnels qu'ils assument et endossent pour continuer d'exercer leur mission de prévention et de protection de l'enfant en risque de danger ou en danger.

• FACTEURS DE STRESS INDIVIDUELS

Enfin, nous mentionnons certains traits de caractère, attitudes et comportements individuels qui peuvent prédisposer les travailleurs sociaux à augmenter leur niveux de stress dans le cadre du travail.
Selon des chercheurs du Département de Travail Social de l'Université de Kentucky (Griffiths, Royse & Walker, 2018) les travailleurs sociaux qui se sentent très responsables et perfectionnistes peuvent avoir tendance à obtenir de plus en plus de travail (car ils sont considérés comme fiables et travailleurs par leurs supérieurs).

Les idéalistes peuvent avoir de la difficulté à assimiler lorsque leur vision entre en conflit avec la réalité, lorsqu'ils vivent des divergences entre les idéaux et les résultats professionnels. Une grande empathie et une grande sensibilité aux problèmes des personnes accompagnées pourraient les rendre particulièrement susceptibles de vivre un traumatisme secondaire. Les professionnels qui présentent une anxiété générale et une sensibilité au rejet plus élevé sont susceptibles d'éprouver des niveaux de stress plus importants.
L'incapacité de fixer des limites (tant à l'égard des supérieurs que des bénéficiaires) peut conduire à un engagement excessif qui, tôt ou tard, peut les submerger (tant physiquement que psychologiquement).

L'externalisation du contrôle (la croyance que l'on a peu d'impact sur sa situation) peut conduire à un sentiment d'impuissance. D'autre part, une

quantité nuisible de contrôle d'internalisation (par exemple, de s'attribuer les échecs perçus comme tels –personnel ou professionnel- alors qu'ils relèvent de la sphère organisationnelle) peut conduire à un sentiment de culpabilité, à la déception de soi.

Le même groupe de chercheurs américains a trouvé que les travailleurs sociaux essaient de faire face à tous ces facteurs de stress de différentes façons, notamment en adoptant des habitudes malsaines qui réduisent le stress à court terme, mais qui pourraient entraîner des problèmes plus importants à long terme. Parmi ces habitudes malsaines que l'on retrouve fréquemment :

- suralimentation et/ou alimentation malsaine (fast-food sur la route)
- consommation excessive de caféine

« Je prends beaucoup trop de caféine. En gros, n'importe quoi pour rester éveillé et alerte »

- tabagisme
- consommation excessive d'alcool et de drogues
- manque d'exercice

« Je ne fais pas d'exercice parce que je suis trop fatigué à la fin de la journée pour faire autre chose que m'effondrer. »

« Je saute parfois le sport parce que je n'ai pas dormi ou parce que je sens le besoin d'y aller tôt pour pouvoir travailler sur la paperasse»

- l'auto-négligence, dont le fait de ne pas aller chez le médecin

« [Je] n'assure pas le suivi des rendez-vous médicaux par crainte de ne pas pouvoir rattraper mon retard. »

« Je n'ai même pas le temps d'aller chez le médecin pour voir si j'ai des problèmes physiques avec mon corps. »

« Je vais manquer des rendez-vous chez le médecin de peur de prendre du retard dans mon travail, car je sais que les heures supplémentaires obligatoires en seront la conséquence. »

1.2 SYNDROME DE BURNOUT

Si le stress est chronique et mal géré, il peut entraîner un épuisement professionnel pouvant se manifester par une perte d'efficacité au travail, une augmentation des congés maladie ou des envies de quitter complètement le terrain.

> *« À un moment donné, mon travail m'avait tellement consumé que mes autres besoins ne comptaient plus. Mon trop grand engagement dans le travail a conduit à un état d'épuisement et d'apathie qui ne cessait d'empirer. » ... « Je me suis complètement isolé. »*

Lorsqu'il s'est finalement effondré sur le pas de sa porte, il a enfin réalisé qu'il avait besoin d'aide (Kraft, 2006).
L'épuisement professionnel a tendance à affecter les meilleurs employés, ceux qui sont les plus enthousiastes au début, ceux dont le travail est un élément important de leur identité. Ces professionnels sont souvent perfectionnistes et prêts à prendre des responsabilités, ce qui était considéré comme de grandes qualités à l'école et au travail jusqu'à ce jour.

• DÉFINITION DU BURNOUT

Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'épuisement professionnel est un syndrome résultant d'un stress professionnel chronique qui n'a pas été géré avec succès. Le syndrome est déjà inclus dans la 10e révision de la Classification internationale des maladies (CIM-10) - qui est actuellement utilisée -, mais il sera décrit plus en détail dans la prochaine CIM-11 (qui prendra effet en janvier 2022).

Dans les deux versions, l'épuisement professionnel figure parmi les *« facteurs influençant l'état de santé ou le fait de côtoyer des services liés à la santé »*, ce qui signifie qu'il peut entraîner des problèmes de santé physique ou mentale, mais qu'il n'est pas en soi considéré comme une maladie.
La nouvelle définition de l'OMS du burn-out (qui apparaîtra dans la CIM-11) est cohérente avec celle de Maslach (Maslach et al., 1996) et se caractérise par 3 aspects :

- Sentiment de fatigue ou d'épuisement (dans la terminologie de Malasch : l'épuisement émotionnel)
  - Se sentir émotionnellement épuisé par le travail
  - Sensation de fatigue au réveil

- Éloignement mental accru par rapport à son travail, ou sentiments de négativisme ou cynisme lié au travail (dans la terminologie de Malasch : dépersonnalisation)
  - Parmi eux, l'indifférence et l'affaiblissement de l'empathie à l'égard des clients

- Efficacité professionnelle réduite
  - Sentiment d'insatisfaction à l'égard des résultats obtenus au travail

• LES SYMPTÔMES DU BURNOUT

Le burnout est associé à un large éventail de symptômes somatiques et de troubles mentaux, tels que :

- Problèmes de concentration, de mémoire
- Irritabilité, inquiétude
- Changements d'humeur ou apathie
- Problèmes de sommeil (cauchemars, sommeil perturbé)
- Problèmes cardiaques, hypertension artérielle, problèmes digestifs, transpiration, étourdissements

Il peut aussi conduire au retrait social, à l'isolement.
Ces symptômes sont semblables à ceux de la dépression.

Citations de personnes présentant des symptômes liés au burnout (Griffiths, Royse et Walker, 2018) :

« J'ai des crises de panique parce que je suis tellement submergée. »
« J'ai continuellement l'impression d'être sur le point de pleurer ou de rire, et je ne sais pas lequel des deux serait le meilleur. »
« Je reste éveillé la nuit, soit en m'inquiétant de tout ce qu'il me reste à accomplir [ou] en m'inquiétant de la sécurité de mes patients. »
« Je sors rarement de chez moi après le travail et je ne sors jamais avec des amis car je n'en ai plus vraiment. »
« Fermeture à la maison. Je me retire de ma famille. Ne pas être sociable. »

• LE PROCESSUS DE BURNOUT

« Pas de problème, je suis juste un peu fatigué en ce moment. »

Le processus de burnout est lent et il est généralement difficile d'en détecter les premiers stades.
Herbert Freudenberger (qui a créé le terme *« syndrome de burnout »* dans les années 1970) et Gail North ont défini 12 étapes dans le processus de burnout :

1. La compulsion de faire ses preuves :
- Ambition excessive
- Une volonté de prouver au monde et à soi-même qu'on fait un excellent travail

2. Travailler plus dur :
- Une incapacité à s'éteindre

- Accepter plus de travail
- Incapacité de déléguer du travail

3. Négliger leurs besoins :

- Manque de sommeil
- Manque d'interaction sociale
- Manque de temps pour préparer une alimentation saine

4. Décalage des conflits :

- Les problèmes sont ignorés
- Des symptômes physiques commencent à apparaître (p. ex. panique)

5. Réexamen des valeurs :

- Le travail devient une priorité absolue
- Les passe-temps deviennent hors de propos
- Les amis, les familles perdent en priorité

6. Déni des problèmes émergents :

- Intolérance envers les autres (par exemple, percevoir ses collègues comme stupides, paresseux, exigeants)
- Les relations sociales sont de plus en plus insupportables
- Le cynisme, l'agressivité apparaissent
- Attribution de ces changements à la pression et à la charge de travail au lieu de changements chez la personne

7. Retrait :

- Un contact social minimal, isolement
- Obsession du travail
- Recherche d'un soulagement par l'alcool ou la drogue

8. Changements de comportement évidents :

- Les changements de comportement sont évidents pour les proches qui sont maintenant préoccupés

9. Dépersonnalisation :

- Ne considére ni soi-même ni les autres comme ayant de la valeur
- Ne perçoit plus ses propres besoins

10. Vide intérieur :

- Sentiment de vide intérieur
- Des activités malsaines et compensatoires se manifestent, comme une sexualité exagérée, la suralimentation et la consommation de drogues ou d'alcool.

11. Dépression :

- Sentiment d'indifférence, de désespoir, d'épuisement
- Croire que l'avenir n'est rien pour soi-même

12. Syndrome de burnout :

- Pensées suicidaires pour échapper à la situation
- Effondrement mental et physique total
- Besoin de soins médicaux immédiats

Ces étapes n'apparaissent pas nécessairement dans cet ordre - leur ordre et leur durée peuvent varier d'une personne à l'autre.

1.3 MOTIVATIONS AU SEIN DU TRAVAIL SOCIAL

Jusqu'à présent, en décrivant les nombreux facteurs de stress, les mauvaises habitudes d'adaptation et le burnout possible lié au travail social, nous avons brossé un tableau plutôt sombre du domaine, alors on peut se demander pourquoi on voudrait faire le choix de cette profession.

Il semble que, bien que ce type d'activité soit parmi les plus difficiles et que la reconnaissance de l'importance de l'emploi soit faible (faible salaire, faible compréhension de la nature et de la difficulté de l'emploi par les supérieurs, les autres professionnels de santé et la société), cela peut aussi être très enrichissant. Dans ce sous-chapitre, nous explorons quelques raisons typiques pour lesquelles les personnes choisissent et peuvent s'épanouir dans le travail social malgré les nombreuses frustrations qu'il suscite.

D'après la documentation et les groupes de discussion locaux, voici quelques facteurs importants qui poussent les personnes à s'engager dans le travail social, et jouent un rôle dans leur choix de carrière :

Les travailleurs sociaux sont généralement des gens empathiques et dévoués qui veulent aider les autres. Ils ont le sentiment qu'en aidant les personnes dans le besoin, ils accomplissent un travail significatif, leur travail est important et a une utilité sociale.

> *« Dans mon travail, je veux avoir l'impression de faire quelque chose, d'accomplir quelque chose et de faire quelque chose d'utile et de significatif pour les gens. »* (Graham et Shier, 2014)

Ils ont généralement un sens aigu de l'équité et ils veulent lutter contre l'injustice et les inégalités.

> *« Je voulais entrer dans le système public de protection de l'enfance pour m'assurer qu'une personne de couleur serait impliquée pour aider à la négociation avec les enfants dans le système de placement dans des familles d'accueil ».* (Morazes et al, 2010)

> *« À mon avis, le facteur le plus important pour les personnes qui ont besoin de services sociaux est, en fait, qu'elles sont extrêmement pauvres. Et ma motivation est juste d'essayer d'aider quelqu'un à réaliser quelque chose qu'il veut. Et je pense que j'aurai fait quelque chose si j'y arrive. » (Études de cas, Groupe de discussion des élèves, première fois)* (Stevens, Moriarty et al, 2012).

Ils ont un intérêt et développent des capacités à interagir avec les personnes, apprendre à les connaitre et à être en relation avec elles par une écoute active, centrée sur le sujet. (Groupe de discussion espagnol).

Dans certains cas, le choix de cet emploi présente un intérêt personnel : les

futurs travailleurs sociaux étaient entourés de personnes qui travaillaient dans ce domaine et qui étaient des sources d'inspiration, ou ils ont commencé à faire ce travail dès l'adolescence, ou ils ont peut-être déjà été eux-mêmes en contacte avec ces services (par exemple, élevés dans une famille d'accueil) (Groupe de discussion espagnol).

> *« J'ai grandi dans une famille d'accueil et j'ai donc eu une expérience directe du travail social et de l'impact que les bons et les mauvais travailleurs sociaux peuvent avoir sur votre vie. J'ai donc pensé, vous savez, à la chose typique de « vouloir faire une différence », d'avoir un effet sur la vie de quelqu'un d'autre, ou de l'aider si je le pouvais.* (Stevens, Moriarty et al, 2012)

Ceux qui restent dans ce travail mentionnent souvent les facteurs positifs suivants : La nouveauté de chaque situation et le développement de nouveaux projets apportent un renouvellement permanent à ce travail.

> *« . . . J'ai aimé l'idée de pouvoir travailler avec tant de types de personnes différents, dans tant de contextes différents, ainsi que la flexibilité et le fait que les journées ne sont jamais les mêmes. Ne pas avoir à être derrière un bureau tout le temps. » (Études de cas, Groupe de discussion des élèves, première fois)* (Stevens, Moriarty et al, 2012).

En raison de la nature exigeante du travail et de l'environnement de travail difficile, les travailleurs sociaux ont vraiment besoin d'utiliser toutes leurs compétences et leur créativité pour atteindre leurs objectifs. Ils peuvent être fiers de faire avancer un projet auquel personne ne croit (groupe de discussion espagnol).
Les professionnels apprennent continuellement, développent, améliorent leurs compétences.

> *« Je reste aussi parce que c'est un métier très polyvalent et qu'il y a toujours quelque chose de nouveau à apprendre dans ce domaine parce que c'est tellement vaste »* (Morazes et al, 2010).

Bien que cette activité révèle une forte autonomie, la logique gestionnaire amène de nombreux contrôles et un travail d'équipe efficient, de qualité et très apprécié. Il pourrait être inspirant pour les gens de travailler avec d'autres personnes semblables (qui ont une forte motivation intérieure, un sens aigu de la justice et beaucoup d'expériences et discernement pour résoudre des situations difficiles) et de partager leurs compétences et expériences entre elles.

> *« ... mon unité est bonne, mon superviseur est excellent et cela fait vraiment une différence. Je pense que si j'avais un superviseur avec qui je ne m'entendais pas ou qui ne m'aidait pas, je voudrais vraiment partir. Vous avez besoin de ce soutien pendant que vous êtes ici parce*

que c'est un travail ardu et que vous faites face à des choses difficiles... » (Morazes et al, 2010)

Il est gratifiant d'atténuer les souffrances des bénéficiaires des accompagnements et de les aider à obtenir des changements positifs. Même si les travailleurs sociaux n'obtiennent pas la reconnaissance de la hiérarchie, ils peuvent l'obtenir de la part des personnes. Ils obtiennent par des petites victoires jour après jour, c'est-à-dire pour aider les gens au fur et à mesure des possibilités mutuelles, surtout si la personne l'apprécie ou le remercie, exprime sa gratitude ou son respect. Le Groupe de discussion hongrois rend compte de situations ayant donné lieu à des changements positifs : une fratrie de 5 enfants confiés chez la même famille d'accueil, le fait qu'un demandeur d'emploi retrouve une activité, un sans-abri un foyer... etc.

2

CHAPITRE 2 : CONCEPTS DE SANTÉ MENTALE/TROUBLES MENTAUX ET L'IMPACT DE LA CULTURE SUR CEUX-CI

Dans ce chapitre, nous explorerons les définitions classiques de la santé mentale et des troubles mentaux, en tenant compte des problèmes et des critiques liés à ces définitions. Nous étudierons également les définitions des travailleurs sociaux et des personnes accueillies des groupes de discussion locaux, y compris les explications de ceux qui s'identifient comme étant en bonne santé mentale et de ceux qui rapportent avoir souffert de troubles mentaux.

Nous terminerons ce chapitre en analysant la façon dont la culture façonne la définition de la santé mentale et des troubles mentaux et en quoi elle affecte la manifestation des symptômes, comment les personnes interprètent les symptômes en fonction de leur cadre culturel et comment ces interprétations guident les traitements.

2.1 DÉFINITION DE LA SANTÉ MENTALE

• LA DÉFINITION DE LA SANTÉ MENTALE SELON L'OMS

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé mentale comme suit :

> *« Un état de bien-être dans lequel l'individu réalise ses propres capacités, peut faire face au stress normal de la vie, peut travailler de manière productive et fructueuse et est capable d'apporter une contribution à sa communauté »* (OMS, 2014)

Comme nous pouvons le constater, selon cette définition, la santé mentale n'est pas seulement l'absence de maladie mentale, elle implique également un bon fonctionnement au travail et dans les milieux sociaux.

Conformément à la définition de l'OMS, d'autres auteurs tels que Keyes (2006, 2014) suggèrent que les principales composantes de la santé mentale sont les suivantes :

- Bien-être émotionnel : bonheur, intérêt pour la vie
- Bien-être psychologique : acceptation de soi, capacité à gérer les défis quotidiens, bonnes relations avec les autres, sentiment de satisfaction dans la vie personnelle.
- Bien-être social : sentiment d'appartenance, capacité de contribuer à la société, acceptation et compréhension du fonctionnement de la société (*« le fonctionnement de la société a du sens »*).

Les participants de nos groupes de discussion locaux ont donné des descriptions sur la santé mentale qui pourraient être liées aux idées mentionnées ci-dessus. Ils estiment que la capacité de faire face aux problèmes de santé mentale et de ne pas en développer fait partie de la santé mentale. Les membres du groupe de discussion espagnol ont souligné l'importance de *« ne pas broyer du noir »*, *« ressentir mes cinq sens »*, *« être sain d'esprit »*. De même, un travailleur social hongrois

a estimé que le fait d'éviter la négativité était essentiel pour la santé mentale :

> *« (Si) il/elle peut accepter son environnement et est capable de fournir les bonnes réponses a des pensées réalistes, de sorte qu'il/elle peut penser de manière critique mais sans tout juger négatif, alors il/elle peut être considéré comme saint d'esprit »* (Travailleur social, Groupe de discussion Hongrois)

D'autres ont ajouté l'importance de trouver un équilibre entre les différents aspects de la vie :

> *« ... l'équilibre et le bien-être avec nous-même et notre entourage/ environnement »*
>
> *« Bien-être émotionnel, psychologique et social »* (travailleur social, Groupe de discussion espagnol)
>
> *« La santé mentale est un équilibre entre le travail et la vie privée, il s'agit de trouver un compromis entre famille, travail, tâches domestiques, loisirs... Trouver un moment pour chaque tâche et chaque plaisir »* (Travailleur social, , Groupe de discussion français)
>
> *« ... d'être en harmonie avec soi-même, (...) d'être en harmonie avec son environnement »* (Travailleur social, Groupe de discussion hongrois)

Enfin, ils ont mentionné l'importance de la joie, du bonheur, de l'amour dans la vie :

> *« La santé mentale, c'est se sentir bien dans sa peau, avoir des moments de bonheur. »*
> *« La santé mentale, c'est être capable de travailler, d'aimer et d'être aimé. »* (Femmes immigrantes, Groupe de discussion français)

• CRITIQUE DE LA DÉFINITION DE L'OMS

Bien que la définition de l'OMS soit un bon point de départ quand on pense à la santé mentale, il existe néanmoins des critiques à son égard.

Surestimation des sentiments positifs

L'un des problèmes concerne la surestimation des sentiments positifs, alors que - selon certains chercheurs (voir Galderisi et al, 2015) - le plus important est la cohérence entre sentiments et contextes. Il y a des situations où il est beaucoup plus *« sain »* de se sentir triste, en colère, désespéré qu'heureux, par exemple lorsqu'une personne fait l'objet de discrimination, est licenciée d'un emploi ou vit dans une zone en guerre.

> *« Les personnes en bonne santé mentale sont souvent tristes, malades,*

en colère ou malheureuses, et cela fait partie d'une vie pleinement vécue pour un être humain. » (Galderisi et al, 2015)

« *Je pense que la connaissance de soi est très importante ainsi que la capacité d'auto-réflexion, la capacité de travailler, et je pense que tout le monde rencontre le stress, l'anxiété et la crise, ce sont des aspects de la vie. La question est de savoir comment il/elle est capable de faire face à ces situations, ou dans quelle mesure il/elle est coincé(e) dans ces situations, donc dans quelle mesure il/elle a besoin d'une alternative, quelle est la durée du processus [la crise] et est-il/elle est capable de demander de l'aide.* » (Travailleur social, Groupe de discussion hongrois)

Absence de description des diverses façons qui permettent d'être en état de santé mentale

Une autre critique de la définition de la santé mentale de l'OMS est que celle-ci ne prend pas en compte les différentes manières de développer sa santé mentale. La santé mentale pourrait être envisagée comme une sorte d'équilibre entre les différentes capacités d'une personne, où les problèmes/déficits dans une capacité peuvent être compensés par un niveau élevé de fonctionnement dans une autre. Selon Galderisi et coll. (2015), les principales composantes de la santé mentale qui pourraient s'équilibrer sont les suivantes :

- *Des compétences cognitives et sociales de base :*
  - ✳ La capacité de se concentrer, de mémoriser l'information, de résoudre des problèmes ou de prendre des décisions.
  - ✳ Comme l'une des clientes le suggérait dans les groupes de discussion espagnols, la santé mentale lui fait penser à « *quelqu'un qui peut être bien dans tous les sens, qui peut penser, réfléchir... sans restriction* ».

- *Un contrôle des émotions :*

  - ✳ La capacité de reconnaître, d'exprimer et de réguler les émotions

  - ✳ « *Quand je sens que je commence à être dépassée, colérique, parce qu'une situation me dépasse, je sais que ce n'est pas le moment de discuter avec quelqu'un, je sais que le mieux est de sortir, de me calmer et de reprendre la conversation plus tard...* » (Travailleur social, , Groupe de discussion français).

- *L'empathie :*
  - ✳ La capacité de comprendre et de ressentir la vision des autres sans confusion entre soi-même et autrui.
  - ✳ La capacité de comprendre que la situation et les expériences

des autres peuvent être différentes des vôtres (c'est la capacité de changer de perspective) :

« Le souci est que ce que certaines personnes pensent être la réalité n'est pas nécessairement la réalité des autres » (Femme immigrante, Groupe de discussion français)

✳ La capacité de comprendre et de prévoir les intentions, les émotions et les actions de l'autre :

« Vous avez besoin d'empathie, tenez compte du fait que devant vous, si les gens sont agressifs, ce n'est pas qu'ils vous en veulent, mais qu'ils peuvent avoir des pathologies, qu'ils peuvent être stressés, alors ne réagissez pas de manière personnelle ». (Femme immigrante, Groupe de discussion français)

• *La souplesse et la capacité de faire face aux événements indésirables de la vie :*

✳ La capacité de s'adapter (sur les plans cognitif, émotif et comportemental) aux conditions nouvelles et inattendues de l'environnement.

« La santé mentale, c'est s'adapter à l'incertitude, en tant que migrantes, j'ai dû faire preuve de flexibilité tous les jours, et je le fais encore ! » (Femme immigrante, Groupe de discussion français)

• *La capacité de remplir des rôles sociaux :*

✳ La capacité d'établir des relations fructueuses et d'interagir avec les autres.

« La santé mentale est la faculté d'entrer en relation avec les autres, elle est spécialement liée à la capacité d'aimer et d'être aimé » (Femme immigrante, Groupe de discussion français)

• *Une relation harmonieuse entre le corps et l'esprit :*

✳ De plus en plus de recherches montrent que notre esprit et notre corps sont interconnectés.

✳ Les problèmes psychologiques peuvent apparaître comme des symptômes corporels et pour éliminer ces symptômes, il faut faire attention aux sentiments, aux pensées, à la psyché de la personne.

✳ Les expériences traumatisantes générant de l'anxiété, de la peur et des comportements déviants sont en partie stockées dans le corps ; pour éliminer ces sentiments et comportements négatifs, il faut donc aussi prêter attention au corps (il ne suffit pas de comprendre l'expérience sur un plan cognitif).

La santé mentale - selon ce point de vue - consiste à trouver un équilibre entre ces capacités. Par exemple, une personne ayant un degré modéré de déficience cognitive associée à des aptitudes sociales supérieures à la moyenne peut se sentir satisfaite, peut poursuivre ses propres objectifs, peut trouver la paix avec elle-même.

Omission des variations culturelles

Un dernier problème avec la définition de la santé mentale par l'OMS est l'aspect figé et singulier qui ne prend pas en compte l'influence des cultures sur sa conception (selon la provenance des personnes). Les concepts comme la réalisation de soi, la capacité des individus à exploiter pleinement leur potentiel, le sentiment de maîtrise de l'environnement et le sentiment d'autonomie ont été chargés de valeurs culturelles considérées comme importantes par les Nord-américains/ Ouest-Européens. (Galderisi et al, 2015).
Une migrante togolaise participant au Groupe de discussion français a souligné le fait que « *dans la région d'où je viens, nous grandissons avec la conviction qu'il est plus important d'être fiers de ce que nous gagnons en tant que groupe que de réussir en tant que personne seule* ».

Dans le chapitre 2.3, nous discuterons de l'influence de la culture sur le concept de la santé mentale et les troubles mentaux et de la façon dont elle oriente les traitements.

2.2 DÉFINITION DES TROUBLES MENTAUX

• DES DÉFINITIONS DIFFÉRENTES ET VARIABLES

Définitions du DSM et de l'ICD

Les manuels les plus fréquemment utilisés par les psychologues et les psychiatres pour diagnostiquer les troubles mentaux sont le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) et l'ICD (International Classification of Diseases). Le DSM est publié par l'American Psychiatric Association (APA) et est surtout utilisé aux États-Unis. L'ICD est publiée par l'OMS, elle couvre l'ensemble de la santé (pas seulement la santé mentale) et est utilisée plus largement en Europe et dans d'autres parties du monde.

Autres similitudes et différences remarquables entre le DSM et l'ICD (Raskin, 2017) :

- Ces deux manuels comprennent les mêmes diagnostics, à quelques légères différences près.
- Les deux manuels organisent les troubles mentaux en catégories basées sur des symptômes qui ont tendance à se manifester simultanément.
- En se fondant sur le DSM, le diagnostic est posé lorsque les personnes présentent un certain nombre de symptômes liés à un trouble.
- L'ICD décrit des prototypes, ce qui signifie que les cliniciens doivent décider dans quelle mesure une personne correspond à la description prototypique d'un certain trouble (dans sa forme légère, modérée ou grave) - elle donne plus de place au jugement du clinicien.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, les deux manuels décrivent les troubles mentaux en fonction des symptômes. Ces symptômes peuvent être du domaine :

- Cognitif (p. ex. distorsion des schémas de pensée, problèmes de mémoire, d'attention, d'aptitude à prendre des décisions et à planifier)
- Émotionnel (p. ex. sentiment d'anxiété, de tristesse, mais aussi d'exaltation excessive)
- Comportemental (p. ex. éviter certaines situations, faire face à d'autres)
- Somatiques/physiques (p. ex. troubles du sommeil, maux de tête, maux d'estomac)

Par exemple, la dépression est un trouble de santé mentale lié à l'humeur négative, à la perte de jouissance, aux symptômes cognitifs (incapacité de se concentrer, problèmes de mémoire, pensées coupables, idées suicidaires), aux symptômes comportementaux (agitation ou ralentissement), aux symptômes somatiques (prise de poids ou perte de poids).

Il est important de noter que pour qu'un diagnostic soit donné à quelqu'un par un professionnel de la santé, la personne doit également éprouver une certaine forme de dysfonctionnement (ne peut pas fonctionner correctement ou pas du tout, ne peut pas participer à des activités sociales, ou au moins éprouver une souffrance subjective). Par exemple, cela signifie qu'une personne qui entend régulièrement des voix mais qui peut bien exercier son activité professionnelle, qui a une vie sociale satisfaisante et qui ne ressent pas de détresse majeure, n'obtiendra aucun diagnostic.

Définitions selon les membres des groupes de discussion

Les participants des groupes de discussion locaux pour les travailleurs sociaux ont également élaboré leurs propres définitions des troubles mentaux et ont rappelé plusieurs signes de problèmes de santé mentale, tels que :

- Anxiété
- Incapacité de quitter la maison et d'aller à l'extérieur
- Sauts d'humeur extrêmes
- Manque de compréhension de soi
- Perte du contact avec la réalité
- Problèmes de dépendance
- Comportements autodestructeurs
- Les ressources personnelles sont épuisées au point de « s'effondrer »
- Incapacité de contrôler les comportements agressifs et/ou blessants
- Perte de motivation, pas de libido
- Manque de perspective
- Peu ou pas d'estime de soi
- « C'est de ne pas pouvoir être heureux et passer du bon temps avec les gens qu'on aime. »
- « Le sentiment que ma vie n'est pas normale »
- L'expérience d'être dans un « trou noir »

• CRITIQUES À L'ÉGARD DES DÉFINITIONS DU DSM ET DE L'ICD

Surdiagnostic, pathologisation de la normalité

Allen Frances, psychiatre américain, ayant joué un rôle actif dans le développement des révisions précédentes du DSM (DSM-3 et DSM-4), est devenu l'une des principales voix contre la toute dernière édition du DSM (DSM-5). Ses principales préoccupations sont (Guldberg, 2014 ; Frances, 2015) :

- La tendance à poser des diagnostics de plus en plus nouveaux et à abaisser les seuils des troubles mentaux existants entraîne une augmentation radicale du nombre de personnes étiquetées comme malades mentaux.

• Les symptômes qui pourraient être compris comme le résultat d'un processus normal de maturation sont maintenant considérés comme pathologiques ; par exemple, le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité - TDAH - est maintenant surdiagnostiqué chez les enfants.
• Les symptômes qui pourraient être considérés comme des réactions normales à des événements indésirables (p. ex. l'apparition de symptômes dépressifs après le décès d'un proche) sont considérés comme pathologiques.
• Le surdiagnostic conduit à une prescription excessive de médicaments qui pourraient être nocifs.
• Certains diagnostics manquent de preuves scientifiques suffisantes et le contrôle des compagnies pharmaceutiques sur les laboratoires de recherche qui ont développé le DSM-5 limite l'objectivité de la recherche impliquée.

Bien que Frances préconise de ne pas pathologiser les réactions normales ou les phases de développement, il met aussi en garde contre le danger de traiter tout le monde comme étant en bonne santé mentale : *« Même s'il est difficile à définir, le trouble psychiatrique est une réalité trop douloureuse pour ceux qui en souffrent et pour ceux qui s'en soucient »*.

Trop d'importance sur le diagnostic

Frances critique également le niveau d'influence qu'un diagnostic psychiatrique officiel a sur la vie des gens :

> *« (il) détermine toutes sortes de choses importantes qui ont un impact énorme sur la vie des gens - comme qui est bien considéré et qui est malade ; quels traitements sont offerts ; qui les paie ; qui reçoit des prestations d'invalidité ; qui est admissible aux services de santé mentale, de formation professionnelle et autres ; qui peut être engagé pour un emploi, peut adopter un enfant, ou piloter un avion, ou est admissible à une assurance-vie ; si un meurtrier est un patient criminel ou mental ; quels dommages devraient être accordés dans les poursuites ; et beaucoup, beaucoup plus. »* (Frances, 2014)

Les psychiatres voient souvent les patients à travers leur diagnostic et essaient de les traiter principalement par des médicaments. L'importance excessive accordée au diagnostic a également été mentionnée dans nos groupes de discussion. *« Travailler avec des catégories préétablies peut déterminer nos interprétations à l'égard des personnes et cette interprétation peut formater de manière rigide notre type de soutien, en mettant de côté les vrais besoins du de la personne »*. (Travailleurs sociaux, Groupe de discussion français).

Degré d'importance des différents facteurs en jeu dans la santé mentale. De plus, Frances attire l'attention sur le fait que DSM met trop l'accent

sur le rôle de la biologie dans l'apparition des troubles mentaux et sous-estime le rôle du contexte relationnel et social des personnes.

> *« Le cerveau est une cause nécessaire, mais non suffisante, de l'expérience humaine. Nous sommes des êtres incarnés, mais nous sommes aussi incultes. Nous grandissons pour devenir humains au milieu de la langue, de la culture, de l'histoire et des relations avec les autres. Ils façonnent la façon dont nous nous percevons nous-mêmes et dont nous rencontrons le monde qui nous entoure et ne peuvent être expliqués de façon réductrice en termes biologiques... (...) Nous devons favoriser le développement d'une psychiatrie qui considère les relations, les significations et les valeurs comme son objectif premier... »* (Frances, 2014)

Pathologisation de méthodes répandues pour faire face aux problèmes systémiques
Le fait d'avoir un trouble mental est souvent stigmatisé (nous en parlerons plus en détail au point 2.2.3), ce qui peut amener les personnes à cacher ces problèmes et à essayer de faire face par leurs propres moyens, souvent de façon malsaine (par exemple, la consommation d'alcool, ou le tabac) au lieu de demander une assistance professionnelle. De plus, l'accès à la santé dans le secteur public se réduisant comme *« peau de chagrin »*, les personnes défavorisées doivent composer avec des délais de rendez-vous importants avant de pouvoir bénéficier d'une aide professionnelle (de plusieurs semaines à plusieurs mois).

L'ironie, c'est que la consommation d'alcool et le tabagisme deviennent alors des indicateurs de troubles mentaux, alors que ces habitudes se développent par nécessité, en raison du manque d'options alternatives plus saines. De plus, le stress géré par la consommation d'alcool et d'autres drogues est souvent le résultat de problèmes sociaux et structurels, comme le fait de vivre dans la pauvreté et/ou d'être soumis à la discrimination.

L'importance accordée aux variations culturelles n'est pas suffisante

Différentes sociétés ou cultures, voire différents individus dans une même subculture, peuvent être en désaccord sur ce qui constitue un fonctionnement optimal ou pathologique. Par exemple, le bien-être personnel subjectif, l'autonomie, la réalisation de soi, les limites claires entre soi et les autres sont des indicateurs de la personnalité saine dans le monde occidental, bien qu'ils puissent sembler légèrement pathologiques d'un point de vue oriental (voir 2.3.).

Nous discuterons plus en détail de l'impact de la culture sur la symptomatologie et les options de traitement dans le chapitre suivant.

• STIGMATISATION DES TROUBLES MENTAUX

Les personnes ont tendance à cacher leurs symptômes car les troubles mentaux sont souvent stigmatisés (comme nous l'avons déjà mentionné), moins bien compris et tolérés par la société que les maladies physiques.

« Ils ne sont pas perçus comme des malades, mais comme des personnes ennuyeuses et négatives, toujours en train de se plaindre.... D'autre part, le fait d'avoir un handicap physique est mieux accepté par la société que d'avoir un handicap psychique, la connotation est plutôt différente. » (Travailleur social, Groupe de discussion français)

« ... s'ils avaient « une jambe de bois » peut-être que le regard sur eux serait différent, avec plus de considération, plus d'attention en leur donnant plus de temps. L'invisibilité des troubles mentaux est l'une des choses les plus difficiles à vivre pour les gens. » (Travailleur social, Groupe de discussion français)

La stigmatisation des troubles mentaux a été signalée par plusieurs travailleurs sociaux lors de nos groupes de discussion : *« Il est aussi difficile de ne pas stigmatiser quand ce qu'on en fait, c'est de les enfermer, de les refouler... »*. Une travailleuse sociale espagnole a partagé une expérience concrète de discrimination dans son travail : *« Là où je travaille avec les jeunes, il y a une organisation qui s'occupe des handicapés mentaux, et... ils doivent entrer dans le bâtiment par une porte séparée ! ... »*.
L'incapacité de partager ces luttes, le silence autour d'elles rendent ces problèmes encore plus difficiles.

« C'est le plus difficile à filtrer, à remarquer (troubles mentaux) chez quelqu'un, car il y a des gens qui sont capables de vous montrer (qu'ils ont des problèmes), et il y en a qui gardent tout en eux, qui sourient même quand ils sentent que leur explosion est proche, ou ne savent plus quoi faire, je rencontre plusieurs de ces gens… Je souris même quand les problèmes sont importants… » (Sans-abri, Groupe de discussion hongrois)

Ce déni et cette dissimulation des luttes est particulièrement tragique, car la plupart des personnes qui éprouvent des problèmes de santé mentale peuvent se rétablir complètement ou peuvent gérer leurs problèmes, surtout si elles obtiennent de l'aide rapidement.
Les troubles mentaux sont particulièrement difficiles à évaluer tant pour les personnes affectées que pour les professionnels de santé et du travail social ou pour l'environnement sociétal dans lequel vivent ces personnes en Occident. Les enjeux médicaux, les choix économiques dans l'accès aux soins et à la santé, les perceptions de l'environnement social de celles-ci participent à une forme d'exclusion alors qu'elles-mêmes y contribuent déjà du fait de leurs propres croyances. Ces exclusions cumulées participent à la non prise en compte des pathologies, ou au retard dans l'accès aux soins qui peuvent aggraver l'état de santé mentale déjà fragilisé.

2.3 CULTURE ET SANTÉ MENTALE/TROUBLES MENTAUX

• DÉFINITION DE LA/DES CULTURES

Afin de comprendre comment la culture influence les croyances et les manifestations de la santé mentale et des troubles mentaux, nous devons d'abord nous intéresser à la définition de la culture.

Une métaphore utile pour expliquer le concept de culture est celle d'un iceberg (Hall, 1976). Pourquoi ? Ce que nous voyons d'un iceberg - sa partie au-dessus de l'eau - n'est qu'un petit morceau d'une entité beaucoup plus grande. De même, ce que nous voyons de la culture - nous les appelons manifestations culturelles - ces éléments visibles/audibles tels que la langue, la nourriture, les vêtements, les formules de communication ne sont que la pointe de l'iceberg. Tous ces aspects visibles sont soutenus par les éléments invisibles de la culture tels que les croyances, les valeurs, les normes, les représentations. Ces éléments invisibles nous fournissent des lunettes culturelles à travers lequel nous donnons un sens au monde, à la santé, à la maladie, à la vie. Ces représentations, valeurs, normes et tabous, acquis tout au long de notre éducation, conditionnent notre façon d'évaluer le monde, de réagir, de nous comporter.

Comme nous le verrons dans ce chapitre, c'est la raison pour laquelle les définitions et les manifestations de la santé mentale et des troubles mentaux varient selon le cadre culturel de référence dans lequel elles sont élaborées. Il n'existe pas de point de vue universel sur ce qui constitue le fonctionnement optimal par rapport au fonctionnement pathologique : différentes cultures, même des individus d'une subculture peuvent ne pas s'entendre sur ces concepts.

• EFFET DE LA CULTURE SUR LA DÉFINITION DES TROUBLES MENTAUX

Malgré les critiques que les manuels de diagnostic classiques (DSM, ICD) ont reçues au sujet de leur reflet des normes «*occidentales/américaines*», qui pourraient conduire à la négligence ou à la mauvaise interprétation de certaines différences culturelles, le DSM-5 a fait un grand pas vers une meilleure prise en compte des différences culturelles. Il souligne le fait que les manifestations de certains troubles peuvent être différentes en fonction du contexte culturel (par exemple, lorsque les sentiments ne peuvent être exprimés librement, les symptômes somatiques sont plus fréquents). Il présente également un nouvel outil, le Cultural Formulation Interview (CFI), qui met l'accent sur l'évaluation des antécédents, des expériences de développement et du contexte social des individus, car ce sont tous alors des facteurs potentiels qui pourraient expliquer l'état d'esprit de la personne (Guldberg, 2014).

ICD-10, en revanche, ne souligne pas l'importance des variations culturelles dans l'évaluation des symptômes (Paniagua, 2018), de sorte que le DSM-5 est un pas en avant dans ce domaine.

• INFLUENCE DE LA CULTURE SUR LA MANIFESTATION DES SYMPTÔMES

Plusieurs facteurs influent sur la façon dont les différents troubles se manifestent, sur le type de symptômes qu'ils accompagnent et sur les événements qui peuvent les provoquer.

Souvent, le même type de troubles se manifeste par différents symptômes. Dans les cultures où l'expression verbale des sentiments négatifs liés à l'anxiété ou à la dépression est taboue, les personnes affectées ont tendance à réprimer ces sentiments et sont plus propices aux symptômes physiques (maux de tête, douleur abdominale, réactions cutanées, etc.). Alors que l'anxiété sociale dans les pays occidentaux se manifeste principalement par des symptômes liés à la peur de se mettre dans l'embarras (la peur que d'autres pensent que quelqu'un est stupide, maladroit, etc.), les Asiatiques socialement anxieux (en Chine ou au Japon) peuvent se préoccuper davantage d'offenser les autres, de l'impact sur leur action que sur la façon dont les autres la considèrent. (Langevin, Lavoie et Laurent, 2018)

Parfois, les événements traumatisants sont définis différemment

Dans le DSM-5, dans la catégorie *« syndrome de stress post-traumatique »*, il y a une section pour les *« problèmes diagnostiques liés à la culture »*, qui avertit les cliniciens que la gravité attribuée à un événement n'est pas universelle. Un même événement peut avoir un effet plus ou moins traumatisant dans différentes cultures. Par exemple, certains Tibétains considèrent que la destruction de symboles religieux est plus bouleversante que l'emprisonnement ou la torture (Hinton et Lewis-Fernández, 2011).

Certains symptômes sont différents selon les cultures

Certaines sociétés sont favorables à la maîtrise des comportements, ce qui rend l'impulsivité moins probable (Ronningstam et al, 2018). Cette contrainte sur le comportement et sur l'expression des émotions conduit aussi à la somatisation, comme nous l'avons vu plus haut.

Dans les sociétés où les rôles sociaux des individus sont très clairs et bien définis, les personnes peuvent éprouver moins de liberté personnelle et avoir moins de place pour la réalisation de soi, mais les problèmes d'identité sont également moins susceptibles d'apparaître.

Certains « symptômes » peuvent être des réactions normales aux contextes culturels.

Les enfants pourraient être diagnostiqués à tort par un trouble du comportement en raison de leurs conduites perturbatrices, tandis qu'une connaissance plus approfondie de leurs antécédents pourrait amener le clinicien à conclure que ces comportements sont attendus et *«normaux»* dans certaines circonstances (par

exemple lorsqu'un enfant vit dans un environnement menaçant).
Cela ne signifie pas que le comportement perturbateur doit être considéré comme non problématique, mais seulement que la cause doit être recherchée dans l'environnement et non uniquement dans la personnalité de l'enfant.
Lorsqu'un enfant adolescent de parents migrants tente de s'assimiler dans le pays d'accueil, adopte les comportements et les valeurs attendus du nouveau pays tout en rejetant ceux de son pays d'origine, les parents peuvent éprouver de la colère et penser que leur enfant a des problèmes de comportement et l'amener chez un psychologue. Ce psychologue, s'il n'est pas au courant du processus dans lequel s'est engagé l'adolescent et de ses implications, pourrait diagnostiquer l'adolescent avec un problème de santé mentale.

> *« Parce que cet adolescent est diagnostiqué par erreur avec un trouble mental (c.-à-d. un trouble oppositionnel avec provocation), le mauvais plan de traitement serait mis en œuvre en mettant l'accent sur la psychothérapie individuelle, la thérapie familiale et les médicaments »*. (Paniagua, 2018)

Certaines « réactions normales » aux contextes culturels peuvent être traitées comme des symptômes
Une personne migrante peut vivre un stress d'acculturation, qui résulte de la nécessité de naviguer entre deux ou plusieurs cultures et lorsque les normes, valeurs, croyances et comportements attendus dans ces cultures sont en conflit les uns avec les autres (Paniagua, 2018). Il est important de traiter sérieusement le stress d'acculturation ainsi que le stress lié au fait de vivre dans des conditions défavorisées et de ne pas le rejeter au motif qu'il s'agit d'une réaction normale, facile à comprendre. Comme l'a dit une femme migrante du groupe de discussion français :

> *« J'ai parfois l'impression que pour les travailleurs sociaux, il est normal que je ne sache pas où je vais dormir ou ce que je vais manger. C'est normal parce que je suis un immigrant et que je devrais m'y habituer. C'est normal parce que je ne me plains pas. Ils ne réalisent pas la détresse que je ressens, la peur que j'ai... pour eux, c'est normal, et je peux m'y habituer sans souci »*.

• INFLUENCE DE LA CULTURE DANS LA PRISE EN COMPTE ET LE TRAITEMENT DES TROUBLES MENTAUX

Les explications biologiques des troubles mentaux et les traitements proposés (médicaments, psychothérapies différentes) prédominants dans les cultures occidentales sont moins acceptés dans d'autres parties du monde.
En ce qui concerne les causes des troubles mentaux, une recherche qualitative canadienne (Langevin et coll., 2018) a tenté de mieux comprendre comment les parents migrants d'Afrique subsaharienne envisagent la maladie mentale et son

traitement. Sur les 8 parents interrogés, 7 pensent que certains troubles de santé mentale sont causés par des phénomènes surnaturels. Ce résultat est conforme à celui d'une autre étude récente, menée dans 18 pays africains, qui a montré que les croyances paranormales étaient bien ancrées parmi la population africaine. La proportion de participants qui croyaient que les troubles mentaux étaient causés par des causes surnaturelles variait de 15% en Ouganda à 95% sur la Côte d'Ivoire, avec une moyenne de 55% dans tous les pays concernés. Le scepticisme à l'égard des approches occidentales de la maladie mentale se manifeste au Bénin, où il n'y a qu'une dizaine de psychiatres pour 10 millions de personnes (Malheux-Lessard et al, 2014). Une travailleuse sociale du groupe de discussion espagnol a partagé sont experience :

> *« j'ai connu un patient qui, dans des situations stressantes, demandait à un parent décédé quoi faire... il ne pensait pas que la personne était là, mais il la concevait afin de faire le point. Il demandait conseil, comme une ressource... Cette habitude a pu être interprétée comme une psychose, mais elle lui a été utile ».*

Selon le courant afro-brésilien, l'un des principaux courants symboliques au Brésil, les causes des problèmes de santé mentale pourraient être les suivantes :

- De mauvaises relations avec les entités surnaturelles (esprits), qui perturbent la vie quotidienne d'une personne.
- Une connaissance proche de la personne lui en veut et peut avoir manipulé des forces négatives contre son intégrité mentale ou physique.

Pour obtenir un soulagement de la souffrance mentale, la personne doit :

- Pratiquer une série de rites sacrificiels pour faire la paix avec les esprits
- Participer à des rites de purification (par exemple des bains d'herbes) qui aident à se débarrasser des *« mauvais fluides »* ou - dans les cas plus graves –

> *« l'objectif sera de renvoyer le mal vers la personne qui l'a invoqué. Cela implique divers rites, y compris des sacrifices d'animaux, dont la taille variera en fonction de la puissance du mal à éloigner, ou la préparation d'aliments spécifiques qui seront utilisés comme sacrifices à quelque entité surnaturelle ».*

Un autre courant, le courant dit néo- pentecôtiste, traite les symptômes de santé mentale par des séances de prière et des rites spécifiques. Parmi la grande variété de pratiques, il y a un rituel spécifique connu sous le nom de *« services de délivrance »*, où les esprits sont expulsés du corps de la personne malade par des convulsions, des contractions et des tremblements tandis que le pasteur exhorte les disciples *« à dire le nom »* de l'esprit qui possède la personne malade. Les *« possessions spirituelles »* sont également une explication des symptômes du SSPT

(syndrome de stress post-traumatique) et des symptômes inexplicables liés aux traumatismes (stress, symptômes dissociatifs) dans certains pays (dont beaucoup sont des pays déchirés par la guerre), par exemple en République démocratique du Congo orientale. (Hecker et al, 2016).

La majorité des Brésiliens pensent encore que les causes sous-jacentes des problèmes de santé mentale sont liées à des causes spirituelles et cherchent donc des thérapies basées sur la religion (nous décrivons ces thérapies en bref dans le sous-chapitre suivant). Pour eux, *« les représentations de la psychiatrie en font un univers beaucoup plus mystérieux et dangereux que la sphère religieuse qu'ils utilisent tant »* (Aubrée, 2006).

> *« Au Brésil comme dans beaucoup d'autres pays, et pour une grande majorité de la population, la psychiatrie est intrinsèquement associée à la folie, et il n'est pas rare d'entendre des gens de la classe ouvrière dire qu'une visite dans un hôpital psychiatrique implique une incapacité pour vivre comme les autres. Une telle visite est généralement vécue par le patient et sa famille comme un signe permanent d'inadaptation sociale. C'est pourquoi elle est considérée par beaucoup comme un dernier recours dans la résolution... »* (Aubrée, 2006)

Enfin, l'existence de certains troubles mentaux, comme la dépression, n'est pas réellement reconnue dans certaines parties du monde.

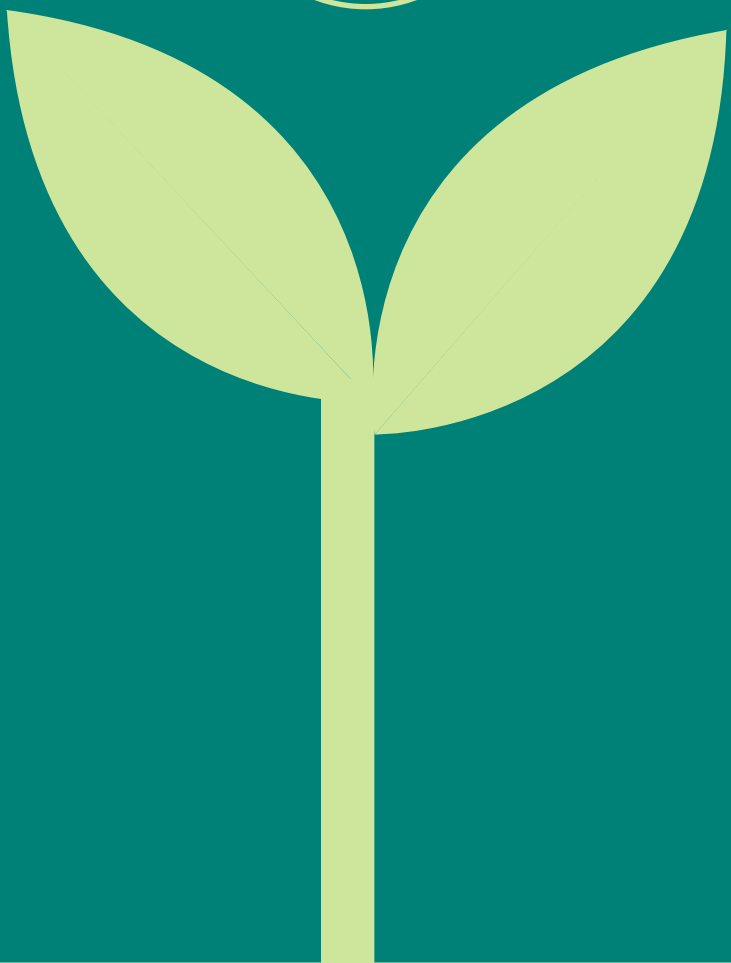
« Je ne peux pas m'empêcher de penser que la dépression est une maladie... En fait, c'est une question tellement absurde que les langues africaines n'ont jamais pris la peine de créer un mot pour la décrire », a partagé un auteur humoristique kenyan après le suicide de l'acteur américain Robin Williams (le suicide de l'acteur était à l'époque attribué à la dépression de l'acteur). Cette notion selon laquelle la dépression n'existe pas en Afrique a été partagée par une immigrante d'Afrique de l'Ouest dans le groupe de discussion français également :

> *« Dans ma ville, il n'y a pas de dépression, je pense que la vie est si dure que dès l'enfance, on apprend que pour survivre on ne peut pas pleurer pour rien, qu'on apprend à en rire et à aimer les choses simples ».* (Gberie, 2016)

Cette mentalité des Africains (il n'y a pas de dépression) contraste fortement avec la vision du monde généralement dépressive et pessimiste des Hongrois, qui est aussi un phénomène culturel :

> *« ...nous supposons que n'importe quoi sera mauvais. Donc, si quelque chose [par exemple un objet de valeur] disparaît, ils sont sûrs que quelqu'un l'a volé, ou si je dis que (...) je veux que ceci ou cela [réussisse], alors ils disent que vous ne réussirez pas, alors c'est si terrible que les gens se poussent si consciemment les uns les autres vers le bas..., tout le monde les pousse à bout, et tous pensent directement au pire »* (Travailleur social, groupe témoin hongrois)

3



CHAPITRE 3 : CONCEPT DE RÉSILIENCE PSYCHOLOGIQUE ET L'IMPACTE DE LA CULTURE SUR SES MANIFESTATIONS

Dans ce chapitre, nous allons d'abord expliquer comment la résilience est devenue le point de mire des chercheurs, comment ils l'ont définie et étudiée dans ses débuts. Ensuite, nous montrerons comment le concept de résilience a commencé à changer, et quels types d'adversités nous y associons. Nous décrirons les différentes sources de résilience (les facteurs dits de protection), avant de détailler les multiples moyens de mesurer cette résilience. Nous terminons ce chapitre en montrant de quelle façon la culture influe sur l'interprétation et la manifestation de la résilience.

3.1 CONCEPT DE RÉSILIENCE

• HISTORIQUE DU CONCEPT

Les premières études ayant exploré la question de la résilience se sont concentrées sur les enfants qui ont dû endurer de graves difficultés au début de leur vie et ont tenté de comprendre comment certains de ces enfants pouvaient surmonter les obstacles et s'intégrer dans la société. Ces études portaient principalement sur les traits de personnalité des enfants résilients, car la résilience était associée à une combinaison de traits qu'une personne avait à la naissance.
Emily Werner a été l'une des premières scientifiques à utiliser le terme résilience dans les années 1970. Elle a étudié une cohorte pluriethnique d'enfants (tous nés en 1955) sur l'île Hawaïenne de Kauai qui ont été exposés à la privation dès leur plus jeune âge, les a suivis de la naissance à l'âge de 32 ans et a étudié leurs performances dans un large éventail de domaines au fil du temps. (Werner 1971, 1989, 1996).

Ces enfants ont été élevés dans la pauvreté et beaucoup d'entre eux ont grandi avec des parents alcooliques ou mentalement déficients et/ou au chômage. Elle a constaté que les deux tiers de ces enfants présentaient de graves problèmes d'apprentissage ou de comportement à l'âge de 10 ans et avaient des antécédents de délinquance, des problèmes de santé mentale, de toxicomanie ou de grossesse à l'âge de 18 ans.
Un tiers d'entre eux, cependant, n'a pas montré de comportements destructeurs, a réussi à obtenir de bons résultats à l'école et plus tard au travail, a bénéficié d'un bon soutien social, est devenus un adulte adapté et attentionné. Werner a qualifié ce dernier groupe de « *résilient* ».

Plus tard, des chercheurs ont commencé à élargir leur champ d'action et, en plus des traits de personnalité des enfants résilients, ils ont examiné les aptitudes et les comportements pouvant être développés chez tous.

Malgré la tendance à considérer la résilience comme l'interaction entre les caractéristiques personnelles (innées et acquises) et les facteurs de protection provenant de l'environnement, l'interprétation précoce est encore aujourd'hui partagée par beaucoup, comme on peut le voir dans les opinions d'une travailleuse sociale et d'une personne accompagnée immigrée dans les groupes témoins francophones :

> *« J'ai rencontré des gens qui sont résilients, qui ont vécu des situations traumatisantes et qui ont pu rebondir, sans aide ni cours de yoga, la résilience fait partie de leur propre identité, ils sont nés avec cette capacité »* (Travailleur social, Groupe de discussion français)`

> *« Je crois que la capacité de résilience dépend de chaque individu : Je crois que nous sommes nés avec cette capacité ou pas du tout. Certaines personnes s'effondrent pour rien, d'autres vivent des situations extrêmes et en sortent plus fortes et plus riches sur le plan personnel. »* (Femme immigrante, Groupe de discussion francophone)

• COMPRÉHENSION ACTUELLE DE LA RÉSILIENCE

Comme nous l'avons mentionné plus haut, la façon dont les chercheurs perçoivent la résilience a considérablement changé depuis ses premières études.

Aujourd'hui, il n'existe pas de définition unique acceptée par tous, mais nous avons essayé ci-dessous de rassembler les aspects de la résilience sur lesquels la plupart des chercheurs s'accordent. Nous illustrons ces aspects par des citations tirées de nos groupes de discussion locaux ainsi que d'ouvrages spécialisés.

La résilience est liée à la capacité de surmonter l'adversité, les épreuves et les difficultés.

> *« ...pour que la résilience apparaisse, la douleur, le traumatisme et le dépassement de soi doivent avoir eu lieu »* (Travailleur social, groupe de discussion espagnol)

C'est un résultat qui émerge d'un processus et, par conséquent, il est difficile de décider quand l'évaluer ou de savoir si un comportement ou un état émotionnel dont on est actuellement témoin tend vers la résilience ou le dysfonctionnement.

> *« Un enfant peut lutter pendant des années, par exemple, contre l'influence caustique d'un contexte familial marqué par la violence... Néanmoins, cet enfant ferait preuve d'une résilience émergente s'il franchissait les étapes normales de son développement et répondait aux attentes culturellement pertinentes en matière de compétence et d'adaptation psychologique »* (Bonanno et al, 2015)

Elle peut se développer tout au long de la vie (pas seulement pendant l'enfance). Il ne s'agit pas seulement d'éviter les conséquences négatives....

> *« L'une des avancées majeures mentionnées par certains participants a été le retour des enfants après avoir été pris en charge par les services sociaux. D'autres participants ont mentionné ce qu'ils avaient réussi à éviter - ne pas avoir à faire appel aux services sociaux, être radié du registre des personnes à risque, ne pas avoir de casier judiciaire ou de comportement antisocial - indiquant que le fait d'éviter ce qu'eux-mêmes ou d'autres avaient prévu semblait également être considéré comme un indicateur de réussite. »* (Canvin et al, 2009)

...mais aussi de permettre une adaptation positive

> *« La résilience est la capacité de surmonter une situation traumatisante, d'en tirer le positif et d'utiliser la douleur comme un apprentissage et une croissance, comme un ressort pour sortir et se transformer, d'acquérir des compétences qui resteront à vie... Pourquoi sommes-nous, travailleurs sociaux, attirés vers ces métiers et situations ? Parce que ce que nous voulons, c'est tirer quelque chose de notre souffrance... »* (Travailleur social, groupe de discussion espagnol)

> *« Tomber dans une fosse et pouvoir s'épanouir...quelque chose que vous n'auriez jamais pensé pouvoir surmonter »* (Travailleur social, groupe de discussion espagnol)

Elle ne peut être comprise uniquement en étudiant les facteurs individuels. Les caractéristiques de l'environnement familial et de l'environnement plus large d'une personne (société, culture) et l'interaction continue entre l'individu et son environnement jouent également un rôle crucial ; l'accent mis auparavant sur les ressources individuelles a détourné l'attention de la responsabilité des familles, communautés et gouvernements.

Même lorsque nous étudions les facteurs individuels, ils ne sont pas seulement liés aux traits de personnalité, mais aussi aux aptitudes, aux comportements, à la pensée et aux styles d'adaptation qui peuvent être acquis.

Être résilient ne signifie pas qu'une personne n'éprouve pas de difficultés ou de détresse.

> *« ... ça [la résilience] m'apporte la capacité de faire face à quelque chose, de travailler sur le problème et je suis alors capable d'avancer à un autre niveau, je peux redescendre [mentalement à un niveau « normal »], l'équilibre mental est très important. Cela ne veut pas dire que nous sourions constamment, mais que oui, le changement d'humeur peut être maintenu dans la normalité. »* (Travailleur social, groupe de discussion hongrois)

Bien que les chercheurs essaient de trouver des définitions larges et complexes de la résilience, celle-ci peut avoir une signification subjective différente pour chaque personne (selon ses attentes ou sa capacité à apprécier de petits succès). Alors que certaines des réalisations décrites par les participants étaient des marqueurs communs de *« réussite »* : les enfants réussissant bien à l'école, trouvant un emploi ou achetant une maison, d'autres étaient moins évidentes et pouvaient donc facilement être négligées, comme le fait d'amener les enfants à l'école et à temps (Canvin et al, 2009).

> *«Il y a beaucoup d'amour dans cette maison et OK, ils n'ont pas la meilleure télé ou la meilleure voiture en peluche et nous n'allons pas à l'étranger pour nos vacances mais Dieu que nous nous sommes amusés, et j'avais l'habitude de rendre ça plus amusant, c'est mon truc pour faire avec»* (Canvin et al, 2009, un usager)

D'une part, il n'existe pas d'enfant ou de personne *« invulnérable »* qui puisse surmonter tout obstacle ou adversité qu'il ou elle rencontre dans la vie sans problèmes, revers, pertes.

D'autre part, même si les personnes sont - à juste titre - touchés par les difficultés de leur vie, ils font souvent preuve de résilience, ce qui signifie que ce n'est pas le privilège d'une poignée de personnes sélectionnées de pouvoir surmonter des difficultés (même extrêmes). La résilience est ordinaire, pas extraordinaire.

Enfin, ce qui rend un individu résilient à ses propres yeux ou à ceux de son environnement (famille, société) est dans une large mesure culturellement prédéfinie (nous allons explorer cet aspect de la résilience dans le sous-chapitre 3.4)

• TYPES D'ADVERSITÉS (RÉSILIENCE À QUOI ?)

Avant de parler des facteurs de protection qui aident les gens à surmonter les difficultés, nous décrivons brièvement les types d'adversités qui apparaissent dans la bibliographie sur la résilience.

Les événements/expériences indésirables sont ceux qui augmentent la probabilité de psychopathologie ou la vulnérabilité des individus à des résultats négatifs pour leur développement (Goyos, 1977, cité par Boyden et Mann, 2005).

Les adversités sont plus difficiles à surmonter - si tous les autres facteurs sont égaux - quand elles apparaissent au début de la vie plutôt qu'à la fin, car le cerveau en développement des enfants est plus sensible aux expériences négatives, leurs fonctions cognitives et affectives sont moins développées, ils ont moins de moyens pour résoudre leurs problèmes et ils dépendent davantage de leur environnement.

Nous pouvons également faire la distinction entre l'adversité aiguë et l'adversité chronique. L'adversité aiguë est relativement isolée, sa durée est courte (par exemple un mois). Exemples : catastrophes naturelles, accidents, mort subite d'un proche.

L'adversité chronique implique des expériences négatives répétées qui peuvent durer des mois ou des années. Exemples : abus/négligence à la maison ou à l'école/au travail, troubles mentaux des parents, pauvreté, difficultés liées à l'immigration (par exemple discrimination, problèmes financiers, statut juridique non résolu), maladie chronique, sans abris, stress quotidien.
Enfin, nous pouvons décrire les adversités en fonction de leur intensité (combien de types d'adversités sont présents à la fois et quelle est l'intensité de chaque adversité) et de leurs impacts à court et à long terme. La mort subite d'un parent ou un accident grave peut être qualifié d'adversité aiguë (l'événement lui-même est terminé en peu de temps), mais ils ont encore des effets à long terme.

3.2 FACTEURS DE PROTECTION

Nous allons maintenant explorer les caractéristiques/actions des individus et leur environnement proche et plus large qui pourraient les aider à surmonter les difficultés et même à se développer. On pourrait appeler ces facteurs « *facteurs de protection* » ou « *sources de résilience* ».
Un exemple pour catégoriser les facteurs de protection peut être le suivant :

- Ressources de l'individu
- Facteurs de protection dans son réseau personnel
- Facteurs de protection dans la communauté/culture

• RESSOURCES DE L'INDIVIDU

Emily Werner a identifié certaines caractéristiques distinctives -jeunes enfants hawaïens- qui pouvaient mieux s'adapter dans des conditions difficiles, telles que :

- Ils étaient affectueux et faciles à traiter.
- Ils pourraient être autonomes, mais pourraient aussi demander de l'aide en cas de besoin.
- Ils avaient de bonnes aptitudes à la communication et à la résolution de problèmes pratiques.
- Ils ont utilisé tous les talents qu'ils avaient efficacement
- Ils avaient un passe-temps ou un intérêt particulier qu'ils partageaient avec un ami et qui leur donnait un sentiment de fierté.
- Ils étaient nourrissants et émotionnellement sensibles.
- Ils croyaient fermement en l'efficacité de leurs propres actions (efficacité personnelle élevée) et en une grande estime de soi.
- Ils avaient le sens des responsabilités

Nous pouvons ajouter d'autres facteurs de protection individuels qui ont depuis été identifiés par d'autres études, tels que :

- Le sens de l'humour - qui a également été mentionné dans nos groupes de discussion locaux :

«Il faut savoir rire et prendre du recul dans certaines situations, c'est important.» (Travailleur social, groupe de discussion en français)

- Flexibilité, adaptabilité
- Pouvoir vivre dans l'incertitude
- Etre capable d'apprécier les petits succès

« ... être reconnaissant et chercher la joie dans les petites choses, même dans une situation très difficile » (p. ex : maladie en phase terminale) (travailleurs sociaux, groupe de discussion hongrois)
« ... Apprenez à apprécier chaque jour que la vie vous offre, apprenez que le bonheur est dans les petites choses de chaque jour... » (Femme immigrante, groupe de discussion français)

- Bonne connaissance de soi (reconnaître ses émotions, ses besoins, ses motivations)

• Bonnes compétences en autogestion (capacité de maîtriser ses émotions, de gérer les revers, de faire des plans réalistes et de persévérer dans l'atteinte de ses objectifs).
• Empathie et capacité d'adopter le point de vue des autres
• L'évaluation du défi au lieu de l'évaluation de la menace

« Il y a évaluation de la menace lorsqu'une personne perçoit les exigences d'un facteur de stress comme dépassant ses ressources ou sa capacité d'adaptation, alors que l'évaluation des défis survient lorsqu'une personne perçoit ces exigences comme étant dans les limites de ses ressources ou de sa capacité d'adaptation » (Bonnano et al. 2015)

• Méthodes d'adaptation (avoir un animal domestique, faire du sport, marcher, analyser des situations et essayer d'apprendre d'elles, demander de l'aide, écouter de la musique, lire, sociabiliser, etc.)
• Aptitude personnelle à donner un sens à sa vie

Les caractéristiques suivantes se sont révélées être des facteurs de protection individuelle particulièrement importants pour les professionnels aidants (Grant et Kinman, 2014) :

• Capacité de réflexion : être capable de réfléchir sur ses propres forces et limites, ses motivations, ses pratiques.
• Intelligence émotionnelle : être à l'écoute de ses propres émotions et besoins et de ceux des autres, et être capable de les gérer.
• Confiance sociale : affirmation de soi, bonnes aptitudes à la résolution de conflits et capacité de remettre en question les mauvaises pratiques cliniques et d'y résister.
• Empathie justifiée : être capable de

« construire des relations de compassion avec les usagers sans devenir sur-impliqué émotionnellement et en état de détresse émotionnelle. » (Grant et Kinman, 2014)

• FACTEURS DE PROTECTION DANS NOTRE RÉSEAU PERSONNEL

D'après la documentation et nos groupes de discussion, les facteurs de protection importants dans le réseau personnel d'une personne sont les suivants :

• Entretenir des relations parents-enfants
• Un style pédagogique parental cohérent et constructif
• Bonne relation avec la famille étendue.

« Ce qui m'a aidée à continuer à vivre après avoir tout perdu quand j'ai quitté mon pays, c'est l'amour de ma famille et de savoir qu'ils avaient besoin de moi, de savoir que mon succès en France était le leur. » (Femme immigrante, groupe de discussion francophone)

• Liens étroits avec d'autres personnes qui sont semblables à soi-même

« Une fois en France, quand je suis arrivée, connaître d'autres femmes

de mon quartier m'a donné de l'espoir, j'ai pu rire et partager quelques bons moments. Elles m'ont aidée à connaître des associations où je pouvais apprendre la langue et trouver un emploi. Je pense qu'être bien entourée aide beaucoup à rebondir. » (Femme immigrante, groupe de discussion francophone)

- Acceptation par les pairs
- Soutien social perçu (le fait de savoir qu'on a des personnes vers qui se tourner en cas de besoin ; il peut différer du soutien social réel ; par exemple, les personnes déprimées peuvent ne pas avoir le sentiment de pouvoir se tourner vers qui que ce soit alors qu'objectivement cela leur est possible.
- Avoir des mentors ou des modèles

Bien qu'un attachement solide à ses parents crée la base d'un développement émotionnel sain, tout le monde n'a pas cette chance lorsqu'il est enfant. Werner a constaté que les enfants résilients qui n'avaient pas une relation sûre avec l'un ou l'autre de leurs parents :

- Avaient des liens étroits avec au moins une personne compétente, stable et à l'écoute de ses besoins.
- Ont trouvé quelqu'un au sein de la famille (comme des grands-parents ou des frères et sœurs plus âgés) avec qui ils pouvaient nouer des liens.
- Si aucun membre de la famille élargie ne pouvait fournir une base sûre, ils devenaient alors particulièrement proches de leurs amis et/ou des parents de leurs amis et ils pouvaient ainsi avoir une perspective positive de la vie familiale.
- Avaient reçu suffisamment de bons soins pour établir un sentiment de confiance de base.

Boris Cyrulnik, neuropsychiatre, qui a consacré une grande partie de ses recherches et de sa pratique à la compréhension des processus qui sous-tendent la résilience individuelle et collective, a également souligné l'importance d'un attachement sûr. Il a déclaré qu'une figure d'attachement sûre peut également apparaître plus tard dans la vie (par exemple, sous la forme d'un enseignant, d'un mentor, d'un ami). Il pense que le besoin de se sentir aimé, protégé et validé est un besoin permanent tout au long de notre vie, car c'est ce qui nous permet de reconnaître nos compétences, nos ressources, nos capacités cachées, surtout dans les situations où nous sommes exposés à des situations douloureuses. Parfois, l'attitude humanisante et l'apparence encourageante d'un travailleur social ou d'un professionnel aidant peuvent faire toute la différence pour les personnes accompagnées, qui reçoivent encouragements, valorisation et reconnaissance.

• FACTEURS DE PROTECTION DANS LA COMMUNAUTÉ/ CULTURE

Enfin, examinons certains facteurs qui pourraient aider les personnes à surmonter les adversités au niveau communautaire/culturel.

Ressources fournies par la communauté :

- Accès à l'école et à l'éducation, à l'information, aux ressources d'apprentissage
- Possibilités d'emplois adaptés à l'âge de la personne
- Attitude tolérante de la communauté à l'égard des comportements à haut risque et des comportements problématiques
- Les besoins en matière de sûreté et de sécurité sont satisfaits
- Perception de l'équité sociale
- Services sociaux adéquats (fournis par des organisations gouvernementales et non gouvernementales)
- Une situation de vie stable

Ressources fournies par la culture :

- Des valeurs, des normes qui guident la prise de décision au quotidien
- Réponses culturelles/spirituelles à des défis difficiles, aidant à donner un sens à la vie.
- Possibilité de participer à des activités communautaires, procurant un sentiment d'appartenance.

Interaction entre les différents niveaux

Les facteurs de protection sur les plans individuel, familial, communautaire et culturel sont interdépendants et s'influencent les uns les autres de nombreuses façons, par exemple :

- Les membres du réseau personnel d'une personne deviennent des modèles de comportement positif et contribuent au développement des centres d'intérêt et des compétences.
- Les réseaux personnels peuvent aussi avoir une forte influence sur les valeurs, les normes et les croyances.
- La signification, les valeurs et les croyances auront un effet en tant que facteurs de motivation pour les activités dans lesquelles on s'engage et donc les compétences qu'on développe.
- Les valeurs et les croyances influencent le choix des personnes avec lesquelles on interagit.
- La culture a un impact sur la façon dont les gens communiquent leurs sentiments, sur la façon dont ils communiquent avec leurs proches, sur le type de ressources communautaires qu'ils sont prêts à utiliser.

Après avoir exploré quels types de résultats sont liés à la résilience et quelles ressources peuvent aider les gens à atteindre ces résultats, jetons un coup d'œil aux mesures que les chercheurs utilisent pour évaluer la résilience d'une personne.

3.3 MESURER LA RÉSILIENCE

Comme il n'existe pas de définition largement acceptée de la résilience, il n'existe pas une unique échelle couramment utilisée pour la mesurer.
Windle et ses collègues (2011) ont identifié 15 échelles de résilience différentes à partir desquelles nous décrivons ici les 3 échelles - Brève échelle de résilience, CD-RISC, RSA - qui ont obtenu le meilleur classement (toutes évaluant la résilience des adultes).

Brève échelle de résilience

Elle comporte six éléments et vise à évaluer la capacité de rebondir ou de se remettre du stress. Il ne mesure que les résultats (dans quelle mesure on peut faire face au stress) et ne demande pas les ressources vers lesquelles on peut se tourner pour gérer le stress. Chaque énoncé doit être évalué sur une échelle de 1 à 5 (de fortement en désaccord à fortement en accord).

Exemples :

- « J'ai l'habitude de traverser les moments difficiles avec peu de problèmes. »
- « C'est dur pour moi de prendre du recul quand quelque chose de mauvais arrive »

Échelle de résilience de Connor-Davidson (CD-RISC)

L'échelle comporte 25 éléments et utilise à la fois des mesures des résultats et des facteurs de protection. Les énoncés doivent être évalués sur une échelle de 0 à 4 (de pas vrai du tout à vrai presque tout le temps).

Exemples d'éléments (pour mesurer les résultats) :

- Tendent à rebondir après une maladie ou une épreuve
- Le contrôle de votre vie
- Difficilement découragé par l'échec

Exemples d'éléments (pour l'évaluation des ressources) :

- Capable de s'adapter au changement
- Voir le côté humoristique des situations
- Peut gérer des sentiments désagréables
- Sous pression, se concentrer et penser clairement
- Prendre des décisions impopulaires ou difficiles.

Échelle de résilience pour adultes (RSA)

Cette échelle comprend 33 éléments et évalue les facteurs de protection dans 6 domaines (nous incluons également quelques exemples pour chacun d'eux) :

- *Perception de soi :*
  - ✳ Croire en mes capacités
  - ✳ Résoudre mes problèmes personnels

- *Perspectives d'avenir :*
  - ✳ Je préfère planifier mes activités
  - ✳ Un bel avenir m'attend

  - ✳ Compétence sociale :
  - ✳ Bien communiquer avec les nouvelles personnes
  - ✳ Aimer être avec d'autres personnes

- *Style structuré :*
  - ✳ Respecter les règles quotidiennes même dans les situations difficiles
  - ✳ Des règles régulières facilitent ma vie quotidienne

- *Cohésion familiale :*
  - ✳ Ma famille est d'accord sur les questions importantes de la vie
  - ✳ Ma famille est honnête entre eux

- *Ressources sociales :*
  - ✳ Avoir des amis ou des membres de ma famille qui m'encouragent
  - ✳ Il y a des membres de ma famille ou des amis qui m'aident

L'évaluation de la « *résilience indirecte* » (impact positif du travail avec les survivants de traumatismes sur les professionnels) peut également intéresser les travailleurs sociaux et les autres professionnels de la santé. L'Échelle de résilience par procuration (VRS) est le premier outil élaboré à cette fin, qui comporte 27 éléments permettant de mesurer les impacts positifs possibles d'un tel travail (Killian et al, 2017).

Exemples :

- ✳ En mesure de garder les situations en perspective
- ✳ A appris à faire face à des situations difficiles
- ✳ Liés aux gens dans la vie
- ✳ Les objectifs et les priorités ont évolué
- ✳ Plus attentif et réfléchi
- ✳ Inspiré par la capacité des personnes à persévérer
- ✳ Pleins d'espoir quant à la capacité personnes à guérir et à se remettre des traumatismes.
- ✳ Notifie les récits de traumatismes des oersinnes accompagnées sans se perdre dans ceux-ci.

Enfin, nous pouvons examiner les résultats qui sont mesurés lorsque les chercheurs étudient l'impact des formations en résilience dans le milieu du travail (Robertson et al, 2015). D'après 14 de ces études, voici les signes de résilience les plus fréquemment mesurés :

- Santé mentale et bien-être subjectif : absence d'anxiété, dépression, émotions négatives, présence de vitalité, bien-être psychologique
- Résultats psychosociaux : optimisme, espoir, calme, équilibre travail-vie personnelle
- Résultats physiques/biologiques : absence de fatigue, de maladie, de symptômes corporels
- Résultats en matière de rendement : augmentation de la productivité

3.4 CULTURE ET RÉSILIENCE

Examinons maintenant de quelle façon la culture influe sur la compréhension qu'ont les personnes de la résilience, quels indicateurs sont utilisés pour mesurer le bon fonctionnement psychologique et social ou comment ceux-ci gèrent les difficultés de la vie.

• INFLUENCE DE LA CULTURE DANS LA PRISE EN COMPTE ET LE TRAITEMENT DES TROUBLES MENTAUX

La façon dont nous évaluons certains résultats comportementaux et psychologiques (que nous les voyions comme des signes de résilience ou des signes de problèmes de santé mentale) pourrait dépendre des normes et des attentes culturelles que nous avons.

Certains comportements qui semblent destructeurs du point de vue de la société majoritaire pourraient être considérés comme des comportements compréhensibles, voire adaptatifs du point de vue de la minorité.
L'un des participants au groupe de discussion hongrois pour les travailleurs sociaux a donné un exemple à cet égard. Il a mentionné que le même comportement - un élève ne fait pas attention pendant les cours - pourrait être considéré comme un signe de problème de santé mentale (par exemple, un trouble de déficit d'attention et d'hyperactivité) si l'élève est issu d'un milieu majoritaire stable, alors qu'il pourrait être considéré comme « *paresseux* » ou « *irrespectueux* » si un élève vient d'une famille Rom défavorisée. On pourrait ajouter une troisième interprétation : ce comportement pourrait être considéré comme un signe de défi justifié ou de « *résilience cachée* » :

> *« Prenons, par exemple, le comportement des élèves qui ont séché les cours. Les éducateurs pourraient avancer qu'il s'agit d'actes illicites de la part des élèves. Une autre hypothèse serait que les élèves résistent à un système qui n'a pas réussi à les éduquer d'une manière adaptée à leur style d'apprentissage. »* (Ungar, 2005) *;*

Parfois, le besoin d'appartenance, le besoin d'être accepté par sa propre family/subculture est si fort qu'il peut entrer en conflit avec l'intégration de la minorité dans la société majoritaire. Selon un travailleur social du groupe de discussion hongrois, pour de nombreux enfants roms qui grandissent dans des familles d'accueil, les modèles parentaux (par exemple, les valeurs, les attitudes, le style de vie) sont les plus importants. Les parents rendent régulièrement visite à leurs enfants dans les foyers d'accueil et leur promettent de les sortir un jour de l'institution. Beaucoup de ces parents s'opposent aux disciplines ou valeurs que les enfants rencontrent dans la famille d'accueil et mettent l'accent sur les valeurs familiales, même si les valeurs familiales sont destructrices (par exemple, la façon

de gérer les conflits se fait par l'agression).
Parfois, les migrants semblent bien s'en sortir, montrent des signes d'adaptation réussie au regard des normes de la société d'accueil (par exemple, ils ont un emploi, un soutien social, ne souffrent pas de maladie mentale ou physique), alors qu'elles se sentent mal à l'aise, souffrent de maladies dans leur pays d'origine, se sentent dévalorisées par rapport au statut dont elles jouissent dans celui-ci.

Dans les sociétés individualistes, l'indépendance, l'autonomie, l'actualisation de soi, l'établissement et la poursuite d'objectifs personnels ou la communication affirmée pourraient être tous des signes d'adaptations positives. Tandis que dans les sociétés plus collectivistes, les indicateurs d'adaptations positives pourraient être des caractéristiques comme la loyauté, l'abnégation, le respect envers l'autorité ou la poursuite d'objectifs collectifs.

> *« On peut imaginer la controverse si les familles occidentales étaient jugées selon les normes de sociétés plus collectivistes, comme celles des communautés islamiques, asiatiques et aborigènes... Selon ces normes, de nombreux adultes des classes moyennes des banlieues seraient très désordonnés si les critères de fonctionnement étaient complètement inversés pour privilégier les populations moins développées sur le plan économique mais qui sont socialement unies à l'échelle planétaire. On pourrait imaginer toute une série de symptômes psychologiques associés aux modes de vie occidentaux : aliénation, matérialisme, désintérêt pour la famille, institutionnalisation des personnes âgées, manque d'espaces publics partagés, et manque de contacts physiques. Tous ces facteurs seraient la preuve d'un dysfonctionnement grave chez les Occidentaux. »* (Ungar, 2010)

• INFLUENCE DE LA CULTURE SUR LES FACTEURS DE PROTECTION

Les moyens acceptables d'adaptation peuvent être très différents pour des personnes appartenant à des cultures différentes. Certains facteurs qui semblent protecteurs dans un contexte peuvent être inadaptés dans un autre contexte.

Prenons l'exemple de l'acquisition du langage (compétences en communication) : Particulièrement chez les immigrants, les conflits liés à l'acculturation entre les parents (la culture originale comme référence) et les enfants (plus assimilés à la culture d'accueil) peuvent affaiblir les liens parent-enfant. (Castro et Murray, 2010). Ou vica versa, ce qui semble être une mauvaise adaptation du point de vue d'une personne vivant dans un pays stable et pacifique, peut être une solution adaptative du point de vue d'une personne vivant dans un pays ravagé par la guerre.

> *« ... un jeune homme de l'Inde rurale qui se joint à un groupe paramilitaire pour participer à la défense du droit de sa communauté ethnique*

à l'autodétermination peut acquérir un sentiment d'appartenance, un sens personnel, de l'auto-efficacité, des compétences de vie, une vocation et exprimer son identification culturelle et ethnique, tous aspects du fonctionnement sain associé à la résilience, par son adaptation non traditionnelle et illégale. » (Ungar, 2008)

Les cultures définissent également les difficultés qui pourraient être partagées, de quelle manière et avec qui. Demander de l'aide au cas où l'on éprouverait des symptômes de troubles mentaux pourrait être stigmatisé dans certaines communautés.

> « *Les jeunes, principalement les Roms, n'admettent pas les troubles mentaux (même s'ils le reconnaissent) afin d'éviter la stigmatisation des autres jeunes (Roms). Ils ont beaucoup de mal à admettre qu'il y a un problème avec moi, qui suis jeune, ils préfèrent se cacher derrière un arbre que de le révéler.* » (Travailleur social, groupe de discussion hongrois)

Dans le même ordre d'idées, les personnes forment des communautés plus petites et plus étroites, où les nouvelles se répandent plus facilement et plus rapidement (par exemple dans les villages, les petites villes) et ont tendance à reconnaître plus tard les problèmes de santé mentale, comme la dépression, ainsi que les demandes de soins (dans un état plus grave) que celles des grandes villes.
Dans ces cas, les professionnels/personnes ressources à qui s'adressent les gens pour obtenir une « *aide professionnelle* » sont culturellement définies, qu'ils s'adressent à un psychologue, à l'église ou au chaman (comme nous l'avons vu au chapitre 2.3. aussi bien).

> « *D'où je viens, quand tu as un problème, tu dois prier ou voir le chaman, ici on t'envoie voir un psychologue.* » (Femme immigrante, groupe de discussion francophone)

Deux immigrantes africaines du groupe de discussion français ont fait part de leurs observations sur la façon dont elles peuvent se tourner vers leur communauté pour se faire réconforter alors que les Français et les Européens ne semblent pas avoir cette option à maintes reprises.

> « *Je sais que dans certaines cultures, pour se guérir d'un malheur, il faut pleurer et en parler au plus grand nombre, pour mieux guérir la blessure. Ici, vous pouvez avoir l'air fou si vous pleurez et racontez vos histoires à quelqu'un que vous ne connaissez pas très bien.* » (Femme immigrante, groupe de discussion francophone)

> *« Je pense que c'est culturel : en Afrique, nous vivons dans la misère et nous continuons à danser et à chanter. Ici, en Europe, tu perds ton boulot ou ton copain te quitte et tu te jettes d'un pont. »* (Femme immigrante, groupe de discussion francophone)

Enfin, certaines expériences traumatisantes (par exemple le viol ou les abus sexuels) ne peuvent être partagées dans certaines cultures.

BIBLIOGRAPHIE

Références du Chapitre 1

⁕ Balloch, S., Pahl, J., & McLean, J. (1998). *Working in the social services: Job satisfaction, stress and violence*. The British Journal of Social Work, 28(3), 329-350.

⁕ Blomberg, H., Kallio, J., Kroll, C., & Saarinen, A. (2014). *Job stress among social workers: Determinants and attitude effects in the Nordic countries*. The british journal of social work, 45(7), 2089-2105.

⁕ Collings, JA., Murray, PJ. (1996). *Predictors of Stress Amongst Social Workers: An Empirical Study.* The British Journal of Social Work, 26, 375-387.

⁕ Collins, S. (2007). Statutory social workers: Stress, job satisfaction, coping, social support and individual differences. British Journal of Social Work, 38(6), 1173-1193.

⁕ Evans S, Huxley P, Gately C, Webber M, Mears A, Pajak S, Medina J, Kendall T, Katona C. (2006). *Mental health, burnout and job satisfaction among mental health social workers in England and Wales*. The British Journal of Psychiatry, 188(1):75-80.

⁕ Fisher, E. A. (2009). *Motivation and leadership in social work management: A review of theories and related studies*. Administration in social work, 33(4), 347-367.

⁕ Graham, J. R., & Shier, M. L. (2014). *Profession and workplace expectations of social workers: Implications for social worker subjective well-being*. Journal of Social Work Practice, 28(1), 95-110.

⁕ Griffiths, A., & Royse, D. (2017). *Unheard voices: Why former child welfare workers left their positions*. Journal of Public Child Welfare, 11(1), 73-90.

⁕ Griffiths, A., Royse, D., & Walker, R. (2018). *Stress among child protective service workers: Self-reported health consequences*. Children and Youth Services Review, 90, 46-53.

⁕ Huxley P, Evans S, Gately C, Webber M, Mears A, Pajak S, Kendall T, Medina J, Katona C. (2005). *Stress and Pressures in Mental Health Social Work: The Worker Speaks*. British Journal of Social Work, 35, 1063–1079

⁕ Kapoulitsas, M., & Corcoran, T. (2015). *Compassion fatigue and resilience:*

A qualitative analysis of social work practice. Qualitative social work: Research and practice, 14(1), 86-101.

⁕ Kraft, U. (2006). Burned out. Scientific American Mind, 17(3), 28-33.
Lazarus, R. S. (1966). Psychological stress and the coping process. New York: McGraw-Hill.

⁕ Lloyd, C., King, R. & Chenoweth, L. (2002). *Social work, stress and burnout: A review.* Journal of Mental Health (2002) 11, 3, 255–265

⁕ Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P., Schaufeli, W. B., & Schwab, R. L. (1986). *Maslach burnout inventory* (Vol. 21, pp. 3463-3464). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

⁕ Morazes, J. L., Benton, A. D., Clark, S. J., & Jacquet, S. E. (2010). *Views of specially-trained child welfare social workers: A qualitative study of their motivations, perceptions, and retention.* Qualitative Social Work, 9(2), 227-247.

⁕ Pösö, T., & Forsman, S. (2013). *Messages to social work education: What makes social workers continue and cope in child welfare?* Social work education, 32(5), 650-661.

⁕ Rouzeau, M. (2016). *Vers un État social actif à la française ?* Rennes, France : Presses de l'EHESP.

⁕ Scholar, H. (2016). *"A social worker first and foremost": The motivation and experiences of recently qualified social workers in posts not requiring social work registration in England*. Critical and Radical Social Work, 4(2), 249-266.

⁕ Shier, M. L., Graham, J. R., Fukuda, E., Brownlee, K., Kline, T. J., Walji, S., & Novik, N. (2012). *Social workers and satisfaction with child welfare work: Aspects of work, profession, and personal life that contribute to turnover.* Child Welfare, 91(5), 117-138.

⁕ Stevens M, Moriarty J, Manthorpe J, Hussein S, Sharpe E, Orme J, Mcyntyre G, Cavanagh K, Green-Lister P, Crisp BR. (2012). *Helping others or a rewarding career?* Investigating student motivations to train as social workers in England. Journal of Social Work, 12(1):16-36.

Références du Chapitre 2

⁕ Aubrée, M. (2006). *Brazil: Mental Health and the Magic-Religious Sphere*. Revue Tiers Monde, (3), 547-556.

⁕ Frances, A. (2014). *Putting the Mind and Soul Back Into Psychiatry*. Psychology Today. Retrieved from:
• https://www.psychologytoday.com/intl/blog/saving-normal/201412/putting-the-mind-and-soul-back-psychiatry

⁕ Frances, A. (2016). *Can DSM-5 Correct Its Mistakes?* Psychology Today. Retrieved from:
• https://www.psychologytoday.com/intl/blog/saving-normal/201603/can-dsm-5-correct-its-mistakes

⁕ Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. World Psychiatry, 14(2), 231-233.

⁕ Gberie, L. (2016). *Mental illness: Invisible but devastating*. Africa Renewal Online. Retrieved from:
• https://www.un.org/africarenewal/magazine/december-2016-march-2017/mental-illness-invisible-devastating

⁕ Guldberg, H. (2014). *Review: Saving Normal*. Psychology Today. Retrieved from :
• https://www.psychologytoday.com/intl/blog/reclaiming-childhood/201407/review-saving-normal-0

⁕ Hall, E, T. (1976) *Beyond Culture*. New York Anchor Press/Double day

⁕ Hecker, T., Barnewitz, E., Stenmark, H., & Iversen, V. (2016). *Pathological spirit possession as a cultural interpretation of trauma-related symptoms*. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 8(4), 468.

⁕ Hinton, D. E., & Lewis-Fernández, R. (2011). *The cross-cultural validity of posttraumatic stress disorder : implications for DSM-5*. Depression and anxiety, 28(9), 783-801.

⁕ Keyes, C. L. (2006). *Mental health in adolescence: Is America's youth flourishing?*. American journal of orthopsychiatry, 76(3), 395-402.

⁕ Keyes, C. L. (2014). *Mental health as a complete state: How the salutogenic perspective completes the picture. In Bridging occupational, organizational and*

public health (pp. 179-192). Springer, Dordrecht.

⁕ Langevin, R., Lavoie, É. et Laurent, A. (2018). *Les croyances culturelles sur la santé mentale : points de vue de parents francophones migrants de l'Afrique subsaharienne*. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 66, 81–89.

⁕ Malheux-Lessard A, Chaloult G, Montigny C, Dussault-Laurendeau M. *Stage au Bénin : une expérience de coopération internationale en psychiatrie*. L'Actualité Médicale ; 2014. P. 22

⁕ Paniagua, F.A. (2018). *"ICD-10 versus DSM-5 on cultural issues*." Sage Journals, 8(1): 1-14.

⁕ Raskin, J. (2017). *Top 10 Things You May Not Know About the ICD-10*. Psychology Today. Retrieved from:
• https://www.psychologytoday.com/us/blog/making-meaning/201712/top-10-things-you-may-not-know-about-the-icd-10
• WHO (2014): https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
• WHO (2019): https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders

Références du Chapitre 3

* Bonanno, G. A., Romero, S. A., & Klein, S. I. (2015). *The temporal elements of psychological resilience: An integrative framework for the study of individuals, families, and communities*. Psychological Inquiry, 26(2), 139-169.

* Boyden, J., & Mann, G. (2005). *Children's risk, resilience, and coping in extreme situations*. Handbook for working with children and youth: Pathways to resilience across cultures and contexts, 3, 26.

* Canvin, K., Marttila, A., Burstrom, B., & Whitehead, M. (2009). *Tales of the unexpected? Hidden resilience in poor households in Britain*. Social Science & Medicine, 69(2), 238-245.

* Castro, F. G., & Murray, K. E. (2010). *Cultural adaptation and resilience*. Handbook of adult resilience, 375-403.

* Grant, L., & Kinman, G. (2014). *Emotional resilience in the helping professions and how it can be enhanced*. Health and Social Care Education, 3(1), 23-34.

* Gunnestad, A. (2006). *Resilience in a cross-cultural perspective: How resilience is generated in different cultures*.

* Hjemdal, O., Friborg, O., Braun, S., Kempenaers, C., Linkowski, P., & Fossion, P. (2011). *The Resilience Scale for Adults: Construct validity and measurement in a Belgian sample*. International Journal of Testing, 11(1), 53-70.

* Killian, K., Hernandez-Wolfe, P., Engstrom, D., & Gangsei, D. (2017). *Development of the Vicarious Resilience Scale (VRS): A measure of positive effects of working with trauma survivors. Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, 9(1), 23.

* Robertson, I. T., Cooper, C. L., Sarkar, M., & Curran, T. (2015). *Resilience training in the workplace from 2003 to 2014: A systematic review. Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 88(3), 533-562.

* Ungar, M. (2004). *A constructionist discourse on resilience: Multiple contexts, multiple realities among at-risk children and youth*. Youth & society, 35(3), 341-365.

* Ungar, M. (Ed.). (2005). *Handbook for working with children and youth: Pathways to resilience across cultures and contexts*. Sage Publications.

* Ungar, M. (2006). *Nurturing hidden resilience in at-risk youth in different cultures. Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 15(2), 53.
* Ungar, M. (2008). *Resilience across cultures. The British Journal of Social Work*, 38(2), 218-235.

* Ungar, M. (2010). *Cultural dimensions of resilience among adults. Handbook of adult resilience*, 404-423.

* Werner, E. E., Bierman, J. M., & French, F. E. (1971). *The children of Kauai: A longitudinal study from the prenatal period to age ten.* University of Hawaii Press.
Werner, E. E. (1989). *High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. American Journal of Orthopsychiatry*, 59(1), 72-81.

* Werner, E. E. (1996). *Vulnerable but invincible: High risk children from birth to adulthood. European child & adolescent psychiatry*, 5, 47-51.

* Windle, G., Bennett, K. M., & Noyes, J. (2011). *A methodological review of resilience measurement scales. Health and quality of life outcomes*, 9(8), 1-18.

IMPRESSUM

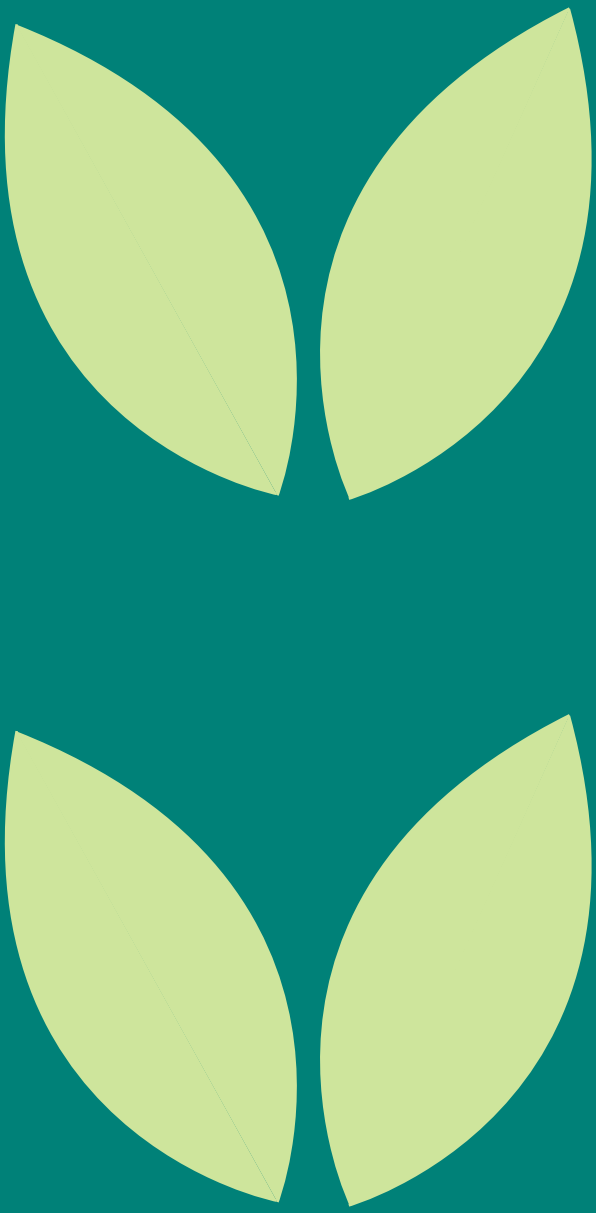
Rédactrice en chef :
Anna Rácz (Képes Alapítvány)

Auteurs
Anna Rácz (Képes Alapítvány)
Cécile Stola (Elan Interculturel)
Angela Moneta (Animación España)
Mónica Bocaz (Animación España)

Cross-reading
Line Mariale (IRTS, Paris Ile-de-France)
Dalila Mechaheb (IRTS, Paris Ile-de-France)

Conception et mise en page
Orane Stockli

Année de publication : 2019. Copyright : Vous êtes libre de partager (copier et redistribuer) le matériel sur n'importe quel support ou format et de le citer et de l'adapter (remodeler, transformer et développer) à des fins compatibles avec son but tel que décrit dans ce guide, sous réserve que si vous citez le matériel, vous mentionnez la source et que si vous adaptez le matériel, vous nous en informiez et nous envoyez de préférence votre adaptation à l'adresse e-mail du partenaire qui vous a fourni l'élément.

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Cet ouvrage a été financé avec le soutien de la comission européenne. Cette publication n'engage que son auteuret la Comission n'est pas responsable de l'usage qui pourrait être fait des informations qui y sont contenues.