

COLLECTION

PROBLÈMES SOCIAUX  
ET INTERVENTIONS SOCIALES



# La souffrance à l'épreuve de la pensée

Sous la direction de  
**Nicolas Moreau**  
**Katharine Larose-Hébert**

Préface de  
**Danilo Martuccelli**

 Presses  
de l'Université  
du Québec





## COLLECTION

### **PROBLÈMES SOCIAUX ET INTERVENTIONS SOCIALES**

**FONDÉE PAR HENRI DORVIL (UQAM)  
ET ROBERT MAYER (UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL)**

L'analyse des problèmes sociaux est encore aujourd'hui au cœur de la formation de plusieurs disciplines en sciences humaines, notamment en sociologie et en travail social. Les milieux francophones ont manifesté depuis quelques années un intérêt croissant pour l'analyse des problèmes sociaux, qui présentent maintenant des visages variables compte tenu des mutations des valeurs, des transformations du rôle de l'État, de la précarité de l'emploi et du phénomène de mondialisation. Partant, il devenait impératif de rendre compte, dans une perspective résolument multidisciplinaire, des nouvelles approches théoriques et méthodologiques dans l'analyse des problèmes sociaux ainsi que des diverses modalités d'intervention de l'action sociale, de l'action législative et de l'action institutionnelle à l'égard de ces problèmes.

La collection *Problèmes sociaux et interventions sociales* veut précisément témoigner de ce renouveau en permettant la diffusion de travaux sur divers problèmes sociaux. Pour ce faire, elle vise un large public comprenant tant les étudiants, les formateurs et les intervenants que les responsables administratifs et politiques.

Cette collection était à l'origine codirigée par Robert Mayer, professeur émérite de l'Université de Montréal, qui a signé et cosigné de nombreux ouvrages témoignant de son intérêt pour la recherche et la pratique en intervention sociale.

DIRECTEUR

**HENRI DORVIL, PH. D.**

*École de Travail social, Université du Québec à Montréal*

CODIRECTRICE

**GUYLAINE RACINE, PH. D.**

*École de Service social, Université de Montréal*

**La souffrance  
à l'épreuve  
de la pensée**

## Presses de l'Université du Québec

Le Delta I, 2875, boulevard Laurier, bureau 450, Québec (Québec) G1V 2M2

Téléphone : 418 657-4399

Télécopieur : 418 657-2096

Courriel : puq@puq.ca

Internet : www.puq.ca

### *Diffusion/Distribution :*

- CANADA** Prologue inc., 1650, boulevard Lionel-Bertrand, Boisbriand (Québec) J7H 1N7  
Tél. : 450 434-0306 / 1 800 363-2864
- FRANCE** AFPU-D – Association française des Presses d'université  
Sodis, 128, avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny, 77403 Lagny, France – Tél. : 01 60 07 82 99
- BELGIQUE** Patrimoine SPRL, avenue Milcamps 119, 1030 Bruxelles, Belgique – Tél. : 02 736 68 47
- SUISSE** Servidis SA, Chemin des Chalets 7, 1279 Chavannes-de-Bogis, Suisse – Tél. : 022 960.95.32



La Loi sur le droit d'auteur interdit la reproduction des œuvres sans autorisation des titulaires de droits. Or, la photocopie non autorisée – le « photocopillage » – s'est généralisée, provoquant une baisse des ventes de livres et compromettant la rédaction et la production de nouveaux ouvrages par des professionnels. L'objet du logo apparaissant ci-contre est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit le développement massif du « photocopillage ».

# La souffrance à l'épreuve de la pensée

Sous la direction de  
**Nicolas Moreau**  
**Katharine Larose-Hébert**

Préface de  
**Danilo Martuccelli**



Presses de l'Université du Québec

**Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives nationales  
du Québec et Bibliothèque et Archives Canada**

Vedette principale au titre :

La souffrance à l'épreuve de la pensée

(Collection Problèmes sociaux et interventions sociales ; 59)

Comprend des réf. bibliogr.

ISBN 978-2-7605-3771-2

1. Souffrance – Aspect social. 2. Souffrance – Aspect psychologique.
3. Événements stressants de la vie. I. Moreau, Nicolas, 1977- .
- II. Larose-Hébert, Katharine. III. Collection : Collection Problèmes sociaux & interventions sociales ; 59.

BF789.S8S68 2013 155.9'3 C2013-940656-5

Les Presses de l'Université du Québec  
reconnait l'aide financière du gouvernement du Canada  
par l'entremise du Fonds du livre du Canada  
et du Conseil des Arts du Canada pour leurs activités d'édition.

Elles remercient également la Société de développement  
des entreprises culturelles (SODEC) pour son soutien financier.

*Conception graphique*

**Richard Hodgson**

*Image de couverture*

**Annie Jaimes**, *Longing*, 2000, médiums mixtes sur toile, 5 x 6 po.

*Mise en pages*

**Interscript**

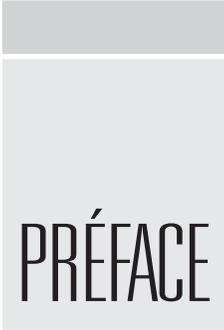
**Dépôt légal : 3<sup>e</sup> trimestre 2013**

- › Bibliothèque et Archives nationales du Québec
- › Bibliothèque et Archives Canada

© 2013 – Presses de l'Université du Québec

*Tous droits de reproduction, de traduction et d'adaptation réservés*

*Imprimé au Canada*



# PRÉFACE

## LA QUESTION DE LA SOUFFRANCE

Danilo Martuccelli

Longtemps la souffrance n'a eu aucune signification *politique*. Elle était, bien sûr, une dimension incontournable de la condition humaine, contre laquelle il fallait combattre. Si peu de sociétés se sont autant élevées contre la souffrance ou la faiblesse que Sparte, l'idéal promu par cette Cité-État grecque a connu une très longue descendance en Occident sous la forme d'un modèle transhistorique de virilité. Ce qui avait une valeur politique, c'était le courage, pas la souffrance; c'était la capacité de surmonter la douleur physique et les peines humaines, les malheurs du corps et de l'esprit, pour reprendre les mots des codirecteurs de cet ouvrage, Katharine Larose-Hébert et Nicolas Moreau.

Dans cet univers indissociablement éthique et politique, la souffrance n'a pas de signification positive. Il existe même une insensibilité à l'égard de la douleur des autres, voire des formes ordinaires de cruauté. En ce sens, il n'est pas nécessaire d'épouser tous les présupposés normatifs de la conception de Norbert Elias sur le processus de civilisation pour reconnaître le bien-fondé d'une vision historique soulignant l'adoucissement progressif des mœurs et l'approfondissement conséquent d'un type de sensibilité.

À une condition, toutefois: ne pas négliger la forme d'humanité présente chez les Grecs, puis chez les Romains. Non seulement on y est sensible à la nature, aux plaisirs de la vie, voire à l'amour, mais surtout

on est très sensible à la finitude humaine. Le tout dernier chant de *Illiade*, celui où le vieux roi Priam va chercher le cadavre de son fils Hector dans la tente d'Achille, est probablement à cet égard le témoignage le plus émouvant que la littérature classique nous a donné. Devant le cadavre d'Hector, que les dieux ont eu la bonté de préserver, les deux hommes, le vieux père et le tueur du fils du vieux père, se livrent à des réflexions sur la vie, les horreurs inévitables de la guerre, la compréhension-compassion vis-à-vis de la mort et, bien entendu, la gloire et le souvenir de la postérité. Les mots sont émouvants, la sagesse de vie profonde. Pourtant, il n'est jamais question de souffrance. Le sens est ailleurs. Bien sûr, on peut souffrir et comprendre la détresse de l'autre, et même, comme dans ce chant admirable de *Illiade*, celle de l'ennemi en pleine guerre, mais la souffrance, elle, n'a pas de sens *per se*. Elle fait partie de la condition humaine; elle n'a pas de signification dans la vie et dans les idéaux autour desquels les hommes bâtissent leurs empires et leur existence.

À ce sujet, il y a même une exceptionnalité – encore une! – grecque. Elle est probablement la mère de toutes les autres. Avant et après la culture grecque classique, un peu partout et depuis toujours, il a été de mise de donner une représentation d'une vie après la mort, plus satisfaisante, et largement à l'abri des vicissitudes de l'existence humaine. C'était déjà le pari pascalien avant la lettre: dans la plus profonde ignorance de l'« après », la crainte de la mort s'apaise en forgeant des représentations rassurantes. Or rien d'équivalent n'existe dans la plupart des traditions grecques. Au contraire même, celles-ci construisent une représentation cauchemardesque de l'Hadès: les hommes, après leur mort, sont consumés par le feu, par la douleur, au milieu des cris pour l'éternité. Virgile puis Dante ont donné des lettres de noblesse littéraires définitives à cet imaginaire classique. Fabuleuse et énigmatique représentation! Là où tous les autres peuples apaisent leurs craintes de la mort, les Grecs non seulement l'affrontent de face, mais en construisent même, en toute gratuité, une des représentations parmi les plus atroces imaginables. La gloire de la postérité sera ainsi le seul idéal d'immortalité possible. Une gloire qui s'obtient par les œuvres – celles de la guerre, bien sûr, mais aussi de l'art, de la philosophie ou des Olympiades – et peut-être, secrètement, dans la gloire de la *polis* elle-même. C'est en tout cas Athènes elle-même qui, dans la fameuse *Oraison funèbre*, parle par la voix de Périclès et l'écriture de Thucydide. On ne fête pas les morts et leurs souffrances; on compose un hymne à la gloire des hommes et de la *polis*.

La grande rupture – il suffit de penser aux diatribes de Nietzsche – est introduite par le christianisme. Depuis lors, la souffrance a un sens. La Passion du Christ – autant dire la souffrance humaine de Dieu – submerge pendant des siècles la culture et l'art occidentaux. Cela, bien sûr, ne suffit pas pour adoucir les mœurs, extirper la cruauté, éviter les guerres. Mais cela donne, pour la première fois avec cette intensité, un sens à la

souffrance. La pitié des Grecs devant la finitude humaine devient, chez les chrétiens, la compassion vis-à-vis de la souffrance d'autrui. D'autrui, quel qu'il soit, comme l'énonce la parabole du bon Samaritain. Pour la première fois, c'est la souffrance humaine elle-même, et l'universalité de la commune humanité qu'elle révèle, qui devient le foyer sensible des valeurs collectives. Les humbles, les oubliés, les derniers – c'est vers eux que se dirige, en tout premier lieu, l'amour de Dieu.

Certes, cette souffrance, tout en étant omniprésente dans la culture, reste, en tant que valeur, l'apanage des figures extraordinaires de la sainteté. Le châtement – parfois – du corps lui-même, le combat – toujours – contre l'orgueil de l'esprit: la souffrance dans sa volonté d'imitation de la Passion christique est au fondement d'une civilisation. Impossible de le négliger: y compris dans les sociétés à l'âge séculier, la culture chrétienne a été et reste encore la première grande matrice de la réévaluation de la souffrance.

La rupture chrétienne est prolongée, depuis à peine trois ou quatre siècles, par l'inflexion moderne de l'individualisme et de la démocratie. La sensibilité individuelle devient, à son tour, la matrice du politique. On le sait: c'est la peur de la mort associée à la convoitise croisée des biens qui fondent, depuis Hobbes, le pacte politique des modernes. La vie humaine devient une valeur en elle-même et les déclarations des droits de l'homme successives en portent la trace. Dans cet univers, l'adoucissement progressif des mœurs rend chaque fois plus intolérable le spectacle de la souffrance.

Les individus connaissent alors une nouvelle expérience de la souffrance. Celle-ci est moins éthique qu'esthétique – au sens premier du terme, c'est-à-dire qu'elle est le fruit d'une perception. C'est la grande inflexion: la souffrance n'a pas, comme dans l'univers sous hégémonie chrétienne, un sens en elle-même. Au contraire, la culture moderne s'érige contre la douleur et la tristesse, et elle fait l'éloge du confort et de la joie. La fonction de la souffrance est ainsi tout autre: elle devient un thermomètre de l'inacceptable. La signification politique de la souffrance réside donc dans ce qu'elle repousse, et ce qu'elle repousse c'est, sinon toujours la souffrance elle-même, au moins la souffrance gratuite – celle que nous jugeons non nécessaire.

La culture individualiste et démocratique, en instaurant l'Autre comme un semblable politique, accorde ainsi une nouvelle fonction à la souffrance. Les individus s'identifient à la victime. Plus précisément en fait, ils sont *capables* de s'identifier à la victime. Au moment du supplice, comme le rappelle la saisissante image avec laquelle Michel Foucault ouvre *Surveiller et punir*, le regard du peuple ne s'identifie plus au pouvoir en place et à l'expression de la justice alors associée à la majesté de sa cruauté, mais, progressivement, à la souffrance visible du supplicé. Une nouvelle

esthétique politique est en train de naître – celle que le roman moderne, destiné à l'origine aux femmes de la bonne société (*gentry*), amplifie et construit : les lectrices se révèlent capables de s'identifier avec les péripéties vitales des humbles. Grâce à l'art, les individus apprennent véritablement à vivre la vie des autres comme si elle était la leur.

La pensée libérale a donné des titres de noblesse définitifs à cette attitude. Chacun d'entre nous est capable d'être un spectateur impartial, de juger du bien commun à partir de son identification possible avec l'intérêt général, mais aussi par sa capacité esthétique à voir le monde avec les yeux – et les corps – des autres. Dans l'imaginaire de l'individualisme moderne, chacun sait que sa vie peut être celle de n'importe qui d'autre.

Disons-le clairement : l'empathie à l'égard de la souffrance de l'autrui généralisé a pris différents chemins. Celui, d'abord, du bon Samaritain, puis celui de l'identification avec le supplicié et les humbles, avant de prendre un sens ouvertement politique avec l'individualisme et la démocratie.

Bien entendu, cela n'a pas suffi à empêcher la cruauté ou à éviter les guerres. C'est même l'une des grandes tragédies du *xx<sup>e</sup>* siècle. L'idée, si vantée par le progrès, de la perfection morale croissante des hommes s'est effondrée. Les chiffres témoignant de l'horreur se sont multipliés en métastase et l'augmentation sidérante des victimes civiles, lors de guerres, est devenue une expérience de masse. Plus encore : non seulement la cruauté des crimes n'a pas cessé, mais elle a indubitablement gagné en visibilité. Pire : des formes de cruauté que l'on pouvait penser définitivement bannies – comme la torture ou la peine de mort – reviennent ou résistent toujours.

Dans ce sillage, il y a, sans doute, tous ceux chez qui la souffrance suscite de la curiosité, de l'excitation même, et qui trouvent un plaisir esthétique – parfois inavoué, mais actif – dans l'horreur et le caractère spectaculaire des images des souffrances. Chez d'autres, parfois les mêmes, la souffrance est toujours censée réparer les torts – instrument indispensable de la justice humaine. Et il y a, bien entendu, tous ceux chez qui la souffrance d'autrui est une pièce nécessaire d'un programme de haine.

Toutefois, à côté de cette réalité, nous avons assisté, simultanément, progressivement, à l'expansion d'une sensibilité exacerbée à la souffrance. Celle des proches, bien sûr, mais aussi celle de personnes habitant des régions ou des pays éloignés, comme l'exprime l'horreur ressentie devant les catastrophes et l'identification à toutes les victimes, observée de façon courante chez un grand nombre d'entre nous. Devant ces images, certains se mobilisent ; d'autres envoient des aides ou font des dons ; d'autres encore, sans perdre nécessairement toute empathie, glissent vers l'anesthésie morale, voire l'indifférence humaine, en tout cas vers un profond

sentiment d'impuissance. Les réactions sont alors très différentes, mais aucun de ces individus ne prend plaisir à voir la souffrance. Certes, aucun, non plus, n'écrit de poème pour protester contre la nature, comme Voltaire l'avait fait à la suite du tremblement de terre qui avait ravagé Lisbonne en 1755 (voir le *Poème sur le désastre de Lisbonne*, 1756), afin d'interroger, indigné, le sens d'une punition aussi absurde. Pourtant, même anesthésiées, ces personnes témoignent d'une sensibilité approfondie à l'égard de la souffrance, et de la conviction de son inutilité, dont on trouve une autre expression importante dans les protestations contre la douleur et la maltraitance infligées aux animaux.

C'est dans la filiation de cette histoire qu'il faut comprendre la signification de la souffrance contemporaine. Celle-ci est visible partout, et, pourtant, nous ne la tolérons pas. Nous savons qu'elle fait partie de la vie et de nos vulnérabilités, mais nous n'arrivons plus vraiment à lui donner un sens, même si certains s'y efforcent toujours. Nous ne lui accordons plus, vraiment, une signification morale et nous ne faisons plus d'elle une source d'idéal. Au mieux, et dans une version quelque peu laïcisée, la souffrance est une source d'épreuve et un chemin vers notre humanité. Combien de fois n'a-t-on pas entendu dire que quelqu'un a gagné en maturité ou en profondeur existentielle, grâce aux épreuves de la vie ?

C'est cette complexité qui se trouve derrière *notre* souffrance et qui, sous différents angles, est magnifiquement illustrée par les textes rassemblés dans ce livre. De la mort des proches et des deuils à la fois impossibles et inévitables aux douleurs ordinaires de la vie, en passant par les diverses figures de la souffrance au travail ou associée à la prise de stupéfiants, c'est toujours de la signification de la souffrance qu'il est question. À partir d'une certitude : la souffrance est de toute façon un repoussoir.

C'est cette conscience qui anime l'interrogation aiguë sur l'énigme de la souffrance : une épreuve individuelle jugée nécessaire à l'apprentissage de la vie, et pourtant un repoussoir collectif. Un repoussoir collectif incapable d'animer vraiment des politiques qui visent, partout et toujours, à l'éliminer dans ses expressions les plus inacceptables. Un repoussoir collectif et en même temps une expérience d'autant plus ordinaire que des modèles d'organisation la produisent et l'instrumentalisent. Un repoussoir collectif et une source d'obscénité visuelle permanente, par l'intermédiaire des médias de masse, dans notre quotidien. Un repoussoir collectif au nom des valeurs de l'humanisme et un premier pas vers une conception élargie du respect de la vie en direction d'autres espèces.

Notre conception de la souffrance est particulière. Les Grecs anciens, tout en reconnaissant la finitude humaine, ont affronté la souffrance sans lui accorder de signification éthique *per se*, construisant plusieurs de leurs idéaux à son encontre, minimisant ainsi la sensibilité à son égard. La

vision chrétienne, quant à elle, accorde un sens moral à la souffrance et elle le fait au milieu d'un univers de représentations rendant omniprésente la souffrance du Christ. À la différence de ces deux grandes visions historiques, pour lesquelles, par des voies diverses, la sensibilité à la souffrance est subordonnée au sens, que ce soit pour la refouler ou l'exalter, notre société construit *sa* problématique de la souffrance à partir de la sensibilité esthétique. La souffrance n'a plus de sens dans nos sociétés, même si, chez certains, elle peut encore remplir une fonction. Mais, pour tous, la souffrance, dans son questionnement premier, est désormais moins une affaire d'herméneutique que d'esthétique. C'est parce qu'elle heurte notre sensibilité, nos corps et nos esprits, pour revenir aux mots de ce livre, que la souffrance nous interpelle comme individus et comme société.



# TABLE DES MATIÈRES

<b>PRÉFACE</b>	
La question de la souffrance . . . . .	VII
<i>Danilo Martuccelli</i>	
<b>INTRODUCTION</b>	
La souffrance contemporaine: au-delà du corps, au-delà de l'esprit . . . . .	1
<i>Katharine Larose-Hébert et Nicolas Moreau</i>	
<b>PARTIE 1</b>	
<b>USAGES SOCIAUX DE LA SOUFFRANCE « EN SOI » . . . . .</b>	<b>7</b>
<b>CHAPITRE 1</b>	
<b>LA SOUFFRANCE</b>	
Un problème de santé publique? . . . . .	9
<i>Katharine Larose-Hébert</i>	
1. Contextualisation: une société d'individus. . . . .	11
2. L'individu souffrant . . . . .	13
3. Le pouvoir de la souffrance . . . . .	15
3.1. La souffrance et le biopouvoir. . . . .	16
3.2. Biopouvoir et médicalisation de l'existence . . . . .	17
4. Souffrance et santé mentale. . . . .	19

Conclusion .....	21
Références .....	22

**CHAPITRE 2**

<b>SOUFFRANCE DE SINGULARITÉS, MONTÉE DES AFFECTIVITÉS ET « CLIMATOLOGIE POLITIQUE » .....</b>	<b>25</b>
--	-----------

*Dahlia Namian*

1. De la souffrance de « distinction » à la souffrance de « singularités » .....	27
2. Les affectivités: quand « affects » et « activités » entrent en résonance profonde .....	29
3. Des collecteurs « sans qualités »: de l'homme châtré à l'homme fatigué. ....	32
4. Entre stimulation et immunisation des humeurs collectives: de la climatologie politique. ....	36
Références .....	38

**CHAPITRE 3**

<b>LE CHAMP DE L'AFFECTIVITÉ ET LA NOTION DE SOUFFRANCE Une voie heuristique pour les sciences sociales. ....</b>	<b>41</b>
---	-----------

*Marie-Chantal Doucet*

1. Les développements de la psychologie cognitive dans l'identification de l'affectivité .....	43
2. Une théorie historico-culturelle du psychisme. ....	47
3. La dimension sociale de l'affectivité .....	49
4. La notion de souffrance en sciences sociales. ....	51
4.1. Souffrances sociales. ....	54
4.2. Singularisme et souffrance: l'apport d'une perspective historico-culturelle à une sociologie de l'individu .....	56
Références .....	59

**PARTIE 2**

<b>L'ÉPREUVE DE LA MALADIE, CORPS ET PSYCHÉ EN SOUFFRANCE .....</b>	<b>63</b>
---	-----------

**CHAPITRE 4**

<b>LES VISAGES DE LA DOULEUR Vers une prise en charge globale de la plainte .....</b>	<b>65</b>
---	-----------

*Florence Vinit, Nicolas Moreau et Daniel Moreau*

1. Douleurs et souffrances globales. ....	66
2. Le « ça » de la douleur .....	67
3. La douleur du point de vue du « je ». ....	70
4. Le point de vue du « nous »: l'inscription sociale de la douleur ...	71
5. Les valeurs, significations et influences culturelles autour de la douleur. ....	72

Conclusion .....	74
Références .....	75
<b>CHAPITRE 5</b>	
<b>DE LA SOUFFRANCE DES LUNES .....</b>	<b>77</b>
<i>Florence Vinit</i>	
1. Souffrance culturelle et tabou menstruel .....	78
2. Du vécu subjectif à l'engagement artistique : entre douleur et revendication .....	81
3. Le sang occulté : souffrances du secret et de l'effacement .....	85
4. Au-delà de la douleur, le sang des règles, voie d'initiation ? .....	88
Conclusion .....	90
Références .....	91
<b>CHAPITRE 6</b>	
<b>DEVANT ET DANS LA SOUFFRANCE DES AUTRES</b>	
Des fils en deuil de leur mère (Roland Barthes, Jean-François Beauchemin et David Rieff) .....	93
<i>Martine Delvaux et Catherine Mavrikakis</i>	
1. Éthique et regard sur la douleur d'autrui .....	94
2. Retrouver le singulier de la souffrance .....	96
3. <i>La Pietà</i> et son inversion .....	97
4. Roland Barthes, <i>Journal de deuil</i> .....	99
5. Jean-François Beauchemin, <i>Cette année s'envole ma jeunesse</i> ..	101
6. David Rieff, <i>Swimming in the Sea of Death. A Son's Memoir</i> .....	103
Références .....	106
<b>CHAPITRE 7</b>	
<b>VERS UNE « SURNORMALISATION »</b>	
<b>DES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES .....</b>	<b>107</b>
<i>Alex Drolet-Dostaler</i>	
1. Le rapport individu-médecin .....	108
1.1. La souffrance pensée en termes de déficits neuronaux .....	108
1.2. Les allégations derrière la prescription .....	110
1.3. Un dialogue négligé et arbitraire .....	111
1.4. Des effets secondaires à profusion .....	113
1.5. Un traitement en surface .....	114
2. Le rapport individu-société .....	115
2.1. Un essor à double tranchant .....	115
2.2. Le médicament : concilié et conciliant .....	116
2.3. Une quête interminable du mieux-être .....	117
2.4. Un processus diagnostique permuté .....	118
2.5. Les muscles du marketing pharmaceutique .....	120
Conclusion .....	120
Références .....	121

**CHAPITRE 8**

**DE QUOI « SOUFFRENT » LES INDIVIDUS DÉPRIMÉS ?**

Une réponse sociologique . . . . .	125
<i>Marcelo Otero</i>	
1. Première approche de l'épreuve dépressive : inventaires et images . . . . .	128
2. Le corps dérégulé de l'individu déprimé : ne pas pouvoir . . . . .	131
3. L'esprit dérégulé de l'individu déprimé : ne pas pouvoir vouloir . . . . .	138
Conclusion . . . . .	147
Références . . . . .	148

**CHAPITRE 9**

**QUAND LA RESPONSABILITÉ DU RÉTABLISSMENT  
SE SUBSTITUE À LA SOUFFRANCE DE LA PEINE**

Réflexion sur la prise en charge des troubles mentaux par le système de justice pénale . . . . .	151
<i>Geneviève Nault</i>	
1. Du grand renfermement au grand désefermement . . . . .	153
2. Les répercussions de la désinstitutionnalisation . . . . .	155
3. La criminalisation des individus atteints de troubles mentaux . . . . .	156
4. Les tribunaux de santé mentale . . . . .	158
5. Le grand renversement : implications pour les individus judiciarisés atteints de troubles mentaux . . . . .	160
6. La rationalité pénale moderne et la détermination de la peine . . . . .	161
7. Un regard critique sur les tribunaux de santé mentale . . . . .	164
Conclusion . . . . .	167
Références . . . . .	168

**PARTIE 3**

**L'ÉPREUVE DU TRAVAIL . . . . . 171**

**CHAPITRE 10**

**« INTÉGRATION TOXIQUE » AU TRAVAIL FLEXIBLE**

Représentations sociales du recours aux drogues . . . . .	173
<i>Lilian Negura et Marie-France Maranda</i>	
1. La consommation des substances psychoactives et le travail . . . . .	174
1.1. Les représentations sociales de la consommation des substances psychoactives . . . . .	174
1.2. La transformation du travail et la consommation des substances psychoactives . . . . .	175
1.3. La consommation des substances psychoactives : délimitation conceptuelle . . . . .	176
1.4. L'intégration et les représentations sociales . . . . .	177
1.5. La méthode de recherche . . . . .	178

<b>2. La représentation du travailleur idéal dans l'entreprise et la fatigue</b> .....	180
2.1. La charge de travail .....	181
2.2. Le stress .....	181
2.3. La responsabilisation .....	182
2.4. L'insécurité .....	182
2.5. Le conflit éthique .....	183
2.6. Les relations avec les supérieurs .....	184
2.7. L'ambiance de compétition .....	184
<b>3. La signification de la consommation des substances psychoactives en lien avec le travail</b> .....	185
3.1. La performance à tout prix .....	185
3.2. La socialisation par la consommation .....	186
3.3. Composer avec un travail ingrat .....	187
<b>4. La consommation des substances psychoactives dans les nouvelles entreprises</b> .....	189
4.1. De l'identité professionnelle à la productivité à tout prix .....	189
4.2. Le nouveau contexte toxique du travail .....	190
<b>Conclusion</b> .....	192
<b>Références</b> .....	192

**CHAPITRE 11****COMPRENDRE LE QUESTIONNEMENT ACTUEL****SUR LA SOUFFRANCE AU TRAVERS DE LA PRISE EN CHARGE****DE LA SUBJECTIVITÉ DES TRAVAILLEURS PAR LE MANAGEMENT** .. 197*Audrey Laurin-Lamothe*

<b>1. La corporation et l'organisation du corps</b> .....	198
<b>2. Les temps modernes du management</b> .....	200
<b>3. Conceptualiser la prise en charge de la subjectivité du travailleur par le management</b> .....	201
3.1. La flexibilité .....	201
3.2. Les compétences .....	203
3.3. La coopération .....	204
3.4. L'ethos .....	205
<b>4. La souffrance au travail</b> .....	206
<b>5. La figure du normopathe</b> .....	208
<b>Conclusion</b> .....	210
<b>Références</b> .....	210

**CHAPITRE 12****ENTRE SOUFFRANCE, VALORISATION ET RÉALISATION DE SOI****Repenser le travail comme support expressif****de l'individualité contemporaine** .. 213*Laurie Kirouac*

<b>1. Individu, mode d'individuation et support</b> .....	216
<b>2. Les apports du travail d'hier et d'aujourd'hui: entre « avoir » et « être »</b> .....	218

3. Du travail comme expérience collective au travail comme expérience personnelle .....	224
4. La souffrance, ou quand le travail est privé de ses apports expressifs .....	226
Références .....	227
<b>CONCLUSION</b>	
L'éthique de la souffrance .....	231
<i>Nicolas Moreau et Katharine Larose-Hébert</i>	
NOTICES BIOGRAPHIQUES .....	235



# INTRODUCTION

## **LA SOUFFRANCE CONTEMPORAINE AU-DELÀ DU CORPS, AU-DELÀ DE L'ESPRIT**

Katharine Larose-Hébert et Nicolas Moreau

Actuellement, le soulagement de la souffrance – voire son anéantissement – et, plus encore, les dynamiques structurelles à la source de ce mal endémique sont des thèmes fréquemment évoqués par les sciences humaines et sociales (Ehrenberg, 2011 ; Corten, 2011 ; Foucart, 2009, 2003 ; Boltanski, 1993), pour susciter, entre autres, une action politique visant la réduction des inégalités sociales qui sous-tendent ce phénomène<sup>1</sup>. Nous pourrions même aller jusqu'à dire que le recours à cette dénomination du mal-être, conceptualisée en termes de « souffrance psychique » ou de « souffrance sociale », est en vogue. En effet, la souffrance se situe parmi la masse des « nouveaux » opérateurs analytiques nous permettant de saisir la complexe et mouvante réalité sociale contemporaine. Il suffit, par exemple, de penser aux écrits critiques français d'Emmanuel Renault (2008) et de Christophe Dejours (1998) pour s'en convaincre.

Cependant, réfléchir à la souffrance à des fins utilitaires ou analytiques ne relève pas d'une spécificité moderne : de tout temps, la souffrance a mobilisé de nombreux savoirs, tant religieux, philosophiques et subjectifs que, plus récemment, scientifiques. Par exemple, dans le bouddhisme,

---

1. Pensons, par exemple, au rapport public de Lazarus et Strohl (1995) intitulé *Cette souffrance qu'on ne peut plus cacher*, commandé par le gouvernement français et qui donne une reconnaissance scientifique au concept de « souffrance sociale ».

les « quatre nobles vérités », considérées comme l'essence même de cette religion (Lobsang Gyatso, 1994), se rapportent directement à la souffrance universelle. Ces vérités, que le Bouddha lui-même aurait enseignées à ses disciples plusieurs centaines d'années avant la venue de Jésus-Christ et qui sont encore à ce jour aux fondements de ces pratiques religieuses, contiennent en quelque sorte les étapes à suivre pour se libérer de l'emprise de la souffrance. En effet, pour les bouddhistes, tout est souffrance ou cause de souffrance; l'existence même est comparée à un « océan de souffrance » (Lobsang Gyatso, 1994, p. 19; traduction libre). L'illumination, qui ne peut être atteinte qu'au terme d'un parcours de « vérité », équivaut donc au soulagement « définitif » de la souffrance individuelle. Le catholicisme, pour sa part, confère un caractère central à l'expérience quotidienne de la souffrance à travers la figure emblématique de la croix (Corten, 2011). Dans le catholicisme, la souffrance est donc à la fois le châtement divin des hommes pécheurs qui ont crucifié leur Sauveur et la condition d'accès au paradis, dans lequel aucune souffrance ne pourra pénétrer. Une promesse de libération suivant la mort du corps physique est donc utilisée pour consoler et adoucir les souffrances quotidiennes.

Dans les sociétés occidentales modernes, les scientifiques ont graduellement accaparé l'expertise de chaque aspect de l'existence humaine, ainsi que de l'interprétation de l'expérience de la souffrance inhérente à cette vie. Par conséquent, c'est à travers leurs discours que la souffrance peut désormais être communiquée, c'est à travers leur regard qu'elle peut être reconnue. On tente d'interpréter un ensemble exponentiel de maux, de plus en plus hétérogènes, à travers les mots de la souffrance. Ainsi, calvitie, décrochage scolaire, harcèlement psychologique, pauvreté, soins palliatifs, pour ne nommer que ceux-ci, sont tous englobés uniformément dans les registres linguistique et symbolique de la souffrance.

Cet ouvrage se veut donc un effort collectif pour approfondir, d'une part, et circonscrire, d'autre part, le concept de souffrance tel qu'il se présente à l'heure actuelle. Nous ne mettrons donc pas en avant une seule définition formelle du concept, mais illustrerons plutôt la multiplicité de ses usages sociaux. Notre volonté est de comprendre son évolution, de souligner certaines de ses limites, mais également de proposer de nouvelles avenues analytiques qui lui seraient propres. Nous sommes animés par l'espoir d'éviter que la souffrance ne devienne un « fourre-tout » théorique et lexical. Il conviendra donc de valoriser et de présenter des savoirs à « hauteur humaine » impliquant l'hétérogénéité de la forme des contributions: analyses macrosociales, récits d'expériences, résultats de recherches, revues de littérature, essais critiques. Les contributions seront, de ce fait, très diverses et permettront de « ressentir » le défi de taille que nous nous sommes proposés de relever: percer l'évidence, déconstruire la plainte, sans faire violence à celui qui l'a émise. Nous chercherons à atteindre l'« au-delà » de la souffrance: au-delà du corps, au-delà de l'esprit.

À cette fin, nous aborderons le concept de souffrance par l'entremise de l'expérience individuelle et sociale. Nous traiterons à la fois du corps en proie aux douleurs et de la psyché dont il est d'usage de croire qu'elle est la seule pouvant proprement faire « souffrir ». Le Breton (2009) rappelle que le dualisme entre le corps et l'âme (ou l'esprit) est présent de longue date dans les sociétés occidentales. La douleur serait en ce sens purement physique et la souffrance, psychique. La chair et la psyché se trouvent séparées l'une de l'autre. Cependant, cette opposition du corps et de l'être psychique en deux réalités distinctes ne peut correspondre à l'expérience vécue, car l'individu est « le produit d'un collage surréaliste entre une âme et un corps » (Le Breton, 2009, p. 324). Le Breton (2011) soutient également que la souffrance « est la résonance intime d'une douleur, sa mesure subjective. [...] La douleur est toujours englobée à l'intérieur d'une souffrance » (p. 65). Ainsi, les deux ne font qu'un, créant une seule et même plainte. Afin de saisir sous sa forme unifiée l'expérience individuelle, nous aborderons la souffrance en tant qu'« épreuve », selon la définition qu'en donne Martuccelli (2006). L'individu traverse donc sa souffrance telle une épreuve.

Selon Martuccelli (2009), les épreuves sont des défis historiques socialement produits. Elles sont inégalement distribuées, de sorte que les individus sont contraints de les affronter avec les moyens qui sont les leurs. Le sociologue constate une standardisation dans l'organisation de la succession des épreuves qui n'est nullement arbitraire (Martuccelli, 2007). L'épreuve est une expérience à la fois intime et sociale, du fait qu'elle est vécue de façon subjective et existentielle, mais liée à la vie sociale et donc commune. La souffrance est fortement liée à l'épreuve, elle l'accompagne, elle en est même peut-être la condition. La souffrance peut être valorisée si on la vainc, ou, à l'inverse, stigmatisée, si elle n'est pas surmontée. Ainsi, la souffrance peut être « bonne » ou « mauvaise », et l'individu soumis à l'épreuve peut être « victime » ou « héros ». La souffrance, comprise en ces termes, convoque son sujet au croisement de ce qui peut le détruire et le construire (Perrotin, 2006). Ainsi, au-delà du « vivre est souffrir » bouddhiste se dessine le portrait des épreuves qu'une société impose à ses sujets afin de produire ce qu'Otero (2012) appelle la « socialité ordinaire ». En examinant la souffrance de l'individu contemporain, nous pourrions donc voir les contraintes sociales propres à la société à laquelle celui-ci appartient.

Notre ouvrage se divise en trois parties. Dans la première, nous nous emploierons à circonscrire le concept de souffrance contemporaine en lien avec l'expérience individuelle. Les deux parties suivantes présenteront des épreuves particulières dont il convient d'analyser la souffrance qui s'en dégage. Nous aborderons, dans un premier temps, l'épreuve de la maladie, de la mort et certaines de leurs composantes, en nous intéressant au corps, mais également à la psyché. Dans un second temps, nous discuterons l'épreuve du rapport au travail par l'intermédiaire de la plainte normalisée du travailleur singularisé (Martuccelli, 2010).

Pour débiter, Katharine Larose-Hébert dresse un portrait à la fois sensible et théorique de la souffrance en considérant ses composantes sociales, morales et subjectives, mais également en la situant comme objet de l'histoire, ancrée dans un contexte précis. Le rapport entre la souffrance et les sciences biomédicales est examiné ici à travers l'analytique du pouvoir de Michel Foucault (1976). Ensuite, Dahlia Namian montre que l'étalement socialisé de la subjectivité malmenée ou, plus largement, de la montée des « affectivités » est symptomatique des changements profonds et structurels dans l'expérience du social et de l'individualité dite ordinaire. Ces changements, au-delà donc des effets délétères des mutations de la société salariale et de la croissance des inégalités sociales, signalent l'avènement d'une « sociabilité singularisée » (Martuccelli, 2010). Pour conclure cette section, Marie-Chantal Doucet émet l'hypothèse que le domaine de l'affectivité demeure un analyseur fécond de l'expérience subjective contemporaine, alors que la tendance actuelle est de réduire l'activité mentale à la cognition. Ainsi analysée à partir de l'hypothèse d'une construction historico-culturelle des émotions et des sentiments, la souffrance contemporaine témoignerait aussi de la transformation des représentations sociales de l'individualité et ne serait donc pas envisagée uniquement sous l'angle de la rupture du lien social, de la normativité ou encore de la domination sociale.

Dans la deuxième partie, l'épreuve de la maladie sera d'abord considérée sous l'angle de la douleur, celle du corps physique, mais également celle de la psyché souffrante. Florence Vinit, Nicolas Moreau et Daniel Moreau discutent des limites de la médecine curative, de la vision technique et médicamenteuse du soulagement de la douleur. Ils abordent la notion de « douleur globale », que le courant des soins palliatifs a introduite dans le langage médical. Grâce au modèle intégral de K. Wilber, la douleur dans ses multiples dimensions pourra être mieux comprise, faisant apparaître, par le fait même, la nécessité d'une prise en charge de ce que vit le patient, sur les plans physique, existentiel, social et culturel. Florence Vinit examine, quant à elle, une expérience particulière du corps féminin, les menstruations, dans les différentes formes de souffrance que celles-ci peuvent occasionner (sur le plan physique, du point de vue de l'expérience subjective, de la question du sens, du partage possible, etc.). Martine Delvaux et Catherine Mavrikakis réfléchissent ensuite à la théâtralité de la souffrance à l'heure actuelle. Leur réflexion porte tout particulièrement sur la souffrance dans un contexte familial et, encore plus précisément, sur les modalités de la représentation du deuil du fils dans le contexte occidental.

Au sein de l'épreuve de la maladie se trouve un secteur dans lequel la montée du langage de la souffrance trouve sa résonance: celui de la maladie de la psyché et, par conséquent, de la santé mentale. C'est dans

ce cadre qu’Alex Drolet-Dostaler propose une analyse critique des conséquences du recours aux médicaments psychotropes. Elle dénonce ainsi la médicalisation de la souffrance et se dissocie du discours médical dominant, cherchant à développer un espace propre à une réflexion alternative pouvant inclure l’expérience sensible de l’usager. Marcelo Otero présente, quant à lui, une analyse sociologique de la dépression. Il considère ainsi la souffrance dépressive comme un lieu de rencontre, un socle collectif ou encore un collecteur de singularités exprimant une résonance normative qui permet tantôt la reconnaissance mutuelle reconfortante, tantôt la distribution inquiétante dans les différentiels de la marge sociale ou dans les figures du pathologique. Geneviève Nault clôt cette partie en examinant la place de la souffrance dans la prise en charge de la maladie mentale par le système de justice pénale et l’émergence des tribunaux spécialisés en santé mentale, qui cherchent à alléger cette souffrance en retirant l’étiquette de « criminel ». Cependant, si la possibilité d’une déjudiciarisation est dorénavant offerte, celle-ci doit nécessairement passer par le rétablissement.

La dernière partie de cet ouvrage est centrée sur l’épreuve du travail. Lilian Negura et Marie-France Maranda soulignent le rôle de l’évolution actuelle du contexte de travail sur la prise plus ou moins régulière, ou compulsive, de substances psychoactives. Les résultats de leur recherche appuient l’idée du contexte toxique de l’organisation du travail qui stimule le dopage professionnel pour répondre aux attentes de performance de la société et des individus. Audrey Laurin-Lamothe aborde par la suite les transformations récentes du travail, de son organisation et de sa finalité avec comme pivot le management qui fera de la subjectivité des travailleurs un objet de pouvoir et de savoir. En dessinant deux figures, le normopathe et l’individu « souffrant », l’auteure réinterroge ainsi la catégorie de souffrance. Enfin, poursuivant sur ce thème, Laurie Kirouac explore les mutations significatives dans l’expérience du travail. Les individus sont aujourd’hui beaucoup plus nombreux à attendre du travail des gratifications expressives, un accomplissement personnel. Parallèlement, le travail est de plus en plus désigné comme étant à l’origine de malaises psychologiques divers (stress, anxiété, *burnout*, dépression, etc.). L’auteure cherche donc à comprendre la signification de ces deux phénomènes et suggère que ces « nouvelles » attentes vis-à-vis du travail participent d’un mode d’individuation caractéristique de la socialité contemporaine.

En terminant, nous voulons exprimer nos plus sincères remerciements à tous les auteurs qui ont pris part à ce projet. Leurs apports à cet exercice sont d’une valeur inestimable. Nous tenons aussi à remercier vivement Danilo Martuccelli, dont la préface apporte également une valeur ajoutée à ce livre. Nous espérons que cet ouvrage constituera une « porte ouverte » par laquelle le lecteur pourra poursuivre ses propres réflexions sur l’objet souffrance aux limites encore si peu définies.

## RÉFÉRENCES

- BOLTANSKI, L. (1993). *La souffrance à distance*, Paris, Métailié.
- CORTEN, A. (2011). « Souffrance sociale, parler ordinaire, imaginaire religieux et expression politique », *Social Compass*, vol. 58, n° 2, p. 143-152.
- DEJOURS, C. (1998). *Souffrance en France*, Paris, Seuil.
- EHRENBERG, A. (2011). « La société du malaise. Une présentation pour un dialogue entre clinique et sociologie », *Adolescence*, vol. 3, n° 77, p. 553-570.
- FOUCART, J. (2003). *Sociologie de la souffrance*, Paris, Seuil.
- FOUCART, J. (2009). *Fluidité sociale et souffrance*, Paris, L'Harmattan.
- FOUCAULT, M. (1976). *Histoire de la sexualité. Tome 1: la volonté de savoir*, Paris, Gallimard.
- LAZARUS, A. et H. STROHL (1995). *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher: rapport*, Paris, Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain.
- LE BRETON, D. (2009). « Entre douleur et souffrance: approche anthropologique », *L'information psychiatrique*, vol. 83, p. 323-328.
- LE BRETON, D. (2011). « Douleur et sens: les modulations de la souffrance », *e-Mémoires de l'Académie nationale de chirurgie*, vol. 10, n° 2, p. 64-68.
- LOBSANG GYATSO, V. (1994). *The Four Noble Truths*, New York, Snow Lion Publications.
- MARTUCCELLI, D. (2006). *Forgé par l'épreuve*, Paris, Armand Colin.
- MARTUCCELLI, D. (2007). « La sociologie aux temps de l'individu », *Interrogation*, vol. 5, p. 65-84.
- MARTUCCELLI, D. (2009). « Qu'est-ce qu'une sociologie de l'individu moderne? Pour quoi, pour qui, comment? », *Sociologie et sociétés*, vol. 41, n° 1, p. 15-33.
- MARTUCCELLI, D. (2010). *La société singulariste*, Paris, Armand Colin.
- OTERO, M. (2012). *L'ombre portée. L'individualité à l'épreuve de la dépression*, Montréal, Boréal.
- PERROTIN, C. (2006). « Regard du philosophe sur la souffrance de l'être humain », *Revue internationale de soins palliatifs*, vol. 21, n° 1, p. 7-8.
- RENAULT, E. (2008). *Souffrances sociales. Philosophie, psychologie et politique*, Paris, La Découverte.

PARTIE

1

**USAGES SOCIAUX  
DE LA SOUFFRANCE « EN SOI »**



## LA SOUFFRANCE UN PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE ?

Katharine Larose-Hébert

Si aujourd’hui tout le monde s’est mis à souffrir (Ehrenberg, 2002 ; Otero et Namian, 2011), laissant planer le doute qu’hier il n’en était peut-être pas ainsi, que signifie donc précisément ce nouveau « mal » pandémique ? Que faire de ces épreuves qui nous sont pourtant communes, et qu’on peut même qualifier de « normales » : naissance, passage de l’enfance à l’adolescence, puis à la vie adulte, petites et grandes maladies, pertes, déceptions et mort ? Doit-on les craindre, les repousser, de peur qu’elles nous consomment, qu’elles freinent notre ascension vers l’épanouissement ? En se référant aux écrits de Nietzsche, Valadier (1996) explique que

l’homme a besoin de souffrir pour exister, pour éprouver le sentiment de son existence. [...] C’est justement cette souffrance à vivre qui conduit à chercher le pourquoi de cet état des choses, et porte donc à une volonté de déchiffrement et de sens qui est [la souffrance] et qui, pense-t-on, ne devrait pas être (p. 426).

Souffrir suppose « supporter », « tolérer », adopter une certaine attitude face à l’expérience (Zombory-Nagy *et al.*, 1994), menant inévitablement à une quête de sens. Nous pouvons donc dire qu’il existe une dimension réflexive à la souffrance, par l’intermédiaire d’un nécessaire repliement sur soi qui implique directement la subjectivité du sujet : le pouvoir de « s’éprouver » (Longneaux, 2007, p. 69).

Cependant, cette souffrance intime – dont les contours sont tracés au sein même de notre intériorité – nous est en partie « autre » : elle « ne devrait pas être » en nous. Intruse, elle pénètre et interrompt le cours désiré de notre existence. Tel que l'affirme Goffman (1968), c'est « contre quelque chose » ou « en rapport à » quelqu'un ou quelque chose que le soi parvient à se définir. Et c'est entre autres dans ce rapport à l'altérité de la souffrance que le soi se forge. Il ne peut donc y avoir aucun écart possible entre le soi et la souffrance. Celle-ci écarte toute possibilité d'objectivité et elle nous rend passifs : pur affect, pur ressenti. Elle « nous met donc à nu et révèle ce qui reste de nous quand nous ne sommes que nous » (Longneaux, 2007, p. 63). Notre raison et notre volonté ne deviennent alors que des effets de surface et seul peut subsister ce soi dénudé.

La souffrance est une expérience indicible, une rupture de sens. Pourtant, une multitude de lieux et de pratiques ont été mis en place au sein des sociétés occidentales contemporaines afin de la recueillir ; des espaces publics ont été constitués pour favoriser son énonciation. Gagnon (2005) lie cette tendance à l'individualisation du corps et de l'identité qui « oblige chacun à s'interpréter, se décrire et se raconter » (p. 649). Ainsi, soutient l'auteur, il revient à la société qui a modulé l'individu de lui proposer de multiples savoirs, instruments et lieux d'expression afin que son vécu individuel puisse être intégré aux dynamiques sociales et, de ce fait, qu'il puisse être normalisé. Cette souffrance qu'il convient de « dire » s'exprime donc dans des cadres dont les limites sont prédéfinies, sous des formes balisées grâce aux règles d'une grammaire de la souffrance normative et objectivante. L'expérience se trouve ainsi réduite, car elle est codée, mesurée et ajustée afin de s'insérer au fonctionnement « normal » de cette société. En effet, les droits au bien-être et à la santé inclus dans l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme (officialisée à partir de 1948) ont mené à la prise en charge publique du « bonheur » et, par extension, celle de la souffrance. Cela dit, souffrir peut être considéré comme une atteinte potentielle à ces droits.

Dans ce cadre, la plainte doit donc être formulée afin d'être analysée, comprise et traitée. Cependant, ces discours (à la fois l'invitation et le témoignage) sont socialement et culturellement organisés, liés à leur contexte d'émergence : « [L]e sujet ne peut mettre en mots son vécu propre qu'à l'aide des codes et représentations en vigueur, eux-mêmes soumis aux transformations historiques » (Zombory-Nagy *et al.*, 1994, p. 10). Par conséquent, dès l'instant où la souffrance est mise en mots, elle acquiert une dimension sociale définissant le rapport à soi et à l'autre. Le discours s'élève du phénomène de la souffrance, sans toutefois toujours saisir la portée de l'expérience. L'« en-deçà » du discours reste prisonnier de l'intime ; il représente le repliement du sujet sur soi, son « ressenti », sa subjectivité.

Gagnon (2005) soutient que «la souffrance appelle le silence et la parole à la fois. Elle est manifestation et approfondissement de cette subjectivité, non plus à partir du moi [...], mais de la relation à l'autre» (p. 64).

L'expérience de la souffrance est subjectivité pure. Or il ne pourra être question dans ces lignes que d'une mise à distance de cette expérience, de l'objectivation d'un savoir sensible, de son expression. La souffrance existe, il va sans dire, mais nous ne pouvons avoir accès qu'aux discours qui l'entourent et la reconnaissent. La souffrance en elle-même se situe derrière le verbe. Il nous semble important de rappeler cet écart, car dans la pratique du service social, l'intervenant est confronté de façon quotidienne à ce paradoxe. La souffrance racontée, interprétée n'est qu'une représentation organisée selon des codes traversés de relations de pouvoir sous-jacentes et rendues invisibles par l'usage commun. La notion de souffrance peut en ce sens être comprise comme un phénomène culturel, un objet de l'histoire. Comme le soulève Soulet (2009), «l'énonciation de la souffrance n'est pas la souffrance elle-même» (p. 121). Par conséquent, en lien avec ce parti pris théorique, nous nous intéresserons aux usages sociaux de la souffrance dans les sociétés occidentales contemporaines et plus spécifiquement à ceux se rattachant au domaine de la santé. Nous amorcerons ce chapitre par une description analytique du contexte dans lequel la notion de souffrance actuelle a émergé, qui sera suivie d'une brève présentation de l'individu qui l'exprime. Les concepts de souffrance sociale et de souffrance psychique seront ensuite discutés afin de mettre en lumière les rapports qu'ils entretiennent avec le domaine médical et la santé publique.

## 1. CONTEXTUALISATION : UNE SOCIÉTÉ D'INDIVIDUS

Il peut être tentant, devant la misère du monde, devant les difficultés qui accompagnent la montée de l'individualisme, de croire en la fatalité d'une désaffiliation sociale de masse, en l'effritement du lien social, voire en sa destruction totale. Cependant, bien que l'individu soit soumis à des tensions identitaires évidentes, «tout» ne peut se dérouler dans son «intérieurité». Les vers de John Donne, écrits en 1624, sont encore de bon augure: «*No man is an island, entire of itself.*» Le fait de «faire société» n'est pas en péril, car, ainsi que le soulève Ehrenberg (2005), «un sujet humain sans société est aussi absurde qu'un sujet sans corps» (p. 38); ce sont plutôt les règles sociales qui se transforment. Il y aura donc toujours une «société», pour nous enfermer, nous pervertir, mais aussi pour nous protéger, nous secourir. L'individu contemporain est assujéti aux règles du monde social dans lequel il se développe, donc à son contexte, et non pas exclusivement à lui-même.

Les sociétés modernes occidentales connaissent actuellement des mutations très profondes (Bajoit, 2007). Elles dévalorisent le collectif et placent maladroitement en l'être humain l'entièreté de sa vérité sur lui-même, et ce, bien qu'il ne puisse évidemment pas en être ainsi. Notre vérité d'être vivant, et tout ce qui la concerne, se trouve fixée au sein même de notre intériorité sacralisée. Cependant, la valeur de supériorité accordée à l'intériorité, à la psychologie et à la santé mentale est avant tout de nature structurelle. Par ailleurs, c'est de ce déplacement vers l'intérieur que découle la croyance candide voulant que puisse se situer en « soi » la source de toutes nos actions, comme s'il était possible que la société ait été « ajoutée » à l'individu, plutôt que le contraire (Ehrenberg, 2005). Par conséquent, les frontières du soi doivent être élargies à outrance afin d'inclure ce qui auparavant ne le concernait guère, et force est de constater que, paradoxalement, « tout ce qui concerne les émotions, les affects, les sentiments moraux, la subjectivité individuelle est passé au cœur de la vie sociale des sociétés dites développées » (Ehrenberg, 2011, p. 554). Le soi y occupe une place démesurée, qui se traduit par des références démultipliées à la souffrance et à l'équilibre désiré de la santé mentale. L'individu est appelé à diriger son regard en lui-même, lieu privilégié contenant la totalité des ressources nécessaires à son accomplissement et son épanouissement personnel, d'où l'importance normative de la « connaissance de soi ».

Ainsi, l'individu devra apprendre à reconnaître ses forces afin d'en faire un usage optimal, mais également ses faiblesses, pathologies de l'homme ordinaire, sur lesquelles il devra activement travailler à l'aide de techniques ingénieuses de développement personnel. Il existe dorénavant une nécessité urgente de se démarquer des autres, sans toutefois leur être étranger. Il ne faut être ni marginal ni conformiste, si bien que la norme est devenue le refus même de celle-ci. Cette « normalité » paradoxale « est un compromis acquis par la lutte, qu'il faut toujours reconquérir, en sachant que cette lutte, à la fin, nous la perdrons » (Dejours, 2007, p. 95). La normalité doit être acquise par la force; il n'est plus question de moyenne, mais d'un idéal impossible et inatteignable, qui ne cesse de s'éloigner de la portée du particulier. Les règles de l'individualité contemporaine représentent donc un « idéal de normalité », qui plane au-dessus de l'accessible et qui s'éloigne de ce qui est en fait « normal ».

L'individu d'aujourd'hui est entrepreneur de lui-même (Vrancken, 2009). Il est responsable de ses succès comme de ses malheurs. Il doit donc être en quête perpétuelle d'amélioration de ses performances, ce qui nécessite un équilibre psychologique lui permettant cette « discipline de l'initiative » (Ehrenberg, 2005, p. 19). Le niveau de compétition que crée l'économie capitaliste dans laquelle nous baignons requiert de l'individu qu'il soit autonome; il doit être en mesure de décider et d'agir par lui-même

afin de saisir les occasions qui se présentent à lui (Ehrenberg, 2011). L'atteinte du bonheur se formule dans une absence de limites (Jacquemin, 2007); l'univers des possibilités se voit démultiplié. Cependant, nous ne sommes pas tous nés égaux. L'inflation de l'identité désirée entre rapidement dans des relations conflictuelles avec celle qui nous est assignée et celle engagée dans la matière qui forme notre quotidien (Bajoit, 2007). De ces conflits surgissent des tensions identitaires: un choc, une contradiction entre ce « moi » potentiellement à notre portée et le réel. En effet, comme le souligne Vrancken (2007), l'individu est « un produit de l'histoire, de la société et de ses inégalités sociales. Il est le résultat d'un long processus dans lequel interviennent également les institutions avec leurs attentes normatives » (p. 204). Il est donc faux de croire que la personne se bâtit elle-même; elle est plutôt façonnée par son environnement et ses relations. Si les inégalités s'installent dès la naissance, elles relèvent de phénomènes structurels affectant l'ensemble de la société à des degrés divers (Jacques, 2004). Un grand nombre de ces vulnérabilités naissent « de l'autonomisation de l'existence individuelle en tant que norme sociale et de la désocialisation des protections structurantes de l'individuation des individus » (Soulet, 2007, p. 11). L'individu devient en un sens responsable de tout, même de ce qui n'est pas de son ressort, ce qui crée chez lui un malaise profond et sans visage.

## 2. L'INDIVIDU SOUFFRANT

Quoi que l'on puisse dire, la souffrance, au même titre que la joie ou la tristesse, est un phénomène humain. Chobeaux (2009) parlera d'une « souffrance originelle, constitutive de l'humain, faite de l'obligation de l'acceptation des inédits symboliques et sociaux, plus largement de l'acceptation du report de la satisfaction des désirs » (p. 38). À ce titre, le désir représente un vide à combler, cette infinité de « possibles » encore plus lourde que le réel, ce moment d'attente d'une durée incertaine, peut-être éternelle. En conséquence, la souffrance est également lourdeur, déception et impuissance devant la part d'irrationnel et d'inexplicable que contient l'existence. Elle est inévitable, car en dehors d'elle il n'existe pas de vie (Chabot, 1996). À travers elle, nous nous humanisons, nous nous rapprochons les uns des autres. La souffrance et ce qui la cause par ailleurs sont des faits de culture; ils doivent être socialement désignés et représentés afin que la compassion puisse s'exercer (Fassin, 2007). Périlleux et Cultiaux (2009) diront que la souffrance est « au cœur du lien social et politique. Elle fait partie de la trame morale de la vie quotidienne, là où chacun élève des revendications élémentaires à la justice et à la reconnaissance » (p. 10). Reconnaître la souffrance de l'autre, c'est partager le même monde que lui, c'est accepter de s'unir dans un état qui engendre la solitude.

L'expression de la souffrance peut donc être utilisée comme symbole et comme créatrice d'une vie sociale, permettant « la mise en action d'un contrat social implicite, au fond d'une existence humaine et non plus animale » (Chobeaux, 2009, p. 39). La souffrance, au sein de cette société d'individus, est utilisée par ses membres pour se lier les uns aux autres. Elle est un mal nécessaire, mais paradoxal : si je souffre, alors je suis ?

Cependant, l'individu autonome et donc responsable n'a d'autre choix que de « subir » ses fautes, ses échecs, ses malheurs et ses maladies, et ce, quelle que soit sa classe sociale ; il porte le blâme d'être si imparfait. Il souffre d'être lui-même, il souffre de sa personnalité, de son corps. Il souffre, psychologiquement, d'avoir à transporter seul un fardeau collectivement constitué. Ainsi, la souffrance est toujours sociale (Blais, 2008). La problématique de la transformation des conditions sociales produisant l'injustice se camoufle au creux des plaintes individuelles (Renault, 2002). L'individu martyr crie à tue-tête ce mal qui le secoue et dont les sources semblent jaillir de toute part : corps, travail, image, santé mentale, école... Dès lors, la souffrance intime, ne pouvant être considérée comme appartenant au registre des comportements socialement rentables, devient une menace à la performance et doit être traitée comme un enjeu de santé publique. Elle prend alors le statut de « maladie » et les moyens pour l'apaiser, la soulager, l'anéantir prolifèrent. Zarifian (2007) déclare néanmoins : « La souffrance psychique n'est pas une maladie. La soulager, ce n'est pas donner un traitement » (p. 110).

Psychologues, psychiatres, travailleurs sociaux ou professionnels de l'accompagnement de tous horizons, en bons soldats des régimes médical et social, incitent les individus souffrants à raconter le récit de leur existence, leur « parcours d'infortune » (Vrancken, 2009, p. 68). Par l'analyse de ce récit, ils parviendront à déceler la tare personnelle qui a fait tout basculer. La parole, considérée par Zarifian (2007) comme seule voie pour se sortir de la souffrance, est de ce fait pervertie ; elle ne peut dans ces circonstances offrir un refuge, car elle se transforme en reproche à travers le discours de celui qui l'écoute et qui tente d'objectiver son expérience. La souffrance prise dans l'étreinte médicale devient l'alliée du pouvoir.

Gori et Del Volgo (2009) considèrent que « les pratiques médicales actuelles dans leur subordination extrême à la technique, à l'économie et au social conduisent à l'arraisonnement de la nature et de l'homme comme fonds économiquement et socialement exploitable à l'infini » (p. 30). En ce sens, l'intervention ne souhaite pas relever les inégalités sociales qui ont forgé ces parcours d'infortune, mais bien habiliter l'individu défaillant à s'adapter à celles-ci, sans les dénoncer ni les démasquer. Souffrir n'est pas anormal, mais la cause des souffrances, quant à elle, peut l'être. Cette forme d'effacement structurel de l'injustice – inégalités rendues invisibles derrière des discours de responsabilité individuelle –

découle selon Memmi d'un mode de gouvernement par la parole qui cultive ce que Ehrenberg (2000) nomme une « culture du malheur intime ». L'intervention proscrite fait violence à l'individu souffrant, car l'enfermer dans une « histoire singulière empêche l'inscription de la cause de la souffrance dans un schéma explicatif et rend impossible une action pour y remédier » (Soulet, 2007, p. 14). La souffrance psychique, et donc individuelle, est socialement générée. Elle se situe dans une rupture de communication, une impossibilité à mettre en mots, à l'intérieur de son propre discours sur elle-même; elle est placée dans une contradiction qui force l'individu à inventer, à réécrire rétrospectivement l'histoire de sa vie afin d'y découvrir *a posteriori* des indices, reconnus socialement comme les sources de son malaise (bien qu'il ne les ait pas initialement vécus ainsi). Bien que cet enjeu ne soit pas contemporain, la régulation « publique » et normative du discours sur la souffrance (lieux définis d'expression, professionnels de l'écoute, sémantique, etc.) par sa prise en charge médicale, entre autres, organise l'expérience de façon particulière.

### 3. LE POUVOIR DE LA SOUFFRANCE

En 1995, Lazarus et Strohl donnaient une reconnaissance scientifique au concept de souffrance sociale dans un rapport public commandé par le gouvernement français nommé *Cette souffrance qu'on ne peut plus cacher*. Ce concept fut également popularisé par Bourdieu, Dejours et Paugam (Renault, 2002) à la fin des années 1980 et au début des années 1990. Cependant, la souffrance sociale n'est pas le propre de la postmodernité, elle est inhérente à la vie en société (Soulet, 2007); Freud (1971 [1929]) faisait d'ailleurs référence à une souffrance d'origine sociale dans son livre *Malaise dans la civilisation*. Cette forme de souffrance, liée au type d'organisation de la société, est éprouvée singulièrement par les individus. L'intérêt est donc de déterminer les contours qu'elle prend dans un contexte donné, afin de cerner les tensions qui la sous-tendent. Dans une société traversée par de puissantes dynamiques d'individuation comme l'est la nôtre, occasionnant des exigences grandissantes d'autonomie et d'affirmation du sujet personnel, l'angoisse – que Foucart (2004) considère comme caractéristique de l'expérience contemporaine – devient l'un des aspects de la souffrance pouvant être le plus aisément pathologisés. L'auteur la compare à un sentiment d'insécurité existentielle qui résulterait « de l'affaiblissement des points d'appui et de la précarisation des conditions de la confiance » (Foucart, 2004, p. 8).

Cette angoisse dépasse le sentiment de la peur, n'ayant aucun point d'ancrage particulier et ne pouvant être fuie directement. Elle est donc diffuse et s'arrime à l'altérité du monde, stimulant le « souci de soi » et rendant la relation avec autrui tendue par la défiance. L'angoisse isole,

sépare et rend l'individu vulnérable, pathologique. C'est autour de cet état limite que s'insèrent les tentacules du pouvoir. Aveugle à ce qui l'étouffe, l'individu cherche une main à laquelle s'agripper et qui pourra le secourir. Et c'est cette main tendue qu'agrippent le médecin, le psychiatre ou le psychologue, qui ont été désignés ou qui se sont eux-mêmes désignés « réverbères », éclairant de leur lumière raisonnable et objective ceux qui, perdus dans la noirceur de leur souffrance, cherchent désespérément le chemin de la norme. Ainsi, ce pouvoir anesthésiant cache derrière lui une infinité d'inégalités sociales et d'injustices, qui pourront tranquillement continuer leurs ravages sans crainte d'être dévoilées, puisqu'elles sont incluses dans la notion même de « soulagement » ou de « guérison ». À plus grande échelle, la souffrance sociale « propose une échappatoire politique dans une conjoncture socioéconomique sur laquelle le gouvernement dit n'avoir que peu d'influence » (Fassin, 2006, p. 143). C'est dire que mettre l'accent sur le concept de souffrance tel qu'il s'est constitué dans le discours politique diminue les possibilités effectives de contrôler cette souffrance et contribue plutôt à l'accentuer.

Souffrance sociale et souffrance psychique sont donc liées. Selon Fassin (2004), la souffrance psychique désigne « une manière particulière de souffrir par le social, d'être affecté dans son être psychique par son être en société » (p. 9). Ces souffrances qui relèvent avant tout d'injustices sociales sont stigmatisées, devant à tout prix être apaisées, voire tuées; elles sont de ce fait reléguées aux imperfections du particulier qui les manifestent. Bien que les espaces d'expression de la souffrance psychique soient de plus en plus nombreux, que celle-ci soit aujourd'hui la forme d'expression obligatoire et attendue du mal social (Ehrenberg, 2011), Bajoit (2007) soutient que « nous entrons dans une époque qui bannit la souffrance: que ce soit pour naître, pour apprendre, pour vivre ensemble, pour travailler, pour affronter la maladie ou la mort, nous ne voulons plus souffrir » (p. 24). Comment résoudre ce paradoxe? La souffrance est nécessaire, au cœur du lien social, donc humaine et normale, tout en étant l'incarnation du mal, de la maladie, de la faute, de l'erreur et de la marge. La souffrance n'est ni substance ni concept (Dujarier, 2009), elle se situe dans la vie et dans le corps, elle est par extension un objet de prédilection du pouvoir.

### 3.1. La souffrance et le biopouvoir

Le biopouvoir, tel que le présente Michel Foucault (1976) dans le premier tome de son *Histoire de la sexualité*, est un pouvoir à la fois disciplinaire et régulateur qui s'exerce positivement sur la vie et qui s'ordonne aux exigences que celle-ci réclame. Ce type de pouvoir investit la vie de part en part et tente par conséquent de repousser sa limite extrême qu'est la

mort. De même, la souffrance et la santé mentale sont les pôles opposés d'un continuum lié à l'individuation de la condition humaine. L'individu se doit de veiller à sa santé psychique, nécessaire à son inclusion et à sa survie sociales. Jacques (2004) ira jusqu'à dire que «la précarité psychique, c'est la mort sociale» (p. 24). Cette dynamique découle d'un ensemble complexe de rapports de force lié au pouvoir sur la vie. La valeur sociale accordée à la notion de «bonne santé» et au «souci de soi» est devenue disproportionnée, car elle pénètre chaque recoin de l'existence individuelle et sociale. Mais que veut dire «être en bonne santé»?

La santé n'est plus considérée comme le «silence des organes» (Canguilhem, 1966, p. 72) ni comme l'absence de maladie. Elle est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1948) comme un «état de complet bien-être physique, mental et social». Or, est-il possible de se trouver dans cet état de façon continue? Dejours (2007) dira plutôt que «la santé n'est pas un état et d'ailleurs la santé n'existe pas» (p. 94), qu'elle est un idéal impossible à atteindre et donc un agent de contrôle sans limite. Pourtant, aujourd'hui, «la santé, c'est le bonheur et le bonheur, c'est la santé» (Skrabanek, 1995, p. 44). Ainsi, le rôle de la souffrance dans les sociétés occidentales s'est modifié, il est devenu l'envers de la santé mentale. De ce fait, la souffrance risque d'être considérée comme une pathologie mentale, une fluctuation de l'humeur pouvant s'insérer au sein du registre médical et dont la guérison est atteignable (Verspieren, 1998). Il n'est par conséquent plus «normal» de souffrir, ni de la perte ni de l'absence. Foucart (2004) dira qu'il y a dorénavant «une sorte de "pathos" de la souffrance. La souffrance est devenue un référent pour agir dans de multiples domaines et une explication de problèmes parfaitement hétérogènes» (p. 8). Ce phénomène s'inscrit dans l'ère de la médicalisation de l'existence. L'intervention privilégiée pour traiter ce malaise, cette incapacité de réagir est la médication ou la psychothérapie, alors que le fondement de cette blessure est d'origine sociale. La souffrance est vidée de son sens, en porte-à-faux avec celui-ci, devenant dès lors un contenant idéal pour le biopouvoir.

### **3.2. Biopouvoir et médicalisation de l'existence**

La montée en puissance de la médecine curative, et son emprise sur la société, n'est pas un phénomène nouveau; elle peut être observée concrètement dès les années 1950 (Pierret, 2008). Si bien que l'on a pu parler dans les années 1970 d'une «médicalisation de la société», pouvant être définie comme le basculement d'enjeux sociaux et moraux dans le registre de l'expertise médicale (Collin et Suissa, 2007). Cette médicalisation de l'existence consiste plus précisément «à conférer un caractère médical à des représentations et des pratiques qui n'étaient jusqu'alors pas

appréhendées dans ses termes» (Lamarre, Mineau et Larochelle, 2006, p. 229). Elle est donc «une construction sociale et intersubjective qui appartient [...] à une structure de la culture moderne et du malaise par excellence de sa civilisation» (Gori et Del Volgo, 2009, p. 24). À ce titre, la médecine peut être considérée, entre autres choses, comme une institution de contrôle social qui, dorénavant affranchie en partie de la maladie par sa réorientation vers la santé, se targue de posséder un «savoir total sur l'homme» (Pierret, 2008, p. 55), mais un savoir individualisant et décontextualisé.

On peut noter simultanément l'émergence d'une conception globale de la santé dont découle l'apparition d'une «médecine de la santé» qui s'appuie sur des normes non plus exclusivement biologiques, mais aussi comportementales (Pierret, 2008). Par conséquent, la santé acquiert un statut social privilégié (Lamarre, Mineau et Larochelle, 2006) et devient un enjeu majeur des politiques publiques, qui la considèrent comme un bien collectif dont les sujets sont reconnus propriétaires, consommateurs et usagers (Gori et Del Volgo, 2009). Ainsi, au nom de cette santé publique, médecins et psychiatres participent activement à définir les normes de comportements dans tous les aspects de l'existence (Collin et Suissa, 2007). Le rôle de la médecine n'est donc plus exclusivement la guérison des maladies, mais consiste à surveiller la santé de la population entière. De la médicalisation nous passons à une «santéisation» de la société (Pierret, 2008), et donc à des critères d'évaluation liés à la performance et aux facteurs de risque. La notion de santé est à la fois idéalisée et normative; son atteinte apparaît d'ores et déjà vouée à l'échec, ce qui fait porter par l'homme ordinaire la responsabilité accablante de repousser les maladies potentielles. Gori et Del Volgo (2011) diront même que «rien ne ressemble plus à un malade potentiel qu'un homme ordinaire» (p. 1018).

Chaque citoyen étant un malade éventuel, il est nécessaire de veiller à ce que chacun respecte les normes de santé socialement prescrites avant que la maladie n'apparaisse. Ainsi que le souligne Rose (2006), la normalité elle-même devient un état neurochimique susceptible d'amélioration. Dans ce contexte, il va de soi que les populations défavorisées ou jugées à risque selon un certain nombre de caractéristiques objectivantes seront davantage ciblées par la surveillance et, de ce fait, stigmatisées si elles ne parviennent pas à se conformer aux prescriptions de santé publique établies par la «police» sociosanitaire. Des mouvements idéologiques, tels que le *healthism* aux États-Unis, se créent sur la base de promesses intenable, à savoir que l'«absence de maladie grave et le maintien d'une grande vigueur physique et intellectuelle sont aujourd'hui possibles à condition d'agir selon les préceptes hygiénistes» (Lamarre, Mineau et Larochelle, 2006, p. 228). L'individu devant malgré tout faire face à la mort, aux accidents, à la maladie et à l'échec, il souffre de s'être laissé

séduire, d'avoir cru que la normalité se traduisait inévitablement par la santé. Cette souffrance découle par conséquent du « caractère forcément politique et polémique de la norme » (Gori et Del Volgo, 2011, p. 1008), faisant du corps et de ses dysfonctions une « réalité biopolitique », comme l'avait déjà annoncé Foucault (2001, p. 210).

#### 4. SOUFFRANCE ET SANTÉ MENTALE

La santé mentale est un « état » dont les limites ne peuvent qu'être grossièrement balisées, car la définition de cet état varie grandement en fonction du contexte dans lequel il est évalué. L'OMS (2011) définit la santé mentale comme un état complet de bien-être, « qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté ». Ce discours est fortement imprégné de considérations d'ordre moral et de fonctionnalité ; les normes sociales que sont le travail, la performance, la résilience devant l'adversité ou l'absence de souffrance sont présentées comme faisant partie des critères universels de bien-être. Cet exemple illustre le danger immanent à l'approche biopsychosociale que l'OMS affirme utiliser ; il témoigne du pouvoir normalisateur sous-jacent à cette interprétation de la santé et du bien-être. Le secteur de la santé mentale participe à l'objectivation du bien-être et de la souffrance, répertoriant les malaises, évaluant les parcours, individualisant et décontextualisant l'expérience vécue.

Pourtant, qu'advient-il lorsque l'expert étiquette l'expérience de la souffrance comme un simple dysfonctionnement, comme une « déviance », et qu'il affirme être le seul à pouvoir l'enrayer, la « guérir » ? Un déséquilibre de pouvoir se crée, suivi par une perte de reconnaissance du savoir sur soi et par une dépendance toujours grandissante vis-à-vis de celui qui « sait<sup>1</sup> ». C'est dans cet espace que prend forme la maladie mentale, une négation de la santé, une marge bien définie, où chaque « éclat de malaise [est] érigé en diagnostic » (Blais, 2008, p. 15). Par conséquent, si la souffrance peut se résorber grâce au savoir médical, elle doit être dépassée, vaincue. Se crée alors une nouvelle dichotomie, la bonne et la mauvaise souffrance, l'une que l'on exhibe, que l'on traverse telle une « épreuve » (Martuccelli, 2006) utile et nécessaire, et l'autre que l'on souhaite faire taire, voir disparaître, puisqu'elle sort du registre qui lui est socialement attribué. La « bonne » souffrance est socialement valorisée, car elle est inévitablement dépassée, ou alors elle est humblement et discrètement « endurée », digne d'admiration. La « mauvaise » souffrance dérange, elle

1. En ce sens, nous pensons notamment au couple pouvoir/savoir décrit par Foucault (1976).

salit celui qui en fait l'expérience, mais également ceux qui en sont témoins; elle est bruyante, désorganisée, elle nuit au fonctionnement «normal», elle s'éternise, elle doit être cachée.

Les exigences normatives contemporaines ont produit un individu souffrant, dont la santé mentale fait l'objet d'un investissement public considérable par la mise en œuvre de divers programmes et politiques de santé publique. La limite entre une souffrance saine et une souffrance malsaine (associée directement aux problèmes de santé mentale) s'est brouillée, à l'image de la frontière entre le normal et le pathologique, de sorte que les comportements individuels sont analysés, mesurés afin d'être normalisés à l'intérieur d'un système voué à la régulation des souffrances. À travers ce système, la souffrance pathologique, maladie «comme les autres», n'est plus une fatalité, mais plutôt une production dont l'individu atteint est responsable; la «faute» retombe sur celui-ci, sans égard à la société dans laquelle cette «maladie» s'est développée. La maladie en ce sens est vidée de son contenu social, pour n'être que tare individuelle qui aurait pu être évitée. Toutefois, «parler de santé, c'est aussi parler des politiques, des conditions de vie, des valeurs et des normes de cette société» (Pierret, 2008, p. 50). En tentant de réduire en un schéma nosologique des problèmes dont la nature est complexe et socialement constituée, en regroupant ces problèmes dans une liste qui absorbe en un langage uniforme chaque malaise, chaque tourment (Blais, 2008), on efface les mots de la souffrance, qui s'agglutinent pour ne montrer qu'une société malade et «apeurée».

On peut par conséquent observer le déploiement d'une forme contemporaine de domination et de contrôle, qui serait fondée cette fois sur la responsabilisation individuelle (Ducournau, 2009). L'individu est propriétaire, consommateur et usager de plein droit de sa santé; il entretient une relation de type «service» avec l'institution médicale qui clame pouvoir offrir une réponse technique adaptée à tous les problèmes individuels et sociaux grâce à ses avancées biomédicales (Pierret, 2008). Le recours aux médicaments constitue un élément majeur de la médicalisation de l'existence, puisque non seulement il découle des progrès techniques de la science, mais il offre également une solution rapide aux plaintes, sans pour autant en explorer la source. Bien que sur le plan statistique, l'absence de toute souffrance et une santé parfaite soient tout à fait anormales, elles sont rendues «normales» du point de vue de l'idéal de l'espèce (Gori et Del Volgo, 2011). La santé en tant que norme de référence prend la forme d'une obsession collective, faisant fi des inégalités sociales dont elle est truffée. Cet idéal est alimenté par les progrès biotechnologiques qui, derrière leurs apparentes neutralités scientifiques, évacuent «les aspects moraux et normatifs de la maladie, de la vie et de la mort, et surtout contribuent à individualiser l'appréhension des problèmes en les rabattant

sur "le malade" » (Pierret, 2008, p. 49). Cependant, selon Tew (1999), la médecine ne représente pas un modèle scientifique suffisant pour soutenir l'individu souffrant à travers sa détresse, dans la reprise du contrôle de son existence, et elle n'offre pas à la personne l'occasion d'intégrer un rôle social qui serait positivement reconnu par la société. L'amélioration du fonctionnement social est évaluée selon des critères préétablis, qui s'éloignent des préoccupations quotidiennes du particulier. Celui-ci doit faire coïncider ses besoins et ses aspirations de bien-être avec ceux d'un tiers parti qui a écrit les règles de fonctionnement du système. Dès lors, l'individu « souffrant » est considéré comme incapable de saisir le sens de son expérience. Seul l'expert pourra correctement définir ses besoins :

Ainsi, avec l'avènement des sciences humaines, le sujet a été déclaré dans la société occidentale contemporaine inapte à accéder, par lui-même, à l'intelligibilité de son propre discours et, par extension, inapte à participer à la définition des modalités de son traitement, de sa guérison, de sa réhabilitation ou de sa réadaptation (Vanthuyne, 2008, p. 42).

Si bien que, comme le souligne Meyor (2005), nous pouvons constater actuellement, par cette conception cristallisée de la subjectivité, l'évanouissement du sujet de la souffrance.

## CONCLUSION

La souffrance devrait-elle être un enjeu de santé publique ? La souffrance est-elle une maladie qu'il convient de « guérir » individuellement ou est-ce là plutôt une façon habilement orchestrée de détourner notre regard de la source de ce mal pandémique ? Les sciences du sujet, s'étant approprié une certaine autorité sur l'expérience du sujet (Vanthuyne, 2008), ont-elles participé à camoufler derrière un discours médical les excès d'une société capitaliste et néolibérale ? Ne devrions-nous pas plutôt centrer notre attention et dénoncer les inégalités structurelles qui forgent le quotidien et qui profitent à un si petit nombre d'individus ? Il existe des inégalités en matière de santé (et par extension de souffrance) qui sont socialement construites. Elles découlent de l'organisation même de la société, étayée quant à elle par des relations de pouvoir qui sont sous-jacentes à l'établissement des critères de santé publique à respecter. Aujourd'hui, l'expression « santé publique » évoque à la fois une institution, une discipline et une pratique. Déjà, en 1963, dans *Naissance de la clinique*, Foucault décrivait la tâche politique et morale du médecin de l'époque classique qui luttait contre la maladie en faisant la guerre contre le mauvais gouvernement de soi. Le modèle médical, s'appuyant sur la science dont il relève, connaîtra une ascension phénoménale, permettant à la médecine et à la psychiatrie de participer activement, au nom de la santé publique, à la définition de comportements « acceptables » normativement dans tous les

aspects de l'existence (Collin et Suissa, 2007). À travers un discours préventif s'est instaurée une forme inusitée de régulation; la santé publique moralisatrice poursuit des buts qui «normalisent» les individus et marginalisent les «anormaux» (Marzano, 2011). Par conséquent, le biopouvoir, par l'entremise d'une souffrance qui doit à tout prix être régulée, pénètre toujours plus profondément la vie et touche au plus intime de notre intimité en imprégnant la subjectivité du mal qui l'afflige.

## RÉFÉRENCES

- BAJOIT, G. (2007). «La tyrannie du "grand ISA"», dans M.-H. Soulet (dir.), *La souffrance sociale. Nouveau malaise dans la civilisation*, Fribourg, Academic Press Fribourg / Éditions Saint-Paul, p. 17-30.
- BLAIS, L. (2008). «Souffrance sociale, parole publique, espace politique», dans L. Blais (dir.), *Vivre à la marge. Réflexions autour de la souffrance sociale*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, p. 15-36.
- CANGUILHEM, G. (1966). *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses universitaires de France.
- CHABOT, M. (1996). «Nous sommes tous des suicidés...», *Horizons philosophiques*, vol. 7, n° 1, p. 1-15.
- CHOBEAUX, F. (2009). «La souffrance psychique: un concept qui échappe», *VST – Vie sociale et traitements*, vol. 1, n° 101, p. 37-40.
- COLLIN, J. et A.J. SUISSA (2007). «Les multiples facettes de la médicalisation du social», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, n° 2, p. 25-33.
- DEJOURS, C. (2007). «Monde du travail et pathologie de la solitude», dans M.-H. Soulet (dir.), *La souffrance sociale. Nouveau malaise dans la civilisation*, Fribourg, Academic Press Fribourg / Éditions Saint-Paul, p. 85-106.
- DUCOURNAU, P. (2009). «Acteurs face à la biopolitique: capacités critiques et tactiques de résistance», *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. 2, n° 127, p. 291-314.
- DUJARIER, M. (2009). «Une analyse sociologique des discours sur la souffrance au travail», dans T. Périlleux et J. Cultiaux (dir.), *Destins politiques de la souffrance. Intervention sociale, justice, travail*, Toulouse, Érès, p. 119-132.
- EHRENBERG, A. (2000). *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob.
- EHRENBERG, A. (2002). «Souffrance», *M/S: médecine/sciences*, vol. 18, n° 11, p. 1047.
- EHRENBERG, A. (2005). «La plainte sans fin. Réflexions sur le couple souffrance psychique/santé mentale», *Cahiers de recherche sociologique*, nos 41-42, p. 17-41.
- EHRENBERG, A. (2011). «"La société du malaise". Une présentation pour un dialogue entre clinique et sociologie», *Adolescence*, vol. 3, n° 77, p. 553-570.
- FASSIN, D. (2004). *Des maux indicibles: sociologie des lieux d'écoute*, Paris, La Découverte, coll. «Alternatives sociales».
- FASSIN, D. (2006). «"Souffrir par le social, gouverner par l'écoute". Une configuration sémantique de l'action publique», *Politix*, vol. 1, n° 73, p. 137-157.
- FASSIN, D. (2007). «Un ethos compassionnel», dans M.-H. Soulet (dir.), *La souffrance sociale. Nouveau malaise dans la civilisation*, Fribourg, Academic Press Fribourg / Éditions Saint-Paul, p. 51-72.

- FOUCART, J. (2004). «La souffrance: un enjeu social contemporain», *Pensée plurielle*, vol. 2, n° 8, p. 7-20.
- FOUCAULT, M. (1963). *Naissance de la clinique*, Paris, Presses universitaires de France.
- FOUCAULT, M. (1976). *Histoire de la sexualité. Tome 1: la volonté de savoir*, Paris, Gallimard.
- FOUCAULT, M. (2001 [1994]). «La naissance de la médecine sociale», *Dits et écrits II, 1976-1988*, Paris, Gallimard, p. 207-228.
- FREUD, S. (1971 [1929]). *Malaise dans la civilisation* (trad. de l'allemand par C. et J. Odier), Paris, Presses universitaires de France.
- GAGNON, É. (2005). «Figures de la plainte: la douleur, la souffrance et la considération», *M/S: médecine/sciences*, vol. 21, n° 6, p. 648-651.
- GOFFMAN, E. (1968 [1961]). *Asiles* (trad. de l'anglais par L. et C. Lainé), Paris, Minuit.
- GORI, R. et M. DEL VOLGO (2009). *La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris, Flammarion.
- GORI, R. et M. DEL VOLGO (2011). «Chaque société a la psychopathologie qu'elle mérite», *Revue française de psychanalyse*, vol. 4, n° 75, p. 1007-1022.
- JACQUEMIN, D. (2007). «Mourir dans la dignité: un défi pour l'humain, un lieu pour Dieu?», *Frontières*, vol. 20, n° 1, p. 12-21.
- JACQUES, P. (2004). «Souffrance psychique et souffrance sociale», *Pensée plurielle*, vol. 2, n° 8, p. 21-29.
- LAMARRE, B., A. MINEAU et G. LAROCHELLE (2006). «Le discours sur la médicalisation sociale et la santé mentale: 1973-1994», *Recherches sociographiques*, vol. 47, n° 2, p. 227-251.
- LONGNEAUX, J.-M. (2007). «La souffrance comme exemple d'une phénoménologie de la subjectivité», *Collection du Cirp*, vol. 2, p. 61-73.
- MARTUCCELLI, D. (2006). *Forgé par l'épreuve*, Paris, Armand Colin.
- MARZANO, M. (2011). «Foucault et la santé publique», *Les Tribunes de la santé*, vol. 4, n° 33, p. 39-43.
- MEYOR, C. (2005). «La phénoménologie dans la méthode scientifique et le problème de la subjectivité», *Recherche qualitative*, vol. 25, n° 1, p. 25-42.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ – OMS (1948). *Actes officiels de l'Organisation mondiale de la santé*, débats et actes finaux de la Conférence internationale de la santé tenue à New York du 19 juin au 22 juillet 1946, New York, Commission intérimaire.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ – OMS (2011). «Santé mentale: un état de bien-être», <[http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/fr/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/fr/index.html)>, consulté le 30 octobre 2012.
- OTERO, M. et D. NAMIAN (2011). «Grammaires sociales de la souffrance», *Collection du Cirp*, vol. 2, p. 226-236.
- PÉRILLEUX, T. et J. CULTIAUX (2009). «Des saisies politiques de la souffrance», dans T. Périlleux et J. Cultiaux (dir.), *Destins politiques de la souffrance. Intervention sociale, justice, travail*, Toulouse, Érès, p. 7-20.
- PIERRET, J. (2008). «Entre santé et expérience de la maladie», *Psychotropes*, vol. 2, n° 14, p. 47-59.
- RENAULT, E. (2002). «La philosophie critique: porte-parole de la souffrance sociale?», *Mouvements*, vol. 5, n° 24, p. 21-32.

- ROSE, N. (2006). «Foucault, Laing et le pouvoir psychiatrique», *Sociologie et sociétés*, vol. 38, n° 2, p. 113-131.
- SKRABANEK, P. (1995). *La fin de la médecine à visage humain*, Paris, Odile Jacob.
- SOULET, M.-H. (2007). «Vulnérabilité sociale et souffrance individuelle», dans M.-H. Soulet (dir.), *La souffrance sociale. Nouveau malaise dans la civilisation*, Fribourg, Academic Press Fribourg / Éditions Saint-Paul, p. 9-16.
- SOULET, M.-H. (2009). «Nouvelles pathologies sociales et transformations de l'action sociale», dans T. Périlleux et J. Cultiaux (dir.), *Destins politiques de la souffrance. Intervention sociale, justice, travail*, Toulouse, Érès, p. 85-98.
- TEW, J. (1999). «Voices from the margins: Inserting the social in mental health discourse», *Social Work Education*, vol. 18, n° 4, p. 433-448.
- VALADIER, P. (1996). «Maladie du sens et gai savoir, chez Nietzsche», *Laval théorique et philosophique*, vol. 52, n° 2, p. 425-432.
- VANTHUYNE, K. (2008). «Souffrance sociale en paroles», dans L. Blais (dir.), *Vivre à la marge. Réflexions autour de la souffrance sociale*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, p. 37-52.
- VERSPIEREN, P. (1998). «Médecine et soulagement de la souffrance humaine», *Laval théologique et philosophique*, vol. 54, n° 1, p. 23-39.
- VRANCKEN, D. (2007). «Politiques de la souffrance, politiques du vivant», dans M.-H. Soulet (dir.), *La souffrance sociale. Nouveau malaise dans la civilisation*, Fribourg, Academic Press Fribourg / Éditions Saint-Paul, p. 179-204.
- VRANCKEN, D. (2009). «Politiques de la souffrance, politiques du vivant: quand les corps "parlent de la souffrance"», dans T. Périlleux et J. Cultiaux (dir.), *Destins politiques de la souffrance. Intervention sociale, justice, travail*, Toulouse, Érès, p. 61-76.
- ZARIFIAN, É. (2007). *Le goût de vivre. Retrouver la parole perdue*, Paris, Odile Jacob.
- ZOMBORY-NAGY, P., V. FRANDON, D. EL KENZ et M. GRÄSSLIN (1994). «Pour une histoire de la souffrance: expression, représentation, usage», *Médiévales*, vol. 27, p. 5-14.

## **SOUFFRANCE DE SINGULARITÉS, MONTÉE DES AFFECTIVITÉS ET « CLIMATOLOGIE POLITIQUE »**

Dahlia Namian

Le dernier film de Nanni Moretti, *Habemus Papam*, nous dévoile la figure « bartlebienne » d'un cardinal fraîchement élu pape qui, sans douter de sa foi, doute néanmoins de lui-même, met en cause ses capacités personnelles, craint de ne pas être capable d'endosser un rôle et un destin pour lesquels il ne se sent pas, personnellement, à la hauteur. Il montre nettement des signes de dépression et d'anxiété, se disant lui-même atteint d'une « sinusite psychique » et plongeant du même coup les fidèles rassemblés sur la place Saint-Pierre dans une inquiétude de masse. Un psychanalyste (Moretti) est alors invité dans ce lieu ultra sacré du Vatican afin de dévoiler et de comprendre la nature du malaise du nouveau souverain pontife. Or ce psychanalyste découvre rapidement que c'est l'ensemble du Sacré Collège qui est guetté par la dépression et que les cardinaux sont de pieux consommateurs d'anxiolytiques et de somnifères. Le psychanalyste montrera d'ailleurs lui aussi des signes d'impuissance quant à ses capacités de traitement, contraint d'adopter au mieux le rôle d'un *coach*, stimulant l'esprit d'équipe du conclave par un tournoi de volleyball, ce qui n'empêchera d'ailleurs pas l'écu de renoncer à son titre et de dévoiler publiquement sa modestie ontologique inégalée, tel Bartleby, le personnage de Melville, qui déclare « *Je préférerais ne pas.* »

Au-delà de la fiction<sup>1</sup>, c'est sans doute un précieux signe du temps quand on choisit de dépeindre les plus hauts représentants du dogme spirituel comme des êtres tenaillés par des fêlures psychiques, en proie à des souffrances, des insécurités et des blocages personnels à hauteur d'homme, et qui laissent pantoise du même coup la masse tout aussi anxieuse de fidèles, en attente, elle aussi, d'un apaisement mental. L'étalement public de cette épaisseur subjective – et qui plus est fissurée –, jadis impensable et intouchable chez une telle figure papale sacrée, fait curieusement écho, aujourd'hui, au constat partagé d'une fissure tout aussi profonde, mais qui touche, cette fois-ci, une figure plus « démocratique », terre-à-terre ou diffuse : celle que le philosophe allemand Sloterdijk surnomme le « pape intérieur », et dont il décèle les premières traces dans les écrits du pragmatiste américain du XIX<sup>e</sup> siècle William James. Le pape intérieur serait cette faculté ou cette fonction dogmatique intérieure donnée à tout individu, quel qu'il soit, lui permettant de naviguer dans les ambivalences de la modernité, fabriquant chez lui les convictions nécessaires, peu importe les épreuves, pour réussir sa vie (Sloterdijk, 2006). Aujourd'hui, qu'advient-il de ce pape intérieur lorsque même le « pape extérieur » fait un aveu public d'impuissance quant à la réussite de son destin, ne se sent pas à la hauteur, souffre de symptômes dépressifs ? Qu'est-ce que cela signifie, sociologiquement parlant, lorsque pape intérieur et pape extérieur souffrent ainsi harmonieusement et que, devant cette souffrance, le psychanalyste se voit contraint de se dévêtir de son savoir et de revêtir un dossard de moniteur sportif ? C'est cette signification sociologique que nous entendons interroger dans ce chapitre, en nous penchant, métaphores à part, sur le sens possible à conférer au phénomène de la « démocratisation » inédite de la souffrance dans les sociétés contemporaines. Phénomène qui fait entrer aujourd'hui en résonance profonde l'élite sacrée et le quidam de la masse, un général d'armée de la paix souffrant de traumatisme psychique et un ouvrier qualifié qui se dit victime de harcèlement psychologique au travail, comme nous l'avons analysé ailleurs (Otero et Namian, 2011).

Dans ce qui suit, nous rattacherons ce phénomène sociologique à trois observations. En premier lieu, nous l'abordons comme étant en partie liée à la montée, dans les sociétés contemporaines, d'un individualisme de singularité (Rosanvallon, 2011 ; Martuccelli, 2010), qui fait en sorte que, si la souffrance, hier, était d'une certaine manière la marque psychique d'une distinction sociale, elle devient aujourd'hui la nouvelle donne d'une aspiration et d'une contrainte de masse à la singularité. Au-delà de la charge pathologique sous-entendue par le terme « souffrance », son étendue sociologique témoigne de l'émergence d'un matériau désormais central au

---

1. Nanni Moretti a reconnu avoir « anticipé la réalité » avec ce film sur un pape en proie au doute, sorti deux ans avant la renonciation annoncée le lundi 13 janvier 2013 de Benoît XVI.

processus de fabrication de l'individualité ordinaire, les « affectivités », qui regroupe les questions de subjectivité, d'émotions et d'affects. Les affectivités renvoient aux deux facettes d'une même individualité que l'on cherche à joindre et à produire potentiellement en tout un chacun aujourd'hui : celle de « l'homme entrepreneur » et celle de « l'homme souffrant » (Ehrenberg, 2010), les deux se complétant mutuellement en faisant des affectivités un matériau indissociablement « psychosocial ». Cette montée des affectivités témoigne également de changements institutionnels parallèles sur le plan des « collecteurs de la souffrance ». Nous verrons en deuxième lieu, et à l'aide de quelques extraits d'une recherche menée dans le cadre de deux dispositifs d'intervention particuliers (un dispositif d'accompagnement psychosocial pour sans-abris et une maison de soins palliatifs), que les dispositifs liés au « vieux » décorum analytique ont cédé la place aujourd'hui à des collecteurs « sans qualités » dans lesquels les professionnels de l'écoute de la souffrance se délestent de leurs habits statutaires et sont soumis eux-mêmes à une certaine forme de souffrance, la « fatigue de la compassion » (Sennett, 2006). Pour conclure, nous avancerons l'idée en troisième lieu que ces collecteurs de souffrance constituent un équipement politique des individus propre au régime de gouvernementalité actuel, qu'on peut qualifier de « climatologie politique » (Desroches, 2011 ; Sloterdijk, 2006).

## 1. DE LA SOUFFRANCE DE « DISTINCTION » À LA SOUFFRANCE DE « SINGULARITÉS »

Sloterdijk (2002), dans un chapitre intitulé « L'accompagnement originel » où il analyse, entre autres choses, le décorum de la psychanalyse mettant en scène un divan, un fauteuil et une relation quasi mutique entre un analysant et un analysé, se demande en tant que qui ou en tant que quoi le premier, à qui il fait porter également le titre d'intégrateur ou de moniteur, peut se transformer « en créature censée offrir, par sa seule coexistence silencieuse, les conditions d'une intégration curative de soi-même » (p. 381-382). Aujourd'hui, pour nos yeux de contemporains, ce décorum quasi mutique, quasi magique peut sembler quelque peu mystérieux dans un contexte où il ne reste pratiquement de lui que les effets bavards de son extension en dehors de l'intimité privilégiée du salon et du luxe de la « position assise » ou couchée<sup>2</sup>.

2. Pour le philosophe allemand, cette position assise procède du travail de l'humanisme moderne occidental qui s'est attelé à la tâche de transformer « l'homme sauvage de la position debout, convaincu comme il l'est par le lien nécessaire entre la lecture, la position assise et l'apaisement » (Sloterdijk, 1999, p. 37). Lecture des classiques, position assise et « sélection des élites » forment un rapport profond, Sloterdijk jouant ici habilement sur les mots allemands « *lesen* » (lire) et « *auslesen* » (sélectionner).

Sans chercher ici à en déterrer les fondements «véritables», car les retrouver aujourd'hui tels quels nécessiterait sans doute un laborieux travail d'archéologie<sup>3</sup>, on peut dire que ce collecteur de souffrance prenant la forme du dispositif analytique entrainait jadis fortement en résonance avec la dimension psychologique de l'individualisme de «distinction», longtemps restée l'apanage d'un monde social particulier, celui des «artistes», du style de vie bohème, romantique ou dandy (Rosanvallon, 2011, p. 308-309). Il se proposait aux patients cultivés capables d'un travail de longue haleine, possédant des mécanismes psychiques qui permettaient l'*insight* et pour lequel les «masses», réduites quant à elles au silence de la force brute du travail et captive des épreuves matérielles de l'existence, ne pouvaient songer à se pourvoir pour «s'élever». Si les maux psychologiques étaient l'apanage en ce sens d'une certaine culture d'élite, ils ont depuis trouvé un terreau fertile à l'échelle diffuse de la société, empreinte, aujourd'hui, d'un processus structurel pouvant être désigné comme un individualisme «de singularité», qui consiste en «la généralisation de l'individualisme de distinction». Il le banalise, lui enlève son côté élitiste, le «démocratise» (Rosanvallon, 2011, p. 308). L'individualisme de singularité dessine une société dont les membres ont de nouvelles attentes (aspirations et contraintes) démocratiques, notamment celle d'être considérés, reconnus, respectés, qui qu'ils soient, dans leur singularité individuelle ordinaire; celle aussi d'être appréhendés par leur histoire personnelle et leur texture particulière et non plus uniquement par leur condition et leur statut objectifs. Une société où les individus sont appelés à agir sur de multiples scènes avec ce qu'ils ont de particulier, et non plus strictement à partir de ce qu'ils ont de semblable<sup>4</sup>. Si, hier, la souffrance était d'une certaine manière la marque psychique d'un individualisme de distinction, elle devient dans cette société l'empreinte sociale d'une aspiration et d'une contrainte de masse à la singularité qui la banalise, lui enlève son côté élitiste, la démocratise. Cette «souffrance de singularités» est devenue en ce sens l'une des déclinaisons courantes de l'individualité ordinaire (Otero et Namian, 2011) et une manière d'exprimer et de mesurer du même coup son appartenance commune à la socialité ordinaire. Au-delà de la charge pathologique sous-entendue par le terme de la souffrance, l'étendue sociologique ou démocratique de cette

3. C'est d'ailleurs bien là l'une des caractéristiques banales du dispositif, comme l'indique Foucault (2001), c'est-à-dire sa possibilité de survivre à l'intentionnalité et aux visions qui ont présidé à sa mise en place, même s'il renvoie à une formation historique particulière et à «une fonction stratégique dominante» d'origine. De manière synchronique, cette fonction stratégique dominante dépasse toujours l'aménagement précis de savoirs et d'espaces cristallisés autour d'un objet ou dans une institution, faisant ainsi écho à un ensemble de pratiques et de discours hétérogènes ou pluriels qui la reconduisent, la mettent en œuvre, la réajustent à des degrés divers, en entrant en définitive en résonance profonde.

4. Pour une analyse plus poussée à ce sujet, voir les écrits de Martuccelli (2010).

dernière témoigne de l'émergence d'un « matériau » central aux processus de fabrication de l'individualité ordinaire, c'est-à-dire celle que l'on cherche à joindre et à accomplir potentiellement en chacun aujourd'hui. Ce matériau, qui se distingue de ceux, quasi désuets, des moralités à prescrire et des corps à dresser<sup>5</sup>, nous proposons de le désigner comme étant les « affectivités ». C'est dans ce matériau que sont tissées de façon serrée les questions de subjectivité, d'émotions, de sentiments, d'affects.

## 2. LES AFFECTIVITÉS : QUAND « AFFECTS » ET « ACTIVITÉS » ENTRENT EN RÉSONANCE PROFONDE

Le terme « affectivités » permet, de façon heuristique, de mettre en avant, par la condensation langagière qu'il opère entre « affects » et « activités », les deux facettes intimement liées de l'individualité contemporaine : l'individu affectif et l'individu actif. La première est celle d'un individu qui est défini plus ou moins uniquement par la plénitude de ses conditions et besoins objectifs, plutôt que par celle de ses états et besoins subjectifs, allant de l'expression attendue de sa souffrance et de sa fragilité aux besoins croissants d'être apaisé, reconnu, respecté, dans sa singularité subjective. L'être social que le processus d'individuation circonscrit dans les sociétés contemporaines se définit aujourd'hui « dans la plénitude de ses affects et se révèle comme être singulier, comme personne » (Ion, 2002, p. 200-201). Pour être une personne à part entière aujourd'hui, il faut savoir se montrer vulnérable, parler de sa souffrance et faire preuve d'émotions, même sous peine, parfois, de ne pas être reconnue ou de ne pas être jugée digne de reconnaissance. Dans une recherche que nous avons menée<sup>6</sup> sur les modalités d'intervention déployées dans des situations limites (où les limites de la vie sociale rejoignent celles de la vie biologique),

- 
5. L'individualité est aujourd'hui investie, relayée, fabriquée par un ensemble de techniques, procédures, aménagements divers qui, sans lâcher le corps, le problématisent autrement. Dans le cadre des sociétés singularistes, le corps devient en quelque sorte la « base misérable » pour la mesure de la valeur de la personne, renvoyé dans le camp de la « nécessité non significative ». Dans le même ordre d'idées, c'est l'inculcation des valeurs comme programme institutionnel qui n'est plus opérante, comme Dubet (2002) l'a indiqué, en montrant le déclin de l'individu fabriqué par la croyance en des valeurs ultimes et homogènes, qui agissent comme des opérateurs quasi « magiques » de subjectivité.
  6. Recherche menée dans le cadre de notre thèse de doctorat en sociologie (Namian, 2011, 2012) et qui consistait en une enquête de terrain d'une durée de sept mois dans deux dispositifs d'accompagnement psychosocial à Montréal : un programme de sortie de rue pour hommes sans abri et une maison de soins palliatifs pour personnes malades en fin de vie, atteintes notamment du VIH-sida. L'observation directe des pratiques et les entretiens (16) qualitatifs auprès des intervenants ont constitués nos principaux outils de collecte de données.

nous avons pu observer concrètement à quel point, dans les manières actuelles d'aménager et de conjurer institutionnellement les bornes de la libre disposition de l'esprit et du corps, cette figure de l'individu affectif est érigée au cœur des pratiques et des discours véhiculés. Autrement dit, dans des processus d'individuation inachevés, incomplets, entravés, la nécessité de révéler l'être singulier par la « plénitude de l'affect » devient une tâche centrale, au cœur même de la redéfinition des politiques sociales soutenant la perte ou la moindre propriété de soi et de l'aménagement de lieux d'écoute ou cliniques psychosociales aux lisières des villes et institutions classiques de prise en charge (Fassin, 2004; Laval, 2005).

Or, si l'interpellation de cet individu affectif, si la sollicitation de sa souffrance et de ses failles psychologiques peuvent s'opérer de façon aussi consensuelle aujourd'hui, c'est également parce qu'il demeure intimement lié, voire indissociable de cette autre facette de l'individualité contemporaine : l'individu actif. La personne, l'être singulier qui se révèle dans la plénitude de ses affects, cette personne qui souffre et qui est encouragée à se montrer vulnérable ne peut plus être interpellée, en contrepartie, comme un être « passif ». L'individu contemporain est saisi avant tout comme une « activité » (Dubet, 2008), comme un travail, comme une tâche dans laquelle la personne est appelée à se concevoir et à s'investir elle-même comme objet de redressement, d'entretien, de rehaussement constant, etc. Deuxième figure, donc, celle d'un individu qui ne peut plus rester passif dans la tâche de sa propre fabrication, étant appelé, sur une variété de scènes de la vie sociale, à y participer activement : il doit s'activer, travailler sur soi, se mouvoir, faire des efforts pour se redresser, gérer ses difficultés, améliorer ses rapports aux autres et à soi-même, développer ses compétences et ses capacités, se tenir « debout » malgré les épreuves, s'évaluer, avoir des « projets » (Moreau, 2009), bref, demeurer « actif » coûte que coûte. Dans un contexte où l'idée même d'intégration sociale est définie comme le produit de la capacité des individus à élaborer des projets et à réaliser des actions, c'est un type particulier d'individu actif qui est promu au cœur normatif des institutions, celui de l'« entrepreneur », appelé à agir de soi par soi : « La promotion de l'homme souffrant va de pair avec celle d'un certain type d'homme "agissant", mais pas n'importe lequel, celui de l'entrepreneur » (Revault d'Allonnes, 2008, p. 100). L'entrepreneur, cette figure emblématique de l'héroïsme ordinaire<sup>7</sup>

---

7. Pour Martuccelli (2010), la singularisation croissante des sociétés conduit à la généralisation achevée du héros, ou plutôt à la montée de l'héroïsme ordinaire : « Le héros est un individu avec des traits fortement personnels ; l'héroïsme est une expérience banale puisqu'elle concerne tous les domaines de la vie sociale [...] ; la réalité de l'héroïsme est d'autant plus partagée que ce sont désormais les institutions elles-mêmes qui enjoignent les individus à devenir des individus, à être les "auteurs" de leurs vies » (p. 113).

d'une société des singularités, est un individu inscrit dans un parcours de combattant ordinaire, chargé de la tâche souvent laborieuse et journalière de se construire comme l'auteur de sa trajectoire et d'assumer en retour les coûts (inégaux) de ses faillites personnelles.

La promotion ou la démocratisation de l'entrepreneur témoignerait, selon certains auteurs, d'un déplacement généralisé de la signification du travail comme programme institutionnel, c'est-à-dire de la perte de la valeur sacrée du travail (Dubet, 2002). On assisterait en ce sens à un brouillage des frontières de la sphère d'expression du travail, qui s'étendrait dorénavant au travail sur soi, à la relation à l'autre et aux institutions : « Pour tout un chacun, être actif signifierait notamment dépasser les frontières entre vie au travail et vie hors travail, entre vie professionnelle et vie privée » (Vrancken et Macquet, 2006, p. 8-9). Aujourd'hui, la reconnaissance et la sollicitation de l'individu comme être affectif ou souffrant sont indissociables de la façon dont celui-ci est simultanément promu au titre d'activité ou d'entrepreneur de soi, devant se constituer comme l'objet lui-même d'une attention et d'un travail constants, devant faire preuve de capacités à se prendre en main et à se responsabiliser face à ses problèmes. Si l'individu contemporain, en somme, est appelé à parler et à révéler plus et autrement qu'avant sa vulnérabilité et ses fêlures d'âme, à exprimer sur différentes tribunes de la vie sociale sa singularité souffrante, il le fait toujours en ayant comme horizon normatif la capacité de se prendre en charge, de s'assumer, d'être responsable de soi, souvent en réponse même à cette souffrance (Genard, 2009). Tout comme cette capacité à agir de soi par soi peut à tout moment se retourner contre elle-même et créer une fragilisation indue qui en appelle en retour à une reprise de soi active. Les affectivités ne constituent pas en ce sens une simple réduction des dimensions sociales aux dimensions purement individuelles, mais sont indissociablement psychologiques et sociales, où forces et vulnérabilités individuelles se confondent avec les coercitions et les possibilités sociales (Otero, 2012). Les affectivités sont en ce sens un matériau « psychosocial » et elles s'inscrivent dans des rapports tout aussi collectifs et politiques qu'hier. Mais elles viennent brouiller de manière significative la frontière entre « l'individualisation-émancipation » et « l'individualisation-fragilisation » (Rosanvallon, 2011). C'est sur cette frontière psychosociale trouble des affectivités que se dessinent, notamment, dans le domaine de la prise en charge des difficultés, les contours d'une économie du pouvoir revisitée qui concilie, non sans ambivalences, le *care* et le *coaching*, l'homme souffrant et l'homme entrepreneur. D'un côté, une invitation constante à s'exprimer, à écouter autrui souffrant, à lui montrer de l'empathie, de la sollicitude, de la compassion et du respect, et, de l'autre, un appel tout aussi constant ou coextensif à se prendre en main, à se responsabiliser, à être performant, à se mouvoir et à se ressaisir, etc. C'est sur les affectivités que s'institutionnalisent aujourd'hui les nouveaux collecteurs de souffrance.

### 3. DES COLLECTEURS « SANS QUALITÉS » : DE L'HOMME CHÂTRÉ À L'HOMME FATIGUÉ

D'un individualisme de distinction à un individualisme de singularité, les « collecteurs de la souffrance » changent de forme et de lieu. Les équipements quelque peu vieillis, voire périmés, du décorum analytique – initialement installés dans les salons de l'élite viennoise et destinés à meubler la profondeur symbolique de « l'homme sans qualités » ou l'homme châtré comme l'appelaient également les psychanalystes – ont non seulement été déplacés de leurs lieux d'origine vers une multitude de lieux et professions d'écoute hétérogènes (Castel, 1981), mais ils semblent destinés aujourd'hui à rehausser cette fois-ci la consistance sociale de « l'homme sans lien » ou de l'homme fatigué (Ehrenberg, 1998), cette contre-figure de masse des sociétés contemporaines à qui l'on fait endosser de nouvelles pathologies de la déliaison sociale, comme la panne dépressive ou encore les symptômes de « souffrance sociale » dont seraient porteurs plus nettement les nouveaux visages de la question sociale : itinérants, usagers de drogues, personnes détenues, personnes immigrées sans papier, etc. (Fassin, 2004).

À l'instar de la souffrance qui s'est dévêtue de ses oripeaux élitistes, les équipements déployés pour la collecter ne sont plus la propriété ou l'apanage d'une certaine profession, voire d'un certain savoir. Ce sont autant les travailleurs sociaux, les éducateurs, les intervenants de rue, les gestionnaires en ressources humaines, les infirmières et les *coachs* que les consultants et les formateurs qui sont attentifs ou à l'écoute, dans leur activité professionnelle respective, de cette souffrance. La montée des affectivités a pour corollaire le bris des captages disciplinaires classiques<sup>8</sup> de la souffrance, notamment ceux de la psychopathologie, car la souffrance de singularités procéderait d'affects « non représentés » la plupart du temps par un syndrome ou un diagnostic. À une souffrance de singularités répondent en quelque sorte des collecteurs ordinaires, banalisés ou « sans qualités », dans la mesure où l'écoute est devenue une pratique ordinaire qui s'adresse à un individu enjoint sur une variété de scènes à exprimer les facettes de sa singularité ordinaire, souvent au-delà de ses positionnements statutaires. Ce qui importe, avant tout, c'est que l'écoute de ces collecteurs soit « active », qu'elle permette un apaisement affectif susceptible en retour de faire de l'individu, sujet de sa souffrance, l'objet d'un travail actif sur soi pour intensifier ses capacités relationnelles, rehausser ses propres capacités et son potentiel d'action, développer des outils pour

8. Comme des clivages politiques, par ailleurs. En témoignent par exemple, en 2012, les dernières élections présidentielles en France, où l'extrême gauche et l'extrême droite se sont rejointes dans leur volonté de collecter les votes de la « souffrance sociale », au cœur de la redéfinition actuelle de la classe ouvrière.

gérer éventuellement lui-même ses difficultés d'adaptation sociale. Le praticien de l'écoute active dans ces collecteurs sans qualités prend la figure lénifiante d'un « professionnel du travail sur soi », qui s'illustre de manière exemplaire dans celle du *coach*. En effet, comme pour le personnage de Nanni Moretti qui troque son habit élitiste de psychanalyste pour celui d'un animateur ou d'un moniteur sportif, l'écoute de la souffrance ou l'allègement des affects deviennent moins les moyens d'une guérison ou l'atteinte d'un état antérieur, voire d'une connaissance de soi par la reprise du passé, que ceux d'un *coaching*. Cet accompagnement oscille entre une fonction performative, centrée sur la performance, le potentiel actif des personnes et la reprise de soi, et une « fonction palliative », qui favorise l'adaptation à des situations ou à des conditions non choisies et leur acceptation (Salman, 2008). Certains voient en ce sens la fonction de *coaching* comme un équipement politique central dans la mesure où il constituerait « un accélérateur d'intégration » des individus dans une « société marquée par la décomposition du lien social [...] : l'une des fonctions du coaching, c'est d'organiser en quelque sorte des socialisations courtes, intenses et rapides » (Mienvielle, 2002, p. 254).

Dans ce brouillage entre apaisement émotif et intensification/rehaussement du soi, ou entre *care* et *coaching*<sup>9</sup>, c'est l'idée même de « psychothérapie », traditionnellement associée à l'idée de la souffrance, qui se trouve fortement interrogée (Otero, 2003). Dans les lieux de notre enquête mentionnée préalablement, la définition de ces collecteurs de souffrance se fait souvent en s'affirmant avec et contre celle-ci, témoignant d'un certain malaise dans l'écoute. « Ceci n'est pas une thérapie » pourrait très bien constituer leur adage, comme l'illustrent par exemple ces extraits d'entretiens avec des intervenants auprès d'hommes sans abri, désormais face à la tâche de collecter cette souffrance<sup>10</sup>:

– Ici, ce n'est pas une maison de thérapie. – Nous on n'est pas des thérapeutes. – On nous prend pour des psychothérapeutes, mais on l'est pas. – C'est sûr qu'ici, la proximité avec la thérapie est douteuse... mais en même temps, elle est où la limite? Quand est-ce que ça devient trop pour aider quelqu'un? – La personne qui vient et qui a besoin de tout ça et qui a envie de parler... on peut l'écouter [...]

9. Le terme « *care coaching* » est d'ailleurs de plus en plus utilisé, aujourd'hui, dans le domaine de la gestion de la santé, notamment dans celui des maladies chroniques ou en voie de se chroniciser, dans l'optique de prévenir et de réduire chez les patients la dépendance aux services hospitaliers (Pomerantz *et al.*, 2010).

10. Comme nous l'avons abordé dans Namian (2012), les modes de prise en charge de l'itinérance masculine se sont jusqu'à récemment résumés, principalement, à ceux de l'assistance matérielle d'urgence et de dernier recours. Or, depuis peu, on voit émerger un peu partout, comme à l'intérieur de refuges centenaires, des programmes d'accompagnement psychosociaux, où les intervenants habitués à la tâche de surveiller se transforment en conseillers, *coachs*, accompagnants qui doivent écouter.

*Donc, je veux pas utiliser le mot thérapie, mais il y a une petite sorte d'influence, il faut que la personne se sente à l'aise, si elle veut parler, se confier, qu'elle se sente à l'aise psychologiquement, si elle veut parler de ce qu'elle veut faire pour s'aider.*

Mais, outre sa proximité repoussée avec la thérapie, c'est la question des limites, plus largement, qui semble au centre des préoccupations des professionnels œuvrant dans ces collecteurs de souffrance. Si l'on suit Giddens (2006), ces professionnels mettent en scène ce qu'il nomme la « relation pure<sup>11</sup> », au sein de laquelle comptent avant tout l'autonomie individuelle et l'intensité émotionnelle. La relation pure formerait l'idéal-type du lien social dans le cadre d'institutions et de dispositifs qui fabriquent des individus individualisés, dans la mesure où l'individu, pour exister comme tel, ne doit ni dépendre d'autrui ni se confondre avec lui, mais doit éviter au contraire les « empiètements » mutuels. Du côté des « écoutés », parler de soi, exprimer sa souffrance, ses failles et vulnérabilités particulières, etc., vont moins dans le sens véritablement d'un affranchissement ou d'une affirmation réelle de leur autonomie individuelle que dans une fourniture de « preuves de soi » aux institutions qui les gèrent, afin d'attester potentiellement la reprise ou le rehaussement de soi (Soulet, 2009, p. 65). L'avènement d'un espace institutionnalisé où peut s'exprimer, en toute légitimité, la subjectivité souffrante d'autrui tend à amenuiser les frontières des rapports entre les professionnels et leurs vis-à-vis souffrants, brouillant les limites de la contrainte ou de l'autorité et mettant fortement à l'épreuve cet idéal-type de la relation pure : « *C'est très difficile de maintenir l'équilibre entre l'autorité et l'empathie* », mentionne un des intervenants cités préalablement. Dans une relation de « personne à personne », c'est-à-dire entre deux individus conçus et désignés comme singuliers, trouver la bonne distance à maintenir avec l'autre pour éviter qu'il y ait des empiètements mutuels, comme de tomber dans une trop grande intimité ou de s'y investir trop personnellement, constitue une épreuve ordinaire dont témoignent à plusieurs reprises les intervenants de notre terrain d'enquête. Dans un collecteur sans qualités, les « écoutants », cette fois-ci, sont constamment en train de jauger, mesurer, évaluer, fixer leurs propres limites et celles des institutions, ce qui n'est pas sans faire naître chez eux des sentiments d'incertitude, d'usure émotionnelle, d'atteintes morales. Être à l'écoute en tant que « personne » avant de l'être comme professionnel (thérapeute, travailleur social, etc.), c'est courir le risque d'exposer sa propre personne. Au point où l'enjeu

11. Giddens étudie plus précisément le couple pour extraire cet idéal-type du « *pure relationship* » qui reflète les transformations sociales de l'intimité. La relation pure repose sur ce que l'auteur nomme « l'amour confluent », lequel s'oppose entre autres à la relation compulsive au sein de laquelle l'individu tend vers l'amour fusionnel, où l'individu risque la perte de soi et la dépendance, et où l'autonomie individuelle et l'affirmation de soi sont hypothéquées.

ne serait plus d'éviter, comme dans les institutions bureaucratiques de masse, « les pièges de la compassion » (Goffman, 1968), mais une « fatigue de la compassion » (Sennett, 2006, p. 165-168). Les professionnels du travail sur soi en viennent eux-mêmes à subir une forme de fatigue qui se manifesterait par de l'usure émotionnelle ou de l'épuisement de soi<sup>12</sup>. Ainsi, il semble que l'on se trouve devant une homologie sociologique qui place public et personnel sur le même continuum et les fait entrer en résonance : à l'homme fatigué répond une fatigue de la compassion.

Dans cette recomposition institutionnelle où les rapports sociaux se transforment de plus en plus en rapports personnalisés, on voit s'accroître la prégnance parallèle de dispositifs tampons ou intermédiaires qui tentent de prévenir et pallier cette fatigue de la compassion. Un exemple de ces dispositifs est celui des accompagnants bénévoles qui, libérés des tâches administratives ou de la discipline des corps (dans les établissements de santé, par exemple), peuvent servir de « sous-traitants de l'écoute » pour maintenir des rapports sociaux qui autrement tendraient à se lester d'un trop-plein d'émotions et d'un investissement personnel indu de part et d'autre (entre public et personnel). Ou encore, en plus de la pluralisation des espaces de recueillement pour les proches (familles, amis, conjoints, etc.) qui souhaiteraient exprimer eux aussi leurs souffrances et leurs difficultés dans leur propre accompagnement, on voit émerger un peu partout des collecteurs de la souffrance du personnel lui-même, où les membres peuvent être encouragés à parler entre eux des difficultés vécues dans leur travail, des sentiments subjectifs d'envahissement par autrui ; et où ils peuvent, eux aussi, montrer leurs fragilités et se mesurer émotionnellement aux autres. Par exemple, dans l'une des deux ressources où nous avons mené notre enquête de terrain, une maison de soins palliatifs, les intervenants et la direction ont ressenti le besoin de faire venir de l'extérieur un *coach*, comme ils le désignent eux-mêmes, pour animer des réunions consacrées à la souffrance de l'équipe. Dans la première séance, ce dernier mentionnait en guise d'introduction :

*Aujourd'hui, vous ferez l'exercice de vous écouter et de vous accompagner dans le processus d'accompagnement. Il faut animer les réunions à partir de vos propres besoins et désirs, c'est-à-dire de vos souffrances individuelles face au fait de bien accompagner ou non et au fait d'être capable de gérer sa propre souffrance.*

Au cœur de ces collecteurs de souffrance de singularités, où les frontières des disciplines et les limites de la vie privée et publique se brouillent, où la fatigue de la compassion tend à devenir une épreuve ordinaire de l'intervention sociale auprès d'individus « fatigués d'être soi » (Ehrenberg, 1998), où les écoutants ont besoin d'être à leur tour écoutés,

12. Pour une analyse des transformations sociohistoriques des figures de l'épuisement au travail, voir Kirouac (2012).

où l'apaisement émotionnel devient synonyme de *coaching*, il semble que s'édifie désormais une tension qui procède de la difficulté à trouver un aménagement institutionnel entre les systèmes experts propres au rapport bureaucratique de masse (critiqués comme étant trop lourds et impersonnels) et des formes communautaristes comme le compagnonnage, fondées sur des rapports personnalisés, voire d'amitié (Giddens, 2006; Laurin, 2001). Cette tension montre, en tous les cas, toute l'étendue du déplacement des installations d'écoute de la souffrance dans des terrains qui n'ont plus rien à voir, aujourd'hui, avec les dispositions d'écoute « électives » de la position assise ou passive.

#### **4. ENTRE STIMULATION ET IMMUNISATION DES HUMEURS COLLECTIVES : DE LA CLIMATOLOGIE POLITIQUE**

Dans la littérature en sciences sociales, on a tendance à présenter les collecteurs de la souffrance de deux façons. Pour schématiser, on en fait soit des « stimulateurs » d'humeur et de révolte, soit, à l'inverse, des mécanismes d'insensibilisation ou d'immunisation collective. Dans la première perspective, la souffrance, qui s'exprime aujourd'hui dans de nombreux rapports publics, recherches, témoignages médiatiques, constituerait le symptôme de pathologies sociales nouvelles qui, tout en ayant pour fonction d'informer les contradictions des sociétés capitalistes, deviennent l'occasion par le fait même d'un renouvellement de la théorie critique. Dans la lignée notamment des travaux qui proposent une relecture du conflit social en termes de luttes pour la reconnaissance, on souhaite intégrer la question de la souffrance dans la définition même de l'injustice, notamment dans un contexte où l'action collective ferait défaut et nécessiterait un nouveau stimulant ou levier de contestation : « La souffrance offre un point de vue critique contre la domination lorsque les luttes sociales font défaut » (Renault, 2008, p. 34). On cherche alors à mettre en évidence les dimensions proprement sociales des expériences individuelles de la souffrance, notamment dans l'objectif de lui donner un rôle politique et une place historique, la considérant alors comme la part oubliée des mouvements sociaux dans l'histoire. La souffrance, dans cette perspective, serait à la fois le symptôme de contradictions profondes du néolibéralisme et l'occasion par le fait même d'une reconduction de la grammaire critique potentiellement porteuse de luttes collectives. À l'inverse, dans une seconde perspective, ces nouveaux collecteurs de la souffrance sociale sont conçus comme des mécanismes d'insensibilisation ou d'immunisation collective, en remplaçant les « vrais » enjeux modernes (objectifs et transformateurs) par des succédanés purement subjectifs, en répondant aux injustices par un traitement compassionnel de sollicitude plutôt que véritablement solidaire et redistributeur. En se centrant

principalement sur les individus singuliers et leurs atteintes psychiques, ces collecteurs auraient pour fonction de pacifier les conflits sociaux et de désensibiliser le vécu même des inégalités sociales. C'est donc le souci pour la justice sociale qui risquerait de céder le pas, dans cette perspective, à une psychologisation de la question sociale.

Entre stimulation et immunisation d'humeur collective ou, pour le dire dans un langage plus classique, entre émancipation et aliénation, ces deux grandes perspectives sur la souffrance *a priori* opposées ont ceci en commun : elles rendent compte d'une nouvelle expérience de l'injustice et de la conflictualité sociales. Dans les marges du social, dans des lieux et des professions sans qualités, ces collecteurs de la souffrance deviennent en effet – et au-delà de la légère paranoïa parfois véhiculée par certains qui voient dans l'extension du domaine de l'écoute une occasion pour l'État d'étendre plus insidieusement son pouvoir sur la vie des individus – de précieux indices du déploiement en cours d'un régime de gouvernementalité mettant en scène des technologies politiques qui ne sont plus conçues, ou plus uniquement, comme des soutiens « passifs » des individus (indemnités sous forme de prestations, fourniture d'une aide matérielle, par exemple). Ces technologies politiques sont plutôt vues comme des équipements « actifs » de maintien et de rehaussement de soi, soutenus par une attention diffuse et une injonction marquée à l'égard de l'individu singulier, de sa subjectivité et de ses affects. Ces nouveaux équipements des individus répondent aux exigences des sociétés d'individualisme de masse soumises à des impératifs d'allègement des individus et de leurs corps, libérés des « poids lourds » des institutions sociopolitiques qui les gèrent (allant des formes de protection aux modalités de contrôle social déployées), en misant notamment sur le détachement de leur « dépendance affective » envers ces institutions par un appel à une plus grande autonomie, aux capacités individuelles de prise en charge, à une responsabilisation accrue, etc. Ce régime de gouvernementalité peut être qualifié en ce sens de « climatologie politique » (Desroches, 2011 ; Sloterdijk, 2006), c'est-à-dire une économie du pouvoir, dans les sociétés libérales contemporaines, qui vise à réguler les humeurs de masse ou les ambiances socioaffectives par le maintien d'un climat politique respirable, et ce, malgré la croissance d'inégalités sociales pour certains asphyxiantes (Moreau de Bellaing, 2004). Cette manière de concevoir la gouvernementalité politique comme une « éthique des atmosphères » permet alors de restituer des dimensions – jusqu'ici reléguées au dehors – des approches classiques de la question sociale – en premier lieu celles des humeurs, du climat, des émotions et des affects (comme la souffrance) – ainsi que d'envisager les techniques de dosage des affects ou de régulation de la température émotionnelle (les collecteurs de souffrance, par exemple) comme un processus d'équipement politique des individus désormais central et incontournable dans les sociétés contemporaines.

## RÉFÉRENCES

- CASTEL, R. (1981). *La gestion des risques: de l'antipsychiatrie à l'après-psychoanalyse*, Paris, Minuit.
- DESROCHES, D. (2011). «L'homme comme designer d'atmosphère et la critique des milieux métaphysiques», *Transverse*, décembre, p. 39-52.
- DUBET, F. (2002). *Le déclin de l'institution*, Paris, Seuil.
- DUBET, F. (2008). «Le travail de l'individu», dans C. Calame (dir.), *Identités de l'individu contemporain*, Paris, Textuel, p. 115-129.
- EHRENBERG, A. (1998). *La fatigue d'être soi*, Paris, Odile Jacob.
- EHRENBERG, A. (2010). *La société du malaise*, Paris, Odile Jacob.
- FASSIN, D. (2004). *Des maux indicibles*, Paris, La Découverte.
- FOUCAULT, M. (2001 [1994]). «Le jeu de Michel Foucault», dans *Dits et écrits II*, Paris, Gallimard, p. 298-329.
- GENARD, J.-L. (2009). «Une réflexion sur l'anthropologie de la fragilité, de la vulnérabilité et de la souffrance», dans T. Périlleux et J. Cultiaux (dir.), *Destins politiques de la souffrance*, Paris, Érès, p. 27-47.
- GIDDENS, A. (2006). *La transformation de l'intimité*, Paris, Pluriel.
- GOFFMAN, E. (1968). *Asiles*, Paris, Minuit.
- ION, J. (2002). «Métamorphoses de l'engagement, espace public et sphère politique», dans J. Ion (dir.), *L'engagement au pluriel*, Saint-Étienne, Presses universitaires de Saint-Étienne.
- ION, J. (2005). «Introduction», dans J. Ion et al. (dir.), *Travail social et souffrance psychique*, Paris, Dunod, p. 1-19.
- KIROUAC, L. (2012). *De l'épuisement du corps à l'affaissement du soi. Effets des transformations des freins et contrepoids du travail sur la vie des individus*, thèse de doctorat, Montréal, Département de sociologie, Université du Québec à Montréal.
- LAURIN, N. (2001). «L'accompagnement», *Arguments*, vol. 4, n° 1, p. 71-78.
- LAVAL, C. (2005). «L'extension de la clinique au sein du dispositif RMI», dans J. Ion et al. (dir.), *Travail social et souffrance psychique*, Paris, Dunod, p. 95-122.
- MARTUCCELLI, D. (2010). *La société singulariste*, Paris, Armand Collin.
- MIENVILLE, Y. (2002). «Le coaching, nouveau marqueur social», dans G. Forestier (dir.), *Regards croisés sur le coaching*, Paris, Éditions d'Organisation, p. 249-255.
- MOREAU, N. (2009). *État dépressif et temporalité*. Contribution à la sociologie de la santé mentale, Montréal, Liber.
- MOREAU DE BELLAING, C. (2004). «Évaluer la teneur d'un air démocratique. Le point de vue de l'institution policière», *Ethnographies*, <<http://www.ethnographiques.org>>, consulté le 26 mars 2011.
- NAMIAN, D. (2011). *Vivre, survivre et mourir accompagné: aux frontières de la vie moindre*, thèse de doctorat, Montréal, Département de sociologie, Université du Québec à Montréal.
- NAMIAN, D. (2012). *Entre itinérance et fin de vie. Sociologie de la vie moindre*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- OTERO, M. (2003). *Les règles de l'individualité contemporaine*, Québec, Les Presses de l'Université Laval.
- OTERO, M. (2012). *L'ombre portée. L'individualité à l'épreuve de la dépression*, Montréal, Boréal.

- OTERO, M. et D. NAMIAN (2011). « Grammaires sociales de la souffrance », *Les Collectifs du CIRP*, vol. 2, p. 226-236.
- POMERANTZ, J.I. et al. (2010). « Care coaching: An alternative approach to managing comorbid depression », *Professional Case Management*, vol. 15, n° 3, juin-juillet, p. 137-142.
- RENAULT, E. (2008). *Souffrances sociales*, Paris, La Découverte.
- REVAULT D'ALLONNES, M. (2008). *L'homme compassionnel*, Paris, Seuil.
- ROSANVALLON, P. (2011). *La société des égaux*, Paris, Seuil.
- SALMAN, S. (2008). « La fonction palliative du coaching en entreprise », *Sociologies pratiques*, vol. 2, n° 17, p. 43-54.
- SENNETT, R. (2006). *Respect*, Paris, Hachette.
- SLOTERDIJK, P. (1999). *Règles pour le parc humain*, Paris, Mille et une nuits.
- SLOTERDIJK, P. (2002). *Bulles*, Paris, Pluriel.
- SLOTERDIJK, P. (2006). *Écumes*, Paris, Pluriel.
- SOULET, M.-H. (2009). « Drogues et conventionnalité: un ménage commun? », *Psychotropes*, vol. 15, n° 4, p. 63-69.
- VRANCKEN, D. et C. MACQUET (2006). *Le travail sur soi*, Paris, Belin.



CHAPITRE

# 3

## **LE CHAMP DE L'AFFECTIVITÉ ET LA NOTION DE SOUFFRANCE** UNE VOIE HEURISTIQUE POUR LES SCIENCES SOCIALES

Marie-Chantal Doucet

*Un homme qui n'aurait point de passions  
serait certainement un fort mauvais citoyen.*

Jean-Jacques Rousseau, *Discours sur l'économie politique*

Les sciences sociales seront d'abord confrontées à l'idée d'un individu cognitif et au principe d'un substrat biomédical. Cependant, à travers la sociologie des problèmes sociaux, elles ont eu tendance à considérer le domaine affectuel avec quelque méfiance en appréhendant la détresse sous l'angle de la marginalisation et du contrôle social, et en abandonnant à la psychologie ce qui relève des émotions et des sentiments. Le spectre de l'asile comme représentation des abus du passé s'insinue encore aujourd'hui avec plus ou moins d'insistance à l'arrière-plan de ces analyses. Par ailleurs, à travers les sociologies de l'individu et l'étude des activités humaines, on observe une volonté de renouveler la réflexion pour saisir les enjeux psychiques et sociaux du monde contemporain. L'essor du « narratif » illustre bien cette tendance. De fait, l'individu revendique désormais la reconnaissance de son intériorité. Le point d'observation se déplace, car l'attention est portée sur la mise en rapport de l'individu avec la société à travers le récit de soi, d'épreuve, etc., plutôt que sur les groupes

marginalisés. En effet, un certain renouveau épistémologique impulse un déplacement théorique posant comme essentielle la prise en compte de l'affectivité dans l'étude de la vie sociale. Les émotions, les sentiments, les affects seraient à considérer comme des connaissances projetant un éclairage particulier sur le monde social. Inversement, la vie affective posséderait un ancrage sociohistorique, car, bien qu'appartenant au fond commun de l'humanité, elle semblerait prendre des formes différentes selon les époques.

L'appréhension du champ de l'affectivité s'inscrira donc, ici, dans le domaine de la connaissance. Comme il est bien dit dans l'introduction du présent ouvrage, les sociétés contemporaines produisent des discours scientifiques qui dessinent différentes configurations sociales du sujet. Bien que le champ de l'affectivité ait fait l'objet de débats depuis les origines des sciences sociales, il demeure à développer en contribuant au délicat travail qui consiste à dégager l'articulation du psychologique et du social.

À partir de la théorie historico-culturelle des émotions proposée par Vygotski (1998) dans les années 1930, qui a inspiré la théorie de l'activité (L'Huillier, 2006; Bronckart, 2009; Clot, 2006), nous allons dégager des pistes de réflexion sur la notion de souffrance. Il faut bien le reconnaître : la souffrance et le travail sur soi semblent en grande partie définir la figure contemporaine du sujet (Doucet, 2011). Or la notion de souffrance, qui témoigne justement d'un investissement plus marqué de ce domaine par les sciences sociales, devient un analyseur qui rend compte de la relation entre le psychisme et le collectif. Nous l'examinerons à partir d'un constat : l'analyse de la souffrance oblige à dépasser les oppositions générées par la confrontation entre une raison objectiviste, qui se rapporterait à la présence du physiologique et du cognitif, et une raison subjectiviste, cette fois donnant à voir le vécu comme donnée première. Est introduit ici un troisième terme : la dimension sociale de l'affectivité. Analysée à partir de l'hypothèse d'une construction sociohistorique des émotions et sentiments, la notion de souffrance permet d'évoquer une réalité individuelle-sociale. Les approches sociologiques qui développent depuis quelques années la thématique de la souffrance sociale l'expliquent par des causes sociales liées au pouvoir, à la normativité ou à la rupture du lien social. Sans nier le grand intérêt de ces perspectives, comment pourrions-nous examiner autrement le rapport entre affectivité et société? À cette fin, nous allons dans un premier temps faire un détour par une description aussi juste que possible et sans ambition d'exhaustivité de la psychologie cognitive contemporaine et de la place donnée par ce courant dominant à l'affectivité et aux situations sociales. Dans un second temps, nous nous concentrerons sur la perspective historico-culturelle du psychisme et sur son apport à une sociologie de l'individu.

## 1. LES DÉVELOPPEMENTS DE LA PSYCHOLOGIE COGNITIVE DANS L'IDENTIFICATION DE L'AFFECTIVITÉ

La psychologie cognitive contemporaine développe depuis trente ans ce qu'elle nomme « la troisième vague », qui porte précisément sur l'émotion. Nous nous appuyons ici principalement sur le modèle de Beck (1976), selon qui le comportement constituerait le résultat adaptatif de schémas cognitifs qui déterminent les émotions. Ce psychiatre américain a poursuivi le travail d'Albert Ellis (1962), fondateur du modèle émotivo-rationnel, à l'origine du tableau d'enregistrement des pensées dysfonctionnelles (Ellis, 1962). La cognition, ici, est première et causale. La thérapie consiste à identifier une situation, par exemple une perte d'emploi. Il s'agit ensuite de nommer l'émotion qui en dérive, puis d'en évaluer l'intensité sur une échelle de 0 à 100. L'objectif sera de restructurer les pensées sur la situation pour en faire des pensées adaptées. Enfin, les résultats de la démarche seront évalués. Les émotions sont généralement classées en cinq groupes, dans lesquels il est possible de repérer la majorité des émotions dysfonctionnelles (anxiété, hostilité, culpabilité, honte et tristesse) (Chaloult, 2008). Une émotion dysfonctionnelle constituerait, en fait, le premier indice d'une pensée dysfonctionnelle, pensée automatique généralement non consciente et non contrôlée. Il s'agirait de rendre le sujet conscient de ses automatismes pour les modifier si ces pensées s'avèrent dysfonctionnelles et génèrent des émotions négatives. Les processus cognitifs sont des règles logiques qui permettent de traiter l'information. Mécanismes par lesquels le sujet pense, les processus cognitifs assurent le passage entre les structures profondes et les structures superficielles. Est adopté d'ailleurs ici le vocabulaire de la première topique de Freud (1986) pour désigner les schémas inconscients, les pensées préconscientes (pensées automatiques) et les pensées conscientes ou contrôlées (Cottraux, 2004). Exemple d'une pensée automatique: « la pensée tout ou rien », qui désigne une pensée binaire. Celle-ci constitue une erreur logique qui mène à des « généralisations excessives », parce qu'elle conduit les personnes à conclure par des généralisations en recueillant des faits isolés (Chaloult, 2008). Il en va ainsi de cet homme qui affirme: « C'est *toujours* sur moi que tombent les responsabilités. »

La psychologie cognitive s'appuie sur une épistémologie cartésienne et computationnelle. Ses liens avec l'étude de l'intelligence artificielle contribuent à de grandes avancées dans l'étude de la cognition humaine. Elle se distingue par la considération de toute activité en tant qu'acte de connaissance. L'important est moins le contenu du récit que la manière dont celui-ci est pensé et construit. Dans cette perspective, le récit de soi n'est pas qu'une expression des sentiments mais un acte cognitif. D'ailleurs, le concept de mentalisation, développé par un courant de la psychanalyse contemporaine, s'appuie directement sur les développements

des théories de la pensée (Reid, 2006). L'objet d'attention porte sur les processus psychiques et leurs modalités, au-delà des contenus; nous serions ici dans un virage formaliste. Quelle serait, par exemple, la distinction à faire entre une interprétation affective de la réalité et la réalité effective? Ainsi, quand le sujet parle de ses difficultés avec son patron, est-il conscient que son récit est par lui-même construit ou présente-t-il sa vision comme une réalité indubitable? La centration sur la possibilité pour le sujet de marquer une distance pour ainsi dire «épistémologique» sur son vécu est primordiale. Cependant, comme on le voit, l'affectivité n'a pas valeur de vérité et semble plus ou moins décrire une réalité distordue. En s'appuyant sur l'intelligence artificielle, on s'intéresse aux procédés de traitement de l'information par la voie de la métacognition: «apprendre à apprendre», expression désormais consacrée dans nos écoles, constitue le moyen de reconnaître les réussites, tout comme les échecs, en les attribuant exclusivement à la sphère cognitive. Par ailleurs, la métacognition permet aussi au sujet de prendre conscience des erreurs logiques responsables de sa souffrance afin de reprogrammer sa pensée. En fait, le processus cognitif qui engendrerait la souffrance se manifesterait de la manière suivante:

Croyance fondamentale – présomptions – processus cognitifs (erreurs logiques) – pensées automatiques – souffrance.

L'esprit humain devrait idéalement tendre vers ce qu'en conçoit le rationalisme classique: se libérer des passions. Rien n'indique pourtant la provenance des «croyances fondamentales» présentées comme étant presque primitives dans le schéma de Beck (1976).

Prenons un exemple, tiré de l'ouvrage didactique dirigé par Chaloult (2008) sur la thérapie cognitivo-comportementale. Un homme perd son emploi et fait une dépression majeure: sa croyance fondamentale est que l'individu doit réussir dans la vie. Par conséquent, il présume que l'échec lié à la perte de son emploi signifie qu'il ne vaut rien. Il fait l'erreur logique de généraliser l'échec à toutes les dimensions de sa vie. Sa pensée automatique: «Je ne réussis rien.» Il en résulte de la souffrance. D'une part, aucune réflexion n'est faite sur la dimension sociale des croyances fondamentales qui sont en réalité construites dans un univers de signes à partir d'un dispositif symbolique définissant la réussite et la performance en tant que qualités primordiales de la société contemporaine. D'autre part, rien n'est dit sur la signification qu'en construit le sujet lui-même. Celui-ci compose un récit à partir de matériaux qui semblent indifférents. Ce qui est visé dans la thérapie cognitivo-comportementale est la logique d'après laquelle ces matériaux sont mis en relation, sans interrogation sur leur signification.

Le problème du cognitivisme est que la raison et l'émotion sont renvoyées dos à dos sans prise en compte du social. Le rôle joué par le travail de la culture dans le façonnement de la souffrance en tant que

porteuse d'une réalité psychique individuelle, mais aussi porteuse de la conflictualité sociale, est absent de ses représentations. Nous pouvons tout de même risquer d'avancer que la pensée « automatique » sur laquelle s'appuie le cognitivisme correspond à une conception organiciste des sociétés (au sens durkheimien) dont le noyau logique est le schème fonctionnel. Il est intéressant de constater que jusqu'ici, la psychologie cognitive n'a pas eu la volonté de mettre en doute ses propres croyances fondamentales. Or les notions de fonctionnalité et de dysfonctionnalité liées à la réalisation des activités quotidiennes (travail, école, vie sociale, vie familiale, etc.) sont amplement utilisées, mais elles ne sont pas définies. Il est depuis longtemps admis en sciences sociales que l'univers fonctionnel met en relation mécanique des termes au sein d'un système physique qui cherche à maintenir son équilibre. Afin d'atteindre cet objectif, chaque élément doit remplir sa fonction. La fonctionnalité porte en fait sur l'exécution des tâches; l'émotion dysfonctionnelle est celle qui empêchera la réalisation de ces tâches. Le but est de briser le cercle vicieux d'une pensée automatique qui génère une émotion paralysant l'action. L'explication, comme on le voit, est entièrement attribuable au sujet, sans prise en compte du contexte, ce qui rend celui-ci largement responsable de sa souffrance. Le sujet a intériorisé des normes de fonctionnement, et l'échec de leur traduction dans les tâches sera attribuable à un mauvais traitement de l'information. On comprend qu'ici l'activité est attribuable seulement à la tâche. Les choix cognitifs sont faits en fonction de la réalisation des tâches.

La mise en question des prescriptions de l'action sera elle aussi attribuable à une dysfonctionnalité. Les études sur le travail en font une démonstration lumineuse. Dans un texte sur les pathologies de la solitude au travail, Dejours (2009) fait état des choix idéologiques de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et du Bureau international du travail (BIT), qui expliquent la souffrance au travail comme étant une problématique individuelle. Les contradictions vécues entre ses croyances propres et celles de l'organisation génèrent une « souffrance éthique » selon Dejours. Ces situations peuvent être considérées comme des cas typiques de dissonance cognitive. Lahire (2001) définit cette dissonance comme l'adhésion à des préférences culturelles n'ayant pas le même degré de légitimité. Les sujets composent quotidiennement avec des systèmes contradictoires à travers leurs activités quotidiennes, ce qui rend complexe le traitement de l'information. Cette composition engage la mobilisation constante d'un jeu avec les codes, entraînant ainsi une réorganisation des significations. L'idée de composition renvoie à la combinaison des mots et des gestes en relation avec le style individuel en tant que force de rapport social, mais aussi en fonction de la situation de travail, qui requiert une

inventivité continue<sup>1</sup>. Or ce qui conduit à l'œuvre, comme le souligne Vygotski (2003) dans sa *Psychologie de l'art*, est la relation du cognitif, de l'affectif et du social. Pourtant, les milieux de travail considèrent au contraire ces rapports tensionnels comme étant le résultat d'un défaut d'autocontrôle paralysant la réalisation des tâches (Chaloult, 2008).

Nous avons jusqu'ici cherché à présenter brièvement le cheminement épistémique proposé par la psychologie cognitive à partir du modèle de Beck (1976), en soulignant qu'elle tend à considérer les émotions négatives comme des obstacles à la réalisation des activités, tout en faisant abstraction du contexte social. Il faut par ailleurs souligner que notre propos ne cherche pas à nier l'apport extrêmement précieux de la dimension cognitive dans l'analyse des activités humaines. Le sujet absorbe en effet les signes du dehors, les recomposant à sa manière singulière, et il rejoue cette nouvelle composition dans l'activité, ce qui constitue un acte cognitif.

D'autres travaux de ce courant majeur se sont intéressés, à l'inverse, à l'influence des émotions sur la cognition (Niedenthal, Dalle et Rohmann, 2002). Selon ces recherches fondées sur une approche motivationnelle (Schwartz et Bless, 1991), les affects exerceraient une influence directe sur le traitement de l'information. Des expérimentations démontrent que les émotions positives (comme la joie) favoriseraient l'utilisation de connaissances générales et stéréotypées sur les phénomènes de la vie, tandis qu'une émotion triste entraînerait une appréhension plus systématique des choses, car l'environnement paraîtrait davantage semé d'embûches et nécessiterait donc une observation plus détaillée. La colère pourrait produire une évaluation non systématique en raison du sentiment d'urgence à gérer les situations. Cela conduit à établir des distinctions sur deux plans: *a*) la valence (les divers classements des émotions négatives et des émotions positives) et *b*) l'intensité (la variabilité de l'état émotionnel) (Niedenthal, Dalle et Rohmann, 2002).

Comme on le voit, la psychologie cognitive contemporaine a récemment cherché à réconcilier les liens souvent tendus entre émotion et cognition. Cependant, l'épistémologie à la base de ces travaux est clairement déterministe: est-ce la cognition qui détermine l'émotion ou le contraire? En outre, de nombreux travaux étudient les rapports entre émotions et cognitions sociales, notamment en psychologie sociale, mais le terme *cognition sociale* proposé par Bruner en 1954 désigne l'étude de la perception des sujets sur les objets sociaux (Bruner, 1992). Par exemple, quelle est la perception des sujets sur la criminalité? Des études s'insérant

---

1. Nous faisons référence ici à une recherche en cours sur l'analyse du travail des praticiens en santé mentale, sous la direction de M.-C. Doucet, *L'âme du métier, savoirs implicites des praticiens institutionnels de première ligne en santé mentale jeunesse, genre d'activité et travail des styles* (Conseil de recherches en sciences humaines, 2012-2015).

dans la discipline de la psychologie sociale se concentrent sur l'influence des facteurs sociaux sur les processus de raisonnement. Cependant, le social ou plutôt l'environnement est ici considéré comme stimulus. Ainsi, dans la psychologie sociale, les processus mentaux joueraient le rôle de médiateurs entre le stimulus (environnemental ou social) et la réponse du sujet. Dans ces études comme dans celles qui relèvent du modèle de Beck, les observations (les évidences comme disent les Américains) ne sont jamais mises en débat et les discussions tournent plutôt autour des manières de classer les comportements et les affects.

Pourtant, il ne s'agit pas, comme nous le verrons, de ramener l'explication au tout affectif ou au tout social, ce qui conduirait à la même déféction théorique qui consiste à réduire les phénomènes au prisme de l'un ou l'autre domaine. Il serait par exemple trop simple de poser seule l'évidence suivante: les actions sont socialement déterminées. Elles le sont mais certainement pas d'une manière immédiate. Il faut éviter de faire ces affirmations sans y apporter des nuances fines. La détermination sociale des sentiments n'est qu'une partie de l'équation laissant échapper d'autres aspects des rapports complexes entre une signification donnée et sa recomposition dans l'activité.

Le projet de faire ressortir la portée heuristique du champ affectuel implique un changement épistémologique selon lequel l'objet à connaître passe par la signification qu'en donnent les sujets. L'importance accordée à la conscience, au langage et à la signification relève du dispositif socio-symbolique, responsable de l'esprit du temps. Cette articulation triadique est au centre de la théorie historico-culturelle du psychisme que nous allons examiner dans la prochaine section.

## **2. UNE THÉORIE HISTORICO-CULTURELLE DU PSYCHISME**

Depuis quelques années, la théorie des émotions de Vygotski (1998) refait surface. Elle avait d'ailleurs été tardivement traduite en français. L'intérêt actuel pour cet auteur répond à l'intérêt plus large manifesté actuellement pour l'étude de l'individu social et des activités humaines. Ce psychologue russe, censuré par le régime stalinien deux ans après sa mort en 1934, propose une théorie qui tient compte du lien nécessaire entre pensée, affectivité et société. Vygotski s'est longuement attardé à la critique de l'approche du fondateur de la psychologie scientifique américaine, William James. Est-ce l'émotion psychique qui détermine les manifestations physiologiques, ou est-ce le contraire? William James (1984, 2003) élabore sa théorie des émotions au XIX<sup>e</sup> siècle, faisant prévaloir l'instinct physiologique sur la psyché. Les émotions sont chez James d'ordre organique, prélangagier et donc présocial. La dimension sociale ne semble y jouer aucun rôle. James ne s'est pas penché sur le rôle des émotions dans le

développement humain. Dans sa théorie, la perception, d'abord sensorimotrice, entraînera éventuellement des changements corporels (rougeur, pâleur, etc.), puis l'émotion (la tristesse, par exemple).

Chez Vygotski (1998), les émotions constituent bien des signaux explicables par la physiologie. Cependant, ces émotions deviennent éventuellement des sentiments, cette fois analysables par la symbolisation. La sensation physiologique n'est pas pour autant première. Autrement dit, je ne suis pas triste parce que je pleure, mais je pleure parce que je suis triste. Et, surtout, je suis triste en raison de cette chose que je me représente triste dans un contexte donné. Mais on aurait tort de rapporter à un relativisme culturel ce que pose Vygotski. L'orientation épistémologique de cet auteur est d'envisager les émotions et sentiments comme étant liés à la dimension sociosymbolique des échanges, en particulier à travers le langage. La culture est ici comprise en tant qu'ensemble de significations. Or, s'il n'existe pas de signes universels, en revanche, le recours aux signes est universel; nous nous trouvons ici dans l'universalité du symbolique. Le rapport au monde est médiatisé par les divers langages politiques, théâtraux, littéraires, psychologiques, etc. Cependant, le sujet recrée en lui ces langages. Il ne s'agit donc pas seulement d'une application déterministe, du dehors vers le dedans; mais, aussi, d'une recreation du dehors par le dedans. Autrement dit, le langage, par un mouvement de réversibilité, serait le lieu de connexion entre individu et société: les signifiés, dans l'intériorité, seraient construits à partir de la connaissance commune, tandis que les signifiants extérieurs seraient réinterprétés par les individus. Ce qu'il est important de saisir pour notre propos est que les individus sont à la fois déterminés et capables de dépasser ces déterminations à travers leurs activités.

Plusieurs rapprochements peuvent être faits avec les sociologies de l'interaction dont Mead (2006), de 33 ans l'aîné de Vygotski, est le précurseur. Les deux auteurs adressent les mêmes critiques au behaviorisme pavlovien, qui remet en cause la conscience (pour Vygotski) ou l'esprit (pour Mead), s'attardant uniquement aux conduites manifestes. La conception du social de Vygotski s'apparente certainement au concept d'autrui généralisé de Mead pour désigner les normes régissant un groupe social auxquelles l'individu cherchera à s'ajuster (que ce soit en continuité ou en rupture, d'ailleurs) et à partir desquelles il forgera son identité. Cependant, Mead insiste davantage sur le processus de la détermination sociale. Giddens (1987) avait d'ailleurs déjà reproché au courant interactionniste de ne pas avoir développé suffisamment la manière dont l'individu, dans le processus interactionnel, transforme le social. Si l'intériorisation des significations qui seraient construites dans les activités collectives est reconnue par les deux auteurs, Mead s'inscrit dans le pragmatisme social américain, alors que Vygotski, plus proche de la sémiotique des arts

littéraires, fera beaucoup pour l'avancement des connaissances autour de la narration. L'insistance sur une réappropriation ou une recomposition personnelle des significations dans l'activité de narration est d'un grand intérêt, car le collectif est présenté comme étant hétérogène, du fait des singularités qui l'habitent. Comme l'écrit fort justement Shurmans (2010), «émotions/sentiments sont ainsi saisis, tout à la fois, comme construits culturels et comme langage en acte» (p. 17). Si l'on peut reprocher à Vygotski et à Mead un certain irénisme qui tend à diminuer la portée du conflit structurel, il faut saisir cette perspective comme ayant eu à se frayer un chemin parmi d'autres théories posant comme centrale l'explication physiologique et comportementale.

### 3. LA DIMENSION SOCIALE DE L'AFFECTIVITÉ

Du point de vue de la connaissance, il s'agit d'interroger le domaine de l'expérience subjective du sujet connaissant. Le champ de l'affectivité sera donc ici lié aux processus réflexifs et à la conscience. La mise au jour des mécanismes de la réflexivité reste largement à faire, mais nous adoptons ici la définition qu'en donne Giddens dans son ouvrage *La constitution de la société* (1987). La réflexivité découlerait non seulement d'une conscience de soi comme personne individuelle, mais aussi de la conscience de soi de la modernité. En un sens, on peut la considérer comme un produit de la modernité contemporaine, non pas qu'elle commence seulement à exister avec elle, mais elle apparaît plus fortement aujourd'hui. Elle a pu se manifester plus en sourdine dans la tradition, alors qu'elle servait surtout à guider les individus à travers les préceptes enseignant à bien se conduire. La réflexivité, centrale dans le travail sur soi, est aujourd'hui fortement liée à la transformation des rapports sociaux qui conduit à la société singulariste (Martucelli, 2011). Elle doit être considérée comme une activité de la conscience.

Par conscience, on peut entendre, comme le dit Bronckart (2002), «la capacité qu'a le psychisme humain de revenir sur lui-même» (p. 27). La conscience n'est pas une topique (un espace ou un lieu) ni même un état, car il s'agit d'un processus qui se réalise en établissant le rapport entre une signification donnée et une recomposition de celle-ci dans l'activité. Vygotski est proche de la théorie de Bakhtine pour décrire la conscience. Celui-ci la présente comme la «transfiguration du donné dans le créé» (Bakhtine, 1978, p. 171). Cette proposition rejoint ce qu'en écrit Canguilhem (2002): «Je me porte bien dans la mesure où je me sens capable de porter des choses à l'existence et de créer entre les choses des rapports qui ne leur viendraient pas sans moi» (p. 68). Il est donc toujours possible d'agir autrement. La prévisibilité des comportements est ici

grandement mise en doute, car elle s'appuie sur une « épistémologie génétique » (Piaget, 2005) qui élude les problèmes de la conscience tout en rejetant la dimension sociale du développement. En fait, « [l]e seul apprentissage valable pendant l'enfance est celui qui anticipe sur le développement et le fait progresser » (Vygotski, 1997, p. 335). Le développement concerne ce qui se passe maintenant pour une transformation prochaine. C'est le phénomène que Vygotski formule comme étant la « zone prochaine (ou proximale) de développement », peut-être le concept le mieux connu de ses travaux, notamment en éducation. En fait, l'auteur insiste plus sur la potentialité, c'est-à-dire sur ce qui est en puissance, que sur la proximité effective du développement (Santos et Lacomblez, 2007).

À travers sa psychologie de l'art, Vygotski (2003) s'est intéressé à l'activité. C'est grâce à son habileté à transférer une activité dans une autre par un travail mental de traduction que l'individu transformera la société tout en se trouvant transformé par elle. L'activité pourrait être définie comme « [un] mouvement d'appropriation d'un milieu de vie par le sujet, cela, au travers et pourtant au-delà de la tâche » (Clot, 2006, p. 6). Elle pourrait s'inscrire dans le modèle triadique suivant :

Activité = affectivité – cognition – société

Par ailleurs, la dimension sociale de l'affectivité implique la possibilité d'être affecté par les autres et, plus largement, par l'autrui généralisé, expression de Mead (2006) que Vygotski n'aurait certainement pas désavouée. Vygotski inverse la proposition habituelle qui dit qu'en me connaissant moi-même, je connais les autres. Selon lui, il serait plus juste de poser son contraire : je me connais moi-même, parce que je connais les autres, car « je me connais seulement dans la mesure où je suis moi-même un autre pour moi » (Vygotski, 2003, p. 90). La conscience, comme problème de la psychologie du comportement, titre d'un texte classique de l'auteur paru en 1925, pourrait bien être aussi et même surtout un problème de la sociologie. La dimension sociale aurait pour Vygotski la primauté de fait et de temps ; l'identité se construirait sur la base du social. En fait, plus exactement, des déterminations extérieures préexistent au sujet, mais ces formes sociales devraient être considérées aussi comme résultant des activités sociales, ce qui rapproche l'auteur, comme nous le disions plus haut, du paradigme interactionniste. Cela remet en question, d'une part, l'idée d'un individu libre de ses choix, mais aussi, d'autre part, l'idée que l'activité des acteurs ne serait qu'une exécution. L'individu transforme son activité en y mettant du sien et, en cela, il transforme l'organisation sociale. Les travaux de Vygotski ont inspiré tout un domaine de la psychosociologie clinique de l'activité de travail (Clot, 2006 ; L'Huillier, 2006 ; Bronkard, 2009).

À travers les pratiques du travail sur soi, que nous avons analysées ailleurs comme étant une pratique sociale (Doucet, 2011), les individus contemporains témoignent, d'une part, de la capacité d'être affectés par

les autres et, d'autre part, de la faculté de revenir sur soi, sur sa propre subjectivité, dans un jeu d'oscillation entre cognition et affectivité. L'activité réflexive est ce mouvement continu de circulation psychique entre la pensée affective et la pensée rationnelle. Cette réflexivité se fait à partir d'un auditoire social, dans les coulisses ou encore à l'avant-scène. Par ailleurs, quand le milieu par exemple devient toxique, ce qui empêche l'activité de se réaliser, le sujet agit (exécute) sans être véritablement actif. Or pour créer, les individus doivent pouvoir jouer avec les codes. Pour emprunter les termes de Winnicott (1971), il faut « trouver-crée » les objets sur son chemin ou, comme ce qu'en écrit Bakhtine (1978), « transfigurer le donné ». L'activité empêchée serait plus destructrice que la tâche imposée, en empêchant les potentialités de développement. Le sujet agit alors passivement. Le risque du renoncement (ou du décrochage), qui dériverait d'une inhibition de l'action fautive de ce jeu, n'est jamais loin, ce qui nous conduit au problème de la souffrance. Nous en ferons maintenant l'examen plus en détail.

#### 4. LA NOTION DE SOUFFRANCE EN SCIENCES SOCIALES

Depuis quelques années, il n'a jamais été autant question de la souffrance du côté des sciences sociales. Pour désigner la souffrance qui, au sens strict (selon la définition du *Petit Robert*, 1993), s'inscrit dans un continuum (patience, endurance), le terme de sentiment sera probablement le plus pertinent. Dans son traité du système émotionnel, Pagès (1986) définit le sentiment comme étant associé à une conscience plus ou moins claire, liée à des représentations comportant des éléments affectifs et intuitifs. Le sentiment serait donc plus près de la conscience et du langage. Or une souffrance est dite sociale quand elle est déterminée par des causes sociales, mais ne serait-elle pas sociale aussi parce qu'elle est devenue une narration particulière de notre monde ?

Nous savons maintenant que les émotions et sentiments se manifestent dans un contexte social donné. La souffrance d'hier n'est pas forcément celle d'aujourd'hui, qui ne sera peut-être pas celle de demain. Les sentiments doivent donc être analysés en fonction de leur contexte sociohistorique. Ils se sont transformés dans un milieu politique, idéologique, culturel, mais aussi subjectif. La théorie de la souffrance sociale, par exemple, met l'accent sur la nécessité d'une problématisation des dimensions psychiques et sociales dans l'analyse de l'affectivité. Parler de souffrance sociale, nous dit Renault (2008), c'est en effet « évoquer une réalité psychique dotée d'une dimension sociale, c'est donc désigner un objet qui échappe à l'alternative de l'esprit individuel et des phénomènes collectifs » (p. 16).

Ce tournant épistémologique qu'induisent l'analyse sociale des sentiments et plus particulièrement l'étude de la souffrance n'a pas encore gagné la psychiatrie contemporaine qui, incorporant dans son axiologie diagnostique l'idée d'une rencontre entre un individu à la personnalité précaire et un environnement défavorable comme l'un des risques possibles de déclencher la maladie mentale, défend pourtant dans ses pratiques la nécessité de l'ajustement individuel aux contextes sociaux. La tendance dans les milieux de pratique, malgré la reconnaissance de certaines assises sociales ou environnementales dans le développement de souffrances, tend par ailleurs très clairement à faire porter le poids du rétablissement sur l'individu. Les sciences sociales, à travers l'appréhension du champ de l'affectivité, se basent donc aujourd'hui encore sur l'idée d'un individu cognitif et responsable et sur le principe d'un substrat biomédical. La spécificité du fonctionnement humain dériverait ici de capacités cognitives, biologiquement déterminées.

Par ailleurs, les sciences sociales ont affaire aussi à des convictions subjectivistes, cette fois enclines à comprendre l'expérience vécue. Tout se passe ici, pourtant, comme si la seule épreuve subjective avait le dernier mot sans lien avec les contextes sociaux de sa production. La psychanalyse, qui demeure extrêmement riche en enseignement dans le domaine de l'affectivité à travers les écrits mêmes de Freud, en constitue une illustration. Vygotski partageait plusieurs points de vue avec la psychanalyse, notamment sur la question de l'inconscient, sur laquelle nous ne nous attarderons pas. Il y repère cependant plusieurs limitations (Doray, 1999; Vygotski, 2003) sur lesquelles nous nous pencherons pour éclairer la tendance subjectiviste: en psychanalyse, d'abord, on a parfois affaire à une rigidité théorique qui aboutit à des conclusions toujours plus ou moins liées à la pulsion sexuelle insatisfaite. L'activité créative y est présentée comme un antidote et beaucoup de dérivatifs de la psychanalyse (par exemple, l'art thérapie) simplifient à l'extrême le rôle de l'expression artistique en la ramenant à un moyen de manifester ses conflits psychiques. Ces conflits sont aussi présentés comme étant universels sans que soient prises en compte les transformations historiques et culturelles, l'activité créatrice se rapportant exclusivement à la sphère individuelle. La créativité y est présentée comme une réponse à des désirs inconscients, mais Freud n'a pas étudié le processus social de celle-ci. La psychanalyse contemporaine, en particulier avec les écrits de Winnicott (1971), développe la topique du soi et de l'objet, introduisant en cela l'idée d'une relation possible entre le dehors et le dedans: un psychisme n'est jamais seul, selon Winnicott. Il y a tout de même du chemin à parcourir entre l'idée d'un espace transitionnel (tout intérieur) et l'ontologie de la vie sociale. La conscience, qui dans le cognitivisme est présentée comme la sphère

intellectuelle, est tout aussi réduite en psychanalyse, où elle joue plus ou moins le rôle du gestionnaire psychique auquel d'ailleurs échappe le plus intéressant, c'est-à-dire l'inconscient.

De leur côté, les approches phénoménologiques contemporaines, qui proposent des analyses prégnantes à partir du champ du traitement alternatif en santé mentale, se penchent sur la dimension du sensible et de l'expérience immédiate (Corin *et al.*, 2011). Le sujet a un statut de sujet signifiant que l'on ne peut réduire à sa seule dimension physiologique ou cognitive ou aux deux. Des notions comme celles d'*expérience*, d'*intériorité*, de *travail sur soi*, quasi absentes du vocabulaire psychiatrique actuel, réintroduisent toute l'importance de l'expérience subjective. Le travail sur soi y est envisagé comme une expérience nécessaire, avant tout existentielle. Les approches phénoménologiques analysent cependant les récits comme des données immédiates à partir de l'intuition, laissant de côté la part transformiste de la conscience. Il s'agit donc de décrire plutôt que d'interpréter. Il n'y aurait pas de distinction entre le phénomène et l'être, et le psychique devrait être lié au conscient. On trouve peu de réflexions critiques sur les impératifs contemporains du «devoir-être soi-même» (Ehrenberg, 1996). L'approche s'intéresse moins aux contraintes structurelles de la vie sociale qu'à l'expérience relationnelle et le problème des conditions objectives d'existence des personnes n'y est pas discuté. Pourtant, ce que l'on conçoit en tant que vécu immédiat s'insère dans une histoire et dans la recomposition de cette histoire dans le récit.

Dans sa théorie des émotions, Vygotski (1998) souligne une certaine parenté entre les positions objectivistes et les positions subjectivistes, à savoir l'absence de la donnée sociale. La donnée sociale obligerait à considérer émotions et sentiments en tant que potentiel humain à l'état pur, ce que l'on peut appeler le «déjà-là», mais aussi en tant que significations sociales qui ont été mises en récit et qui préexistent au sujet. L'étude de l'affectivité ne revient pas qu'à une psychologie, qu'elle se tienne du côté objectiviste ou subjectiviste, mais aussi à une sociologie qui aura auparavant approfondi sa conception de l'acteur en dépassant l'explication positionnelle. Pour Simmel (1999), «[i]l est de la plus haute importance méthodologique, et quasi décisif pour les principes des sciences humaines en général, qu'en traitant scientifiquement des faits psychiques on ne fait pas nécessairement de la psychologie» (p. 609). Soulignons-le de nouveau : l'affectivité fait forcément partie du fonds commun de l'humanité, mais elle revêt des formes différentes selon les époques. Ce qu'on reproche au héros de Camus dans *L'étranger* est précisément de ne pas se conformer aux sentiments de tristesse normaux qui accompagnent le deuil quand sa mère meurt, mais plutôt de relater les sensations physiques comme la fatigue et la soif ce jour-là. Sa froideur émotionnelle jouera un

rôle considérable dans le verdict final de son procès pour meurtre (Farrugia, 2010). La souffrance s'inscrirait donc dans un récit sur la souffrance, un récit social, et c'est la mise en récit de la souffrance contemporaine qui ferait l'objet de tant de questionnements aujourd'hui. Est-ce à dire qu'il y a plus de souffrance aujourd'hui ou serait-ce un effet de perspective?

#### 4.1. Souffrances sociales

Le domaine subjectif a été, comme nous l'avons vu, longtemps relégué dans le champ d'études de la psychologie. Cependant, on assiste depuis quelques années à une appréhension sociologique, voire politique, d'une souffrance dite sociale, qui serait donc attribuable à la société. Cette souffrance renverrait en fait plus largement à une pathologie sociale explicable soit par *a*) la thèse de la rupture du lien social; *b*) la thématique de la normativité; ou *c*) la thèse de la souffrance politique. Les deux premières ont été développées dans un texte sur le travail sur soi (Doucet, 2011); nous les reprenons ici.

La thèse de la rupture du lien social soutient que l'individu se trouve déconnecté de l'ensemble, qu'il ne trouve plus de repères dans les institutions qui disparaissent. On assisterait au « nouvel âge de la personnalité » (Gauchet, 1998) inaugurant une redéfinition de l'intériorité qui instaure l'individu narcissique. La sociabilité décline, car nous basculons dans un individualisme de déliaison ou de désengagement; pour être soi-même, il faut reprendre possession de soi. Le travail sur soi consiste donc à s'affirmer par le désengagement. Lipovetsky (1983), dans cette même veine, ajoute que l'on assisterait en fait à la dépersonnalisation de l'individu à force d'approfondissement thérapeutique. Selon le philosophe canadien Charles Taylor (1998), le « moi » moderne se forme dès la Renaissance, du moins chez les élites sociales et spirituelles de l'Occident. Désormais, l'histoire de l'individu passe par une histoire de l'intériorité. Taylor établit trois malaises de la modernité: la perte de sens, l'éclipse des fins, la perte de la liberté devant la raison instrumentale. La cause en est l'individualisme comme repli sur soi (Taylor, 1991).

La thèse de la normativité pose que l'intériorité est devenue le lieu par excellence d'une nouvelle inquisition. De ce point de vue, le « moi » devient un instrument souple qui se plie à toutes les expériences. Les multiples approches thérapeutiques seraient des logiques de production de l'individu. Selon cette perspective, l'individu narcissique prendrait ces années-ci un nouveau tournant. Nous avons affaire à deux ordres logiques qui configurent un individu paradoxal. D'une part, la société d'hyperconsommation met au monde un sujet hyperactif, se préoccupant entièrement de lui-même, tendu par la poursuite inlassable de la réalisation de ses désirs. En même temps, plus le devoir de bonheur s'impose comme nouvel

ordre normatif, plus on observe la montée de l'anxiété et de la déception. L'individu incertain d'Ehrenberg (1996, 2004) avoue sa fatigue d'être soi. Il s'insinue dans toutes les sphères de la vie sociale, souffrant, entre dépression et anxiété. À côté du *self* spectaculaire de l'individu hédoniste se profile l'individu souffrant. On peut tout à fait reprendre ici ce qu'en disait déjà Elias (1975) dans les années 1930: «Le champ de bataille a été transposé dans le for intérieur de l'homme» (p. 203). Ainsi, cette psychologisation des rapports sociaux devrait, toujours selon cette perspective, être analysée comme s'intégrant dans un processus historique plus que jamais déterminé par les structures. Le «souci de soi», pour Foucault (1984), obéit à un impératif qui commande le gouvernement de soi. La finalité d'un travail sur soi serait hautement morale et politique. Castel (1995) se préoccupe de l'effritement des structures de sécurité sociale. La désaffiliation du salariat entraîne la précarité qui devient le prix à payer pour atteindre l'autonomie individuelle du travailleur, dans le mouvement irréversible d'un capitalisme mondialisé. Il faut aussi ajouter Fassin (2004), selon qui le problème de la souffrance travaillée comme notion majeure des sciences humaines et sociales contemporaines occulte les inégalités qui sont d'abord structurelles.

Enfin, la thèse de la souffrance politique avancée par Renault (2008) renouvelle la théorie critique en soulignant la nécessité de se préoccuper des souffrances générées par la domination sociale. La souffrance devient un analyseur des problèmes sociaux, là où l'on observe une individualisation plus importante des inégalités. En l'absence de mouvements sociaux, la souffrance permet le développement de la théorie critique en travaillant l'articulation du biographique et du politique. La psychodynamique et la psychopathologie du travail principalement défendues par Dejours (2009) s'inscrivent dans cette tendance. On met en garde contre le système de défense psychologique qui s'instaure dans le collectif dans les milieux de travail et qui brouille les pistes, appauvrissant la mobilisation et pouvant parfois prendre l'allure d'un collaborateur du pouvoir. C'est pourquoi la santé et la défense doivent être distinguées. On observe d'un côté la contrainte et de l'autre, la maladie. Celle-ci ne résulte cependant pas que de la contrainte, mais de toute une série de défenses pathologiques, faute de stratégies collectives. La conscientisation de cette souffrance, en faisant pour un temps baisser la garde aux défenses pathologiques, aurait pour effet de réinstaurer une circulation psychique dans le collectif. La souffrance, passive au début, se transforme en discours sur le monde, à la recherche de solutions sociales.

Alors que la part sociale de la souffrance est soulignée, il faut en même temps poser la singularisation comme étant au centre des sociétés actuelles (Martuccelli, 2009). Cela implique la nécessité de faire un pas de côté par rapport aux thèses de la rupture, de la normativité et de la

souffrance politique. Sans nier leurs apports considérables dans l'examen sociologique du sentiment, il serait nécessaire de se tourner également vers une compréhension qui tienne compte du caractère socioculturel de la conscience, du langage et des significations. Jusqu'ici, les explications sociologiques de la souffrance y ont porté un intérêt d'une manière qui pourrait être qualifiée de surplombante. C'est en effet de manière verticale que l'articulation des dimensions psychiques et sociales est établie en plaçant au-dessus les aspects de la contrainte sociostructurelle et en creusant trop peu le domaine sociosymbolique des échanges. C'est donc encore sous l'angle de la marginalisation et du contrôle social qu'est regardée la souffrance. Nous nous rallions tout à fait à Martuccelli (2009) quand il avance que le regard doit s'autonomiser d'un sociologisme selon lequel l'acteur ne peut être compris que par l'explication positionnelle. Ce regard doit nécessairement s'éloigner aussi de la conception cognitiviste qui prédomine. Nous avons également pris nos distances par rapport aux perspectives subjectivistes et à leur tendance à ramener l'explication au vécu personnel qui serait détaché de la « force du courant » (Vygotski, 2003). Par ailleurs, Martuccelli (2009) affirme aussi qu'il est nécessaire de s'éloigner des « complications de l'âme » pour faire une lecture sociologique de l'individu, ce qui peut paraître étonnant de prime abord. Mais, alors que la souffrance et ses diverses expressions ont pris des proportions inégalées dans l'histoire du sentiment, une analyse sociologique devrait contribuer à l'élucidation non pas tant des causes de cette souffrance, mais des significations historiques et culturelles des discours sur la souffrance et de la souffrance elle-même. Tout notre propos vise à défendre une sociologie de la connaissance de l'affectivité, une affectivité qui serait révélatrice de l'air du temps. En fait, la souffrance ne peut être comprise en dehors de son inscription dans un monde culturel et subjectif (Shurmans, 2010).

## **4.2. Singularisme et souffrance : l'apport d'une perspective historico-culturelle à une sociologie de l'individu**

La souffrance contemporaine pourrait bien témoigner de la transformation des représentations sociales de l'individualité. À l'ère industrielle, celle-ci pouvait résulter d'une aliénation physique et morale à travers les conditions de vie. Aujourd'hui, au moment où chacun revendique la reconnaissance de sa singularité, elle se manifesterait principalement au croisement de l'individuel et du social.

Il nous faudra d'abord saisir le rapport individu/société qui s'instaure avec la modernité contemporaine, car de nouvelles catégories cognitives apparaissent pour parler de soi. Celles-ci révèlent une identité qui est passée de l'extérieur (je suis le fils d'Untel) à l'intérieur (je suis moi-même).

Le fragile équilibre entre extériorité et intériorité serait au fondement du travail sur soi (Doucet, 2011). Cela ne va pas sans douleur, et l'on peut penser avec Simmel (1988) que l'individu contemporain, à l'image de l'« étranger », vit dans un perpétuel conflit identitaire. En fait, pour Simmel (1988, 1999), certainement l'un des inspirateurs d'une sociologie de l'individu, il ne peut y avoir de vie, entendue au sens culturel, sans conscience, ce qui implique un sujet dont l'activité même est de produire sa vie. C'est ce qui le distinguera, par exemple, de l'animal qui vit, mais ne vit pas *sa* vie. La notion de vie, ici, implique donc un sujet connaissant, aspiré d'un côté par le général et, de l'autre, par le besoin de se saisir en tant qu'individu. Outre les interprétations psychanalytiques que l'on peut en faire, une lecture sociologique permet de saisir une forme centrale de la souffrance contemporaine, ce « mal de l'infini » dont parle Martuccelli (2009), qu'engendrerait la distance<sup>2</sup> toujours plus grande entre l'individu et la société. La modernité actuelle serait donc caractérisée par l'exacerbation de cette tension entre la tendance à fusionner au groupe et celle de s'en distancier individuellement. Le passage du nous au je introduit donc la tension de l'identification et de la différenciation. Il y a, par exemple, l'histoire de ce fils d'une professeure de religion qui, toute sa vie, a cherché à rompre avec la religion. L'interprétation vaguement psychanalytique faisant ressortir la tentative de séparation d'avec la mère vient immédiatement à l'esprit si le phénomène est compris uniquement dans cette sphère. Par ailleurs et plus largement, le sujet raconte qu'il s'est mis en quête d'autre chose avec la même ardeur. Il se souvient d'avoir épousé tour à tour le marxisme, le freudisme et le constructivisme avec la même religiosité que sa mère avait pu enseigner le catholicisme. Voulant rompre avec la religion instituée, il use des moyens mêmes de la religiosité. Il dit avec beaucoup d'ironie et de découragement : « *J'ai cherché à me connaître moi-même comme un poisson qui sort de l'eau pour me rendre compte de ma poissonité*<sup>3</sup>. » La différenciation doit être interprétée paradoxalement comme une identification. Les manifestations de la différenciation constituent une manière de passer dans la conscience des autres, de faire partie de la société. On constate déjà le paradoxe existant entre le fait de se différencier pour s'identifier à la mentalité contemporaine qui veut que l'individu ressorte de la masse. Le paradoxe réside dans le fait que, voulant se démarquer de la masse, l'individu se re-marque dans la société, se soumettant au regard des autres. Voulant se différencier, il s'insère dans le mouvement généralisé de l'individu qui se différencie.

2. Dans son texte « La souffrance et le modèle de l'individu psychologique », Martuccelli (2009) parle d'une fission de l'individuel et du social. Nous préférons parler de distance, car il s'agit bien d'une manière contemporaine de faire lien.

3. Il s'agit d'un extrait d'entretien réalisé dans le cadre d'une recherche empirique sur « les pratiques contemporaines du travail sur soi » (Doucet, 2011).

Cette nouvelle sensibilité sociale à ce qui est singulier se trouve à la fois subie (je me sens seul) et revendiquée (je suis unique). Ce qu'il faut retenir est que «l'homme en général», c'est l'être singulier. Cette tension était déjà bien décrite dans «la tragédie de la culture» de Simmel (1988) et l'on peut penser qu'elle s'est accentuée.

Le sentiment s'inscrirait à l'intérieur d'une grammaire commune de la singularisation et il n'y aurait pas de distinction de principe entre narration personnelle et narration sociale. La différence, de fait, serait dans l'acte de composition du récit. «Ce qui est premier [...] c'est donc du discursif, du narratif sédimenté» (Farrugia, 2008, p. 85). Il serait par exemple intéressant d'analyser la peine d'amour d'aujourd'hui par rapport à celle d'autrefois. Peut-on parler d'une souffrance plus présente actuellement? Oui, si celle-ci est définie comme une narration sociale qui s'inscrit dans un récit plus large, dont le héros est l'individu psychologique (Martuccelli, 2009). En fait, les sentiments ressortent plus fortement dans l'ambiance singulariste. Par exemple, l'amour, qui se présente comme le sentiment incarnant le mieux l'ambivalence relationnelle contemporaine, paraît au moins aussi hypertrophié que la souffrance (Doucet, 2007; Shurmans, 2010). Si le domaine subjectif a pris autant d'importance selon Martuccelli (2009), c'est que la modernité contemporaine opère une distance historique entre individu et société. La solitude que cette distance génère favorise une certaine ambivalence. Entre la plénitude engendrée par la création d'un «espace à soi» et un sentiment d'«esseulement», l'individu contemporain éprouve son lien aux autres à la fois comme un trop-plein et un manque. Cette approche de la solitude, bien sûr, a dû auparavant se détacher des explications classiques qui se rapportent à la rupture du lien social (Doucet, 2007).

Or l'affectivité, qu'elle soit considérée du côté de la psychologie cognitive ou des approches subjectivistes, des sociologies de la rupture, de la normativité ou de la souffrance politique, semble toujours analysée comme un mal dont il faut trouver les causes du côté d'un défaut de logique, pour l'une, ou dans un social contraignant, pour les autres. La perspective adoptée ici pose que l'affectivité constitue en soi une connaissance. D'ailleurs, la connaissance subjective ne se restreint pas à la seule souffrance, mais aussi aux habiletés humaines à travers les activités. Il est toujours possible d'inverser la proposition habituelle qui insiste sur la dimension négative des émotions et sentiments pour reconnaître que l'existence se nourrit aussi d'un certain «mal de l'infini» semblable au spleen des romantiques du XIX<sup>e</sup> siècle. Déjà, même au temps de Rousseau, les affections sociales fondaient le contrat social et, pour ce penseur du XVIII<sup>e</sup> siècle, «un homme qui n'aurait point de passions serait certainement un fort mauvais citoyen» (Rousseau, 1964 [1755], p. 255). Cela ne remet pas en question la dimension sociostructurelle qui se rapporte au pouvoir

et aux inégalités, ni même les apports du versant cognitif et physiologique. Mais la question est: suffisent-ils pour expliquer tout un pan de la réalité humaine qui aurait à voir aussi avec la dimension sociosymbolique des échanges? De ce point de vue, l'affectivité peut s'avérer un analyseur fécond de l'expérience sociale.

## RÉFÉRENCES

- BAKHTINE, M. (1978). *Esthétique et théorie du roman*, Paris, Gallimard.
- BECK, A.T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*, New York, International University Press.
- BRONCKART, J.-P. (2002). «La conscience comme analyseur des épistémologies de Vygotski et Piaget», dans Y. Clot (dir.), *Avec Vygotski*, Paris, La Dispute, p. 17-43.
- BRONCKART, J.-P. (2009). «Les processus de construction des actions et leurs représentations en situation de travail. Présentation générale», dans S. Canelas-Trevisi (dir.), *Langage, objets enseignés et travail enseignant*, Grenoble, Ellug, p. 17-18.
- BRUNER, J. (1992). «Another look at New Look 1», *American Psychologist*, vol. 47, n° 6, p. 780-783.
- CANGUILHEM, G. (2002). *Écrits sur la médecine*, Paris, Seuil.
- CASTEL, R. (1995). *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Fayard.
- CHALOULT, L. (2008). *La thérapie cognitivo-comportementale. Théorie et pratique*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur.
- CHARMILLOT, M., C. DAYER, F. FARRUGIA et M.-N. SCHURMANS (2008). *Émotions et sentiments: une construction sociale. Approches théoriques et rapports au terrain*, Paris, L'Harmattan.
- CLOT, Y. (2003). «Vygotski, la conscience comme liaison», dans Y. Clot (dir.), *Conscience, inconscient, émotions*, Paris, La Dispute, p. 7-59.
- CLOT, Y. (2006). *Travail et pouvoir d'agir*, Paris, Presses universitaires de France.
- CORIN, E., M.-L. POIREL et L. RODRIGUEZ (dir.) (2011). *Le mouvement de l'être: paramètres pour une approche alternative du traitement en santé mentale*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- COSNIER, J. (1994). *Psychologie des émotions et des sentiments*, Paris, Nathan.
- COTTRAUX, J. (2004). *Les thérapies comportementales et cognitives*, Issy-les-Moulineaux, Masson.
- DEJOURS, C. (2009). «Monde du travail et pathologie de la solitude», dans M.-H. Soulet (dir.), *La souffrance sociale. Nouveau malaise dans la civilisation*, Fribourg, Academic Press Fribourg / Éditions Saint-Paul.
- DORAY, B. (1999). «Vygotski et Freud, l'espace d'un dialogue», dans Y. Clot (dir.), *Avec Vygotski*, Paris, La Dispute, p. 61-77.
- DOUCET, M.-C. (2007). *Solitude et sociétés contemporaines, une sociologie de l'individu et du rapport à l'autre*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- DOUCET, M.-C. (2011). «Travailler sur soi par le récit, une sociologie de la connaissance subjective», dans C. Constandriopoulos (dir.), *Récits et fictions dans la société contemporaine*, Paris, L'Harmattan.
- EHRENBERG, A. (1996). *L'individu incertain*, Paris, Hachette.

- EHRENBERG, A. (2004). *La fatigue d'être soi : dépression et société*, Paris, Odile Jacob.
- ELIAS, N. (1975). *La dynamique de l'Occident*, Paris, Calmann-Lévy.
- ELLIS, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy*, New York, Lyle Stuart.
- FARRUGIA, F. (2008). « Syndrome narratif et archétypes romanesques de la sentimentalité. Don Quichotte, Madame Bovary, un discours du pape, et autres histoires... », dans M. Charmillot, C. Dayer, F. Farrugia et M.-N. Schurmans (dir.), *Émotions et sentiments : une construction sociale. Approches théoriques et rapports au terrain*, Paris, L'Harmattan.
- FARRUGIA, F. (2010). « Le syndrome narratif : une "inquiétante étrangeté" », *SociologieS*, <<http://sociologies.revues.org/3152>>, consulté le 13 janvier 2013.
- FASSIN, D. (2004). *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*, Paris, La Découverte.
- FOUCART, J. (2003). *Sociologie de la souffrance*, Paris, Seuil.
- FOUCAULT, M. (1984). *Histoire de la sexualité, tome 3 : le souci de soi*, Paris, Gallimard.
- FREUD, S. (1986). *Métopsychoanalyse*, Paris, Gallimard.
- GAUCHET, M. (1998). « Essai de psychologie contemporaine I et II : un nouvel âge de la personnalité », *Le Débat*, n°s 99-100, p. 165-181.
- GIDDENS, A. (1987). *La constitution de la société*, Paris, Presses universitaires de France.
- GREEN, A. (1973). *Le discours vivant. La conception psychanalytique de l'affect*, Paris, Presses universitaires de France.
- HONNETH, A. (2002). *La lutte pour la reconnaissance*, Paris, Cerf.
- JAMES, W. (1984). *Psychology: Briefer Course*, Cambridge, Harvard University Press.
- JAMES, W. (2003). *Précis de psychologie* (trad. par N. Ferron), Paris, Les Empêcheurs de penser en rond.
- L'HUILLIER, D. (2006). *Clinique du travail*, Toulouse, Érès.
- LAHIRE, B. (2001). *L'homme pluriel*, Paris, Armand Colin / Nathan.
- LE GUILLANT, L. (2006). *Le drame humain du travail*, Toulouse, Érès.
- LEMAIRE, P. (2006). *La psychologie cognitive*, Paris, De Boeck.
- LIPOVETSKY, G. (1983). *L'ère du vide. Essais sur l'individualisme contemporain*, Paris, Gallimard.
- MARTUCCELLI, D. (2009). « La souffrance et le modèle de l'individu psychologique », dans M.-H. Soulet (dir.), *La souffrance sociale. Nouveau malaise dans la civilisation*, Fribourg, Academic Press of Fribourg / Éditions Saint-Paul, p. 31-50.
- MARTUCCELLI, D. (2011). *La société singulariste*, Paris, Armand Colin.
- MEAD, G.H. (2006). *L'esprit, le soi et la société*, Paris, Presses universitaires de France.
- NIEDENTHAL, P., N. DALLE et A. ROHMANN (2002). « Émotions et cognition sociale », dans A. Channouf et G. Rouan (dir.), *Émotions et cognitions*, Bruxelles, De Boeck.
- PAGÈS, M. (1986). *Trace ou sens, le système émotionnel*, Paris, Hommes et groupes.
- PIAGET, J. (2005). *Épistémologie génétique*, Paris, Presses universitaires de France.
- REID, W. (2006). « L'impasse en psychothérapie psychodynamique ou la pertinence des paradoxes », *Santé mentale au Québec*, vol. 31, n° 2, p. 293-308.
- RENAULT, E. (2008). *Souffrances sociales. Philosophie, psychologie et politique*, Paris, La Découverte.

- ROUAND, G. et J.-L. PEDINIELLI (2002). « Émotion et psychopathologie cognitive », dans A. Channouf et G. Rouan (dir.), *Émotions et cognitions*, Bruxelles, De Boeck, p. 223-255.
- ROUSSEAU, J.-J. (1964 [1755]). *Discours sur l'économie politique*, dans *Œuvres complètes*, tome III, Paris, Gallimard.
- SANTOS, M. et M. LACOMBLEZ (2007). « Que fait la peur d'apprendre dans la zone prochaine de développement ? », *@ctivités*, vol. 4, n° 2, p. 16-29.
- SCHURMANS, M.-N. (2010). « D'amour et de feu », *SociologieS*, <<http://sociologies.revues.org/3157>>, consulté en février 2012.
- SCHWARTZ, N. et H. BLESS (1991). « Happy and mindless, but sad and smart? The impact of affective states on analytic reasoning », dans J. Forgas (dir.), *Emotion and Social Judgment*, Oxford, Pergamon Press.
- SIMMEL, G. (1988). *La tragédie de la culture et autres essais*, Paris, Rivages.
- SIMMEL, G. (1999). *Sociologie. Étude des formes de la socialisation*, Paris, Presses universitaires de France.
- TAYLOR, C. (1991). *Grandeur et misère de la modernité*, Montréal, Bellarmin.
- TAYLOR, C. (1998). *Les sources du moi. La formation de l'identité moderne*, Paris, Seuil.
- VYGOTSKI, L. (1997). *Pensée et langage*, Paris, La Dispute.
- VYGOTSKI, L. (1998). *Théorie des émotions: étude historico-psychologique*, Paris, L'Harmattan.
- VYGOTSKI, L. (2003). « La conscience comme problème de la psychologie du comportement », dans *Psychologie de l'art*, Paris, La Dispute.
- VYGOTSKI, L. et Y. CLOT (dir.) (2003). *Conscience, inconscient, émotions*, Paris, La Dispute.
- WINNICOTT, D.W. (1971). *Jeu et réalité. L'espace potentiel*, Paris, Gallimard.



PARTIE

2

**L'ÉPREUVE DE LA MALADIE, CORPS  
ET PSYCHÉ EN SOUFFRANCE**



## LES VISAGES DE LA DOULEUR VERS UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE DE LA PLAINTÉ

Florence Vinit, Nicolas Moreau et Daniel Moreau

*Il y a seulement six mois, alors que je travaillais  
au laboratoire de neuropathologie, j'étais fou de joie  
parce que je venais de recevoir le cerveau  
d'un nourrisson : j'allais enfin pouvoir identifier  
précisément la région de la pathologie !  
Peut-être suis-je trop cynique, mais je suis de plus  
en plus convaincu que nos controverses autour  
de la localisation de cette lésion ne font que masquer  
la vérité vraie : nos patients meurent,  
et nous autres médecins sommes impuissants.*

Irvin Yalom, *Et Nietzsche a pleuré*

Si le terme « douleur » évoque généralement une expérience désagréable, il recouvre des réalités aussi diverses qu'il y a de situations vécues comme douloureuses. Quels sont les aspects communs entre le « j'ai mal » de l'enfant qui vient de se cogner contre un chambranle de porte, celui d'un patient qui présente une douleur due à une métastase osseuse l'empêchant de dormir ou encore les plaintes de la future maman se préparant à accueillir son enfant, si ce n'est le mot utilisé pour exprimer ce ressenti douloureux ? Le langage courant cherche à marquer cette distinction en reliant parfois le mot « douleur » à un endroit du corps (« mes dents me font mal ») et celui de « souffrance » à un enjeu plus existentiel, engageant

la subjectivité du patient («je souffre de ma solitude»). Mais, dans la réalité de l'expérience, les dimensions physiques et psychiques sont souvent plus intriquées. Pour le praticien, le défi est de taille : entendre la douleur de son patient à travers toute la diversité de son expression ; trouver les moyens de soulager au mieux la personne qui souffre, tout en essayant de comprendre ce qu'elle dit d'elle-même et de son rapport au monde à travers sa plainte (Queneau et Ostermann, 2004).

Si les définitions de la douleur ne manquent pas, elles appréhendent souvent cette question au travers du prisme de leurs préoccupations propres, qu'elles soient médicales, psychologiques, neurologiques, etc., sans toujours prendre en compte l'ampleur et la diversité de l'expérience du patient. Notre propos, dans ce texte, sera de présenter les différents visages de la douleur auxquels les soignants peuvent être exposés dans le quotidien des soins. La douleur sera analysée comme une expérience globale, mettant en jeu les diverses composantes de la relation à soi et à l'autre, convoquant ainsi pour chacun l'épineuse question du sens.

## **1. DOULEURS ET SOUFFRANCES GLOBALES**

L'intérêt médical pour la douleur, comme objet d'intervention du praticien, est récent. Si nous avons la possibilité de l'évoquer, c'est que la médecine occidentale a particulièrement évolué depuis une quarantaine d'années (Le Breton, 1995 ; Rey, 2011). Il apparaît ainsi intéressant de rappeler qu'il y a un peu moins d'un demi-siècle, la douleur n'était pas au programme des études de médecine dans les universités. Les jeunes médecins de l'époque étaient même priés de ne pas soulager les douleurs du « ventre aigu » ou de la colique néphrétique afin de pouvoir faire le diagnostic de la pathologie en cause. À la décharge de cette façon de procéder, il faut se souvenir que les moyens diagnostiques non invasifs (c'est-à-dire sans s'introduire d'une quelconque manière à l'intérieur de l'individu) étaient encore très limités. Pas d'échographie, pas de scanner ni de résonance magnétique nucléaire, pas d'examens biologiques sophistiqués non plus. Ainsi, des générations de soignants ont été formées non pas dans la négation de la douleur du patient, mais dans le rôle primordial que celle-ci pouvait apporter au diagnostic. Autrement dit, les douleurs n'étaient alors que de simples symptômes servant l'analyse clinique du praticien, des indicateurs, pourrait-on dire. De nos jours, la douleur est devenue au contraire un souci important de la pratique médicale, non seulement en ce qui concerne les médicaments antalgiques et analgésiques, mais aussi dans la prise en compte de ce que vit le patient. Des formations médicales spécialisées pour la prendre en charge ont même vu le jour. Ainsi, la douleur n'est plus seulement indicatrice d'une pathologie potentielle, elle est aujourd'hui en Occident une question de santé publique à part entière.

Si la douleur est traitée par des moyens médicamenteux, si elle fait l'objet de consultations spécialisées en psychologie, si elle devient souffrance existentielle ou sociale, il importe de se donner les moyens de l'aborder dans ses différentes formes. À cet égard, les travaux de Wilber (2007) sur la théorie intégrale permettent d'approcher un phénomène dans la plus grande globalité possible, en considérant la complémentarité des différents angles d'analyse. Le modèle intégral se présente comme un carré divisé en quatre quadrants. Les deux structures de droite concernent le pôle objectif d'un phénomène: le quadrant supérieur décrit la réalité physique (composants, structure organique, etc.) (le «ça» individuel), tandis que celui du bas désigne les structures sociales impliquées (le «ça» collectif). Les quadrants de gauche concernent pour leur part le vécu subjectif. Il s'agit ici de parler du phénomène tel qu'il est vécu par les personnes concernées. La partie du haut porte sur l'individu (et s'intéressera donc aux états de conscience ainsi qu'aux émotions en jeu dans une expérience donnée) et celle du bas, sur les facteurs culturels (l'empreinte donnée par les valeurs et les codes influençant les expressions et vécus personnels).

Lorsque la douleur est examinée à travers ce modèle, chaque aspect de sa réalité peut être reconnu dans sa spécificité – chaque quadrant possédant sa propre logique épistémologique. La validité de l'expérimentation, tout à fait adéquate pour une étude sur les zones neuronales activées dans l'anxiété, ne recouvre pas celle de la compréhension qu'un individu peut avoir des pensées qui l'habitent, mais toutes deux éclairent d'une façon différente le fait d'avoir peur. De même, ce que le neurologue peut observer sur un scanner demeure un autre point de vue que celui de la jeune femme qui doit rester allongée dans l'obscurité en raison de maux de tête persistants. Les dispositifs sociaux existants pour aider la patiente en crise de douleur, autant que la manière dont l'expression de son mal sera influencée par son appartenance culturelle<sup>1</sup>, constituent d'autres angles, tout aussi intéressants et nécessaires, pour prendre en compte la douleur migraineuse dans ses différentes dimensions.

## 2. LE «ÇA» DE LA DOULEUR

Le premier quadrant du modèle intégral, quadrant supérieur droit, s'intéresse à la douleur du point de vue du «ça objectif»: ce qui arrive dans la mécanique physiologique du corps individuel. Ainsi, ce qu'on appelle ici «douleurs» se réduit aux données observables dans le corps physique et

1. Comme dans les travaux de Foucault (1972) qui ont mis en exergue les liens entre la folie et le monde social environnant, la douleur ne peut être comprise en dehors de certains cadres sociaux, des normes sociales qui nous entourent.

sont souvent mesurables à l'aide d'instruments normalisés. Nous pouvons ainsi citer l'échelle visuelle analogique qui permet au patient de coter une douleur en positionnant un curseur sur une réglette (dessins d'un visage plus ou moins souffrant par exemple), l'échelle verbale simple qui permet de coter avec des mots du langage commun l'intensité de la douleur ou encore l'échelle numérique simple (la douleur est ici numérotée de 0 à 10).

Les douleurs physiques se divisent en trois groupes<sup>2</sup>: 1) les douleurs de type neuropathique, 2) les douleurs par excès de nociception et 3) les douleurs mixtes. Les douleurs dites neuropathiques (ou de déafférentation) sont des douleurs liées à des lésions de type neurologique. L'exemple type de cette douleur est celui du « membre fantôme ». En effet, un certain nombre de médecins ont entendu des patients se plaindre de douleurs au niveau d'une partie d'un membre amputé; douleurs expliquées biologiquement par une stimulation des fibres nerveuses correspondant à la partie concernée par cette douleur. Ces sensations douloureuses furent considérées initialement comme des manifestations psychologiques et la thérapeutique proposée consistait en une prise de neuroleptiques (comme l'amitriptyline). Ces douleurs sont maintenant mieux cernées et reconnues comme des douleurs « réelles » avec un substrat physiologique expliqué. En effet, il s'agit de l'irritation des fibres afférentes de la douleur qui sont lésées d'une manière ou d'une autre et qui « s'expriment » de façon différente par rapport aux douleurs nociceptives.

Les douleurs par excès de nociception « s'expriment » par une stimulation des terminaisons nerveuses, par exemple au niveau cutané, dans le cas d'une personne qui se brûle sur une plaque chauffante. La perception de cette douleur correspond à un afflux d'informations par les voies nerveuses de transmission de la douleur avec un premier contrôle au niveau de la moelle épinière, qui régule l'information et permet le geste réflexe salvateur (retirer la main du feu). Cette information remonte ensuite au niveau cérébral, puis est analysée et intégrée avant de donner une réponse adaptée (par exemple, la mise sous l'eau froide de la brûlure évoquée plus haut). Cette nociception correspond à une lésion physique de l'intégrité de l'individu.

Les douleurs mixtes sont les douleurs qui font une part plus ou moins importante à l'une ou l'autre des deux composantes décrites plus haut. Le clinicien se trouve dans la majorité des situations devant des douleurs appartenant à cette troisième catégorie. Leur complexité explique

---

2. Les mesures de la douleur ne sont pas des exercices normalisés en gériatrie ou en pédiatrie. En effet, ces évaluations de la douleur sont difficiles et la multiplicité des outils montre par le fait même leurs limites.

les difficultés rencontrées dans la recherche de la réponse thérapeutique la plus appropriée. Celle-ci peut aboutir à des prescriptions médicamenteuses lourdes et non dénuées d'effets secondaires.

Dans ce premier quadrant, le registre épistémologique est celui de la rationalité: il ne s'agit pas de comprendre la douleur dans ce qu'elle fait vivre à l'individu, mais plutôt de l'analyser dans ses composantes « objectives », dans les éléments physiologiques de cause à effet pouvant l'éclairer. Savoir que le zona est une dermatose virale permet de soulager par des antidouleurs les brûlures ressenties, mais aussi de donner un traitement antiviral à un certain type de clientèle, notamment aux personnes immunodéprimées. Dans un cabinet de consultation, recevoir un patient souffrant consistera à relier ce qu'il exprime à un tableau clinique permettant d'établir un diagnostic. Par exemple, si un patient se plaint de douleurs articulaires, le médecin cherchera à déterminer si celles-ci sont reliées à une maladie inflammatoire, à une dégénérescence due à l'âge ou encore à un comportement répétitif et inadapté.

Pour autant, la douleur est toujours celle d'un individu. On ne peut donc la réduire, si ce n'est pour les besoins de l'analyse, à sa seule dimension de fait organique. La douleur se vit, s'éprouve et s'inscrit dans la variété d'expériences, agréables ou douloureuses, faites par une personne. Par exemple, tout médecin qui administre des vaccins à des bébés a fait cette constatation: les premiers examens sont toujours calmes et sans cris en dehors de cas très rares. Par contre, lorsque le bébé a connu l'expérience d'une consultation qui s'est terminée par un geste douloureux, les examens suivants ne seront plus aussi sereins. Pensons également à la chute d'un enfant et à ce qu'elle entraîne comme douleur nociceptive. Il arrive que le parent atténue la douleur en faisant un baiser sur la zone lésée. La réalité physiologique oblige à dire que la stimulation de certaines fibres ou terminaisons nerveuses cutanées entraîne un effet de blocage de l'information douloureuse au niveau spinal (c'est ce que nous évoquions précédemment avec le premier niveau de contrôle de la moelle épinière), même si l'opinion commune donne généralement une explication psychologique et relationnelle à ce réflexe face à la douleur de l'enfant. Ce « réflexe » spontané est cependant porteur d'une vérité importante: un inconfort sera plus difficile à supporter lorsqu'il persiste longtemps et colore toute la vie quotidienne (Beaulieu, 2011). Au contraire, le fait de ne pas laisser l'expérience douloureuse se prolonger dans le temps, d'en diminuer l'empreinte négative, souligne combien la mémoire est bien une partie intégrante de la douleur ressentie. Tout ce qu'un individu éprouve s'inscrit dans la somme des expériences qui constituent son histoire personnelle et devra donc être pris en compte dans l'écoute et dans le type d'intervention choisi (Gadamer, 1998; Le Breton, 1995). Pour les enfants atteints de cancer souvent soumis à des traitements répétés,

la peur d'avoir mal, l'anticipation de la piqûre viennent amplifier la douleur effective, perturbant parfois les petits patients plusieurs jours avant leur venue à la clinique d'oncologie. La recherche dans ce domaine montre que dans l'accompagnement des procédures de soin, les méthodes distractives sont particulièrement efficaces avec les enfants de moins de 7 ans (Schechter, 2007). Plus les jeunes sont impliqués dans la diversion, qu'elle qu'en soit la nature, plus faible est la douleur ressentie (Cohen, 2005). Ainsi, la visite des clowns thérapeutiques, qui combinent l'élément de divertissement en sollicitant l'implication de l'enfant dans le jeu, permet de soulager l'appréhension entourant la visite chez le médecin et contribue plus largement à déconstruire l'association effrayante entre douleur et hôpital (Vinit et Patenaude, 2013).

### 3. LA DOULEUR DU POINT DE VUE DU « JE »

Le quadrant supérieur gauche du modèle de Wilber, adapté au phénomène de la douleur, permet de l'aborder comme un ressenti individuel. La douleur est alors appréhendée du point de vue de celui qui l'éprouve, comme une expérience ayant une composante émotionnelle (ce qui est vécu en termes de détresse, d'impuissance, etc., lorsque le patient a mal) et cognitive (l'ensemble des croyances, issues de son histoire passée, qui ont été intériorisées à l'égard de ce qu'est la douleur pour lui). Cette façon de voir n'oppose pas la souffrance psychologique aux composantes physiques. Elle montre au contraire que la douleur affecte toujours l'individu d'une façon double : dans sa relation au monde comme dans son rapport à soi.

D'un point de vue clinique, ce quadrant vient rappeler au médecin que le patient ne cherche pas seulement à être soulagé mécaniquement ; il tente aussi d'établir une conversation où il partage ce qu'il vit. La douleur échappe ici aux seuls organes pour devenir souffrance, appel au soutien d'autrui : « Une déchirure s'ouvre entre le vouloir dire et l'impuissance à dire. Et c'est dans cette faille que le vouloir dire se forge néanmoins le chemin de la plainte » (Ricoeur, 1994, p. 3). Le soignant a la difficile tâche de ne pas se dérober devant ces expressions de souffrance qui déstabilisent souvent, surprennent parfois, mais permettent de rejoindre l'autre au cœur de son humanité, miroir des fragilités et forces présentes en chacun.

Prenons l'exemple d'une patiente âgée de 16 ans qui présente une douleur thoracique. Après des tests à l'hôpital montrant l'absence de problèmes particuliers, le médecin traitant découvre – après une discussion approfondie avec la patiente – que les douleurs s'expliqueraient en fait par l'imminence de l'anniversaire de la mort d'un ami décédé d'une crise cardiaque il y a maintenant quelques années. Si la douleur ressentie est bien du domaine de « l'objectif » selon la patiente (et le corps soignant

est bien entendu tenu éthiquement de bien entendre la plainte formulée), l'analyse que le soignant doit faire de cette plainte mène à la capacité de faire le lien avec le ressenti et l'histoire de la patiente. Il s'agit donc non seulement d'accueillir la plainte de l'autre sans juger, mais surtout d'ouvrir un dialogue dans lequel les éléments utiles au diagnostic vont pouvoir émerger et possiblement amener le patient à une réflexion sur lui-même et sur le sens qu'il peut donner à sa douleur : « En osant une parole, l'homme ouvre une faille dans l'absurdité du monde et dans l'idée qu'il s'en fait. En reconnaissant l'impératif de la parole, l'homme souffrant reprend pied dans son histoire humaine » (Mallet *et al.*, 2012, p. 27).

#### **4. LE POINT DE VUE DU « NOUS » : L'INSCRIPTION SOCIALE DE LA DOULEUR**

Il est également possible d'aborder la douleur du point de vue du « nous objectif » (quadrant inférieur droit) dans les structures sociales qui la prennent en charge. La douleur est ici en lien avec les formes de systèmes médicaux, les réseaux et informations existant à disposition du patient, les assurances du pays et toutes les données environnementales qui peuvent influencer la définition et la gestion de la douleur. L'expérience faite par le patient va s'inscrire dans un environnement donné qui peut favoriser ou au contraire rendre difficile la gestion de ce qui fait mal.

La souffrance, si l'on en croit Ricœur (1994), induit une diminution de notre capacité d'agir et une fermeture de l'horizon des possibles de notre existence. C'est donc bien dans l'être ensemble, dans le lien concret avec autrui, que se joue un des enjeux majeurs de la souffrance. Les lieux du collectif qui sauront la recevoir apparaissent ici comme des éléments essentiels.

Lorsque la sensibilité nerveuse de l'enfant prématuré n'était pas prise en compte, les dispositifs des services de néonatalogie ne se préoccupaient pas de l'influence que pouvaient avoir sur le système nerveux du nouveau-né la lumière, l'intensité du bruit ou les interventions répétées. Les approches mises en œuvre actuellement cherchent au contraire à atténuer toute source de stress ou d'inconfort pour ces bébés qu'on sait être particulièrement sensibles (Fresco, 2004).

La logique organisationnelle des établissements de santé peut donc être à l'origine d'une forme de souffrance pour les patients, lorsque la gestion recouvre le vécu personnel ou encore lorsque les protocoles empêchent la rencontre humaine. Les travaux du sociologue américain Erving Goffman (1968) sur les asiles psychiatriques constituent une illustration extrêmement pertinente de la violence institutionnelle et de la souffrance qui en résulte pour les « reclus ». Ces souffrances constituent des expériences que les soignants ont parfois du mal à se représenter, tant

ils se sont identifiés à la technicité de leur geste. En voici un exemple : lorsque qu'un patient effectue une demande de pistolet ou de bassin pour se soulager, il doit prendre en compte que le délai de réponse du soignant à ce coup de sonnette est inconnu. Ceci crée la sensation un peu gênante de se poser pour satisfaire un besoin. De plus, un deuxième coup de sonnette doit être donné afin d'avertir de la bonne exécution de la tâche, impliquant une nouvelle attente pour retirer l'instrument. Pensons aussi à l'anonymat d'un lit d'hôpital, où le patient a perdu son statut social et professionnel ; il demeure allongé alors que les soignants sont debout, ce qui peut réactiver une situation d'impuissance ou, encore, nourrir le sentiment d'un rapport de pouvoir déséquilibré (Vinit, 2007).

Prenons un autre exemple : celui des aînés. Les structures mises en place pour les accueillir sont également à l'origine d'une forme de souffrance que l'on peut qualifier de sociale. En premier lieu, mentionnons l'implantation des établissements accueillant cette tranche de la population dans des endroits souvent distants des centres-villes ne permettant que peu l'intégration de ces personnes dans le tissu social de la ville (c'est particulièrement vrai pour l'Europe). De plus, le manque d'équipements adaptés pour les personnes âgées (comme des bancs publics autorisant une station de repos lors de promenades) est criant. On peut évoquer également le manque de transports en commun pour ces lieux de résidence. Enfin, la quasi-absence d'endroits de réception individuelle dans ces milieux de vie (en dehors de la chambre) est aussi une réalité ne permettant pas une réelle intimité familiale ou amicale.

## **5. LES VALEURS, SIGNIFICATIONS ET INFLUENCES CULTURELLES AUTOUR DE LA DOULEUR**

Dans le dernier quadrant, situé dans la partie inférieure gauche de notre modèle, la douleur peut être vue d'un point de vue collectif et subjectif dans les croyances culturelles qui influencent le vécu et les convictions personnelles des individus. Les données anthropologiques, le sens donné à la douleur par la culture, la manière dont elle invite ou non à son expression sont ici au centre de l'analyse. Pour une femme d'une société dite traditionnelle, la douleur de l'accouchement est liée à l'expérience de donner la vie et possède un sens initiatique puisqu'elle permet à la future maman de s'appuyer sur un ensemble de rites la mettant en contact avec sa propre force et celle de sa lignée. Dans le contexte d'une société industrialisée, le fait d'accoucher sans péridurale est au contraire souvent considéré comme une aberration, puisque justement la médication permet de soulager la douleur existante (Le Breton, 1995). Cet événement, pourtant central dans la vie des femmes, manque d'inscription dans une ritualité sociale pouvant contenir l'expérience et lui donner sens.

Au sein de ce quadrant, la question du sens devient essentielle. Ce dernier est bien sûr éminemment personnel, mais il se construit également sur la base des valeurs, discours collectifs et représentations du monde d'une culture donnée. Le sens que prend pour nous un événement peut aider à le traverser : la culture fait office d'enveloppe collective permettant de contenir les questions, angoisses et manques. Par exemple, une patiente vivant une anxiété généralisée à la suite du décès de son père, qu'elle a l'impression d'entendre et de voir, se fait dire par le pasteur de son église baptiste qu'elle est en « état d'ouverture » en raison du deuil et que les âmes défuntes peuvent plus facilement la contacter (Béguet, 2011). Le sens donné à cette expérience a un effet apaisant sur la patiente, qui se voit accueillie dans une compréhension sans jugement de ce qu'elle vit. Ses symptômes disparaissent progressivement au cours de l'année, tandis que son expérience est contenue et acceptée par son entourage. Un diagnostic de bouffée délirante, posé dans un cadre psychiatrique, et résolu par une prise de neuroleptiques aurait sans doute soulagé autrement la douleur de cette femme. Ainsi, une grande précaution dans l'accompagnement du patient, dans la manière de le réinscrire dans un contexte signifiant pour lui, au-delà de la prise en charge médicamenteuse, demeure nécessaire.

La réflexion sur la culture comme contenant premier d'une société ne peut passer sous silence l'influence grandissante des avancées techniques et ce qu'elles rendent possible dans le réel des individus. Toute une part de la souffrance sociale trouve ainsi une réponse technique permise par les progrès actuels. Dans des collectivités traditionnelles ou même dans les sociétés occidentales il y a quelques dizaines d'années, la douleur de la stérilité par exemple pouvait trouver un sens (malédiction, autre rôle que celui de mère donné à une femme) permettant de la supporter ou même se voir proposer une solution sociale (adultère autorisé au moment du carnaval, don d'un enfant par une sœur qui en avait déjà plusieurs, etc.) (Fernandez, 1992). Ce n'est que récemment, parce que nous avons les capacités scientifiques de la contourner, que l'infertilité est devenue un problème médical, confié aux cliniques de procréation. Sans dénier les difficultés, voire la souffrance, que connaissent les couples devant la non-venue d'un enfant désiré, une réponse purement « technique » (permettre l'insémination par exemple) comporte aussi le risque de masquer l'ampleur de la détresse des couples qui y font face. Si la consultation psychologique est souvent imposée comme une étape nécessaire de la fécondation *in vitro*, elle ne remplace pas l'accompagnement global de l'infertilité, dans ce qu'elle met en question de la représentation de soi (comme femme, comme homme et comme couple). Le fait que le processus de procréation assistée réussisse, que l'enfant soit là, ne suffit pas à effacer le vécu psychique et social des couples infertiles.

## CONCLUSION

Les soignants, sans le rechercher (ni le souhaiter le plus souvent), se trouvent dans la situation de prise en charge d'une douleur globale. Les multiples compétences qu'une telle tâche demande invitent à un travail multidisciplinaire ainsi qu'à la nécessaire humilité qui en découle.

L'évaluation de la douleur fait partie de la gestualité technique. Elle est notée dans le dossier du patient, mais elle ne peut pas se résumer à une cotation sur une échelle, même si cela s'avère nécessaire. Des réponses technologiques et pharmacologiques sont souvent adressées à des problématiques humaines complexes qui ne peuvent être « réglées » de manière univoque. Une approche globale devra au contraire appréhender la douleur de la manière la plus complète possible : que ce soit dans les réponses techniques et médicamenteuses, dans l'éprouvé du patient, dans les lieux où il peut être soulagé, mais aussi sur le plan des arrière-plans historiques et culturels qui influencent son vécu individuel autant que l'écoute qu'il peut recevoir dans le social.

La douleur est plurielle et touche ainsi à tous les quadrants de la réalité humaine (Wilber, 2007), chacun comportant son lot de défis : 1) continuer la recherche des traitements pharmacologiques de la douleur ; 2) développer la formation des soignants et améliorer les lieux qui permettent une approche globale de la douleur ; 3) mieux comprendre la douleur dans ce que dit de lui-même le patient, et dans 4) ce qu'elle induit dans son rapport à l'autre.

Enfin, la souffrance qui conduit au cœur de l'injustice, de la maladie grave ou de la pathologie incurable est sans doute la plus difficile. Souffrance éminemment existentielle qui renvoie les soignants à leurs propres questionnements et valeurs, mais aussi à l'impossibilité ultime d'une réponse. Il n'est pas question ici d'administrer une possible médication, mais d'accueillir l'autre, dans le lien d'humanité qui nous relie, sans pour autant vouloir gommer son propre sentiment d'impuissance : pourquoi certaines tragédies ont-elles lieu ? Comment accueillir la détresse de parents qui ont perdu un enfant ? Comment rester présent aux questionnements d'un homme atteint du cancer qui se demande pourquoi la maladie « lui est tombé dessus », alors qu'il avait un mode de vie sain et « n'a jamais fait de mal »... ?

L'absence de réponse ouvre un espace de rencontre véritable : connaître l'autre dans ce qu'il a de plus vulnérable est la « retrouvaille » d'un autre soi-même, dans la proximité sans fard de l'existence des hommes. Lorsqu'il a mal, lorsqu'il doute et ne sait pas, l'autre nous appelle à cette qualité qui a donné son nom au terme même d'hôpital. L'hospitalité n'est-elle pas la capacité de se faire l'hôte, pour quelques instants, de celui qui souffre, de l'accueillir et de prendre soin de lui ?

## RÉFÉRENCES

- BEAULIEU, P. (dir.) (2011). *La douleur chronique: une approche interdisciplinaire*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.
- BÉGUET, V. (2011). «Psychopathologies et expériences non ordinaires: différences et enjeux», communication présentée à l'occasion du colloque *Le non-ordinaire en psychologie*, Université du Québec à Montréal, 19 mai.
- COHEN, L.L., R.S. BERNARD, C.B. McCLELLAND et J.E. MacLAREN (2005). «Assessing medical room behavior during infants' painful procedures: The measure of adult and infant soothing and distress (MAISD)», *Children's Health Care*, vol. 34, n° 2, p. 81-94.
- FERNANDEZ, H. (1992). *La stérilité*, Paris, Presses universitaires de France.
- FOUCAULT, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard.
- FRESCO, O. (2004). *Entendre la douleur du nouveau-né: aux confins de l'oubli*, Paris, Belin.
- GADAMER, H.-G. (1998). *Philosophie de la santé*, Paris, Grasset.
- GOFFMAN, E. (1968). *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Minuit.
- LE BRETON, D. (1995). *Anthropologie de la douleur*, Paris, Métailié.
- MALLET, D., en collaboration avec les docteurs G. HIRSH, S. OLIVEREAU, N. BEGAT, F. CHAUMIER et V. DUCHÊNE (2012). *Pratiques soignantes et dépenalisation de l'euthanasie*, Paris, L'Harmattan.
- MELLIER, D. (2005). *Les bébés en détresse. Intersubjectivité et travail de lien: une théorie de la fonction contenant*, Paris, Presses universitaires de France.
- MOREAU, N. et F. VINIT (2007). «Empreintes de corps: éléments de repères dans l'histoire de la médicalisation», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, n° 2, p. 34-45.
- QUENEAU, P. et G. OSTERMANN (2004). *Le médecin, le malade et la douleur*, Paris, Masson.
- REY, R. (2011). *Histoire de la douleur*, Paris, La Découverte.
- RICCEUR, P. (1994). «La souffrance n'est pas la douleur», *Autrement*, vol. 142, p. 58-69.
- SCHECHTER, N.L., W.T. ZEMPSKY, L.L. COHEN, P.J. McGRATH, C.M. McMURTRY et N.S. BRIGHT (2007). «Pain reduction during pediatric immunizations: Evidence based review and recommendations», *Pediatrics*, vol. 119, n° 5, p. 1184-1198.
- VINIT, F. (2007). *Le toucher qui guérit. Du soin à la communication*, Paris, Belin.
- VINIT, F. et H. PATENAUE (2013). «Impact de l'accompagnement par un duo de clowns thérapeutiques lors d'une situation de procédure de soin intrusive chez un enfant», communication présentée à l'occasion du 81<sup>e</sup> Congrès de l'ACFAS, Québec, mai.
- WILBER, K. (2007). *Integral Spirituality. A Startling New Role for Religion in the Modern and Postmodern World*, Boston, Integral Books.



**DE LA SOUFFRANCE DES LUNES**

Florence Vinit

*Ça y est, j'ai senti un peu de sang sortir. Merde.  
Tu aurais pu le changer juste avant, non?  
Je ne sais pas où sont les cabinets dans cette maison.  
Ce n'est pas la catastrophe, une goutte de sang  
sur une robe de femme. À douze ans, oui, ça méritait  
que tu rentres chez toi, joues écarlates, au milieu de la  
journée d'école parce que tu avais taché ton pantalon...  
mais les gens pourraient s'habituer, non?  
Depuis les milliers d'années que ça arrive  
tous les mois à la moitié de l'humanité,  
et on réagit toujours comme si c'était anormal.*

Nancy Huston, *Les variations Goldberg*

S'intéresser aux liquides corporels n'est pas fréquent dans le monde de la recherche. Le sang, par exemple, fascine autant qu'il fait peur : la blessure dévoile un monde caché, celui de la vie qui circule silencieusement sous l'enveloppe de peau. Les enfants témoignent de cet intérêt mêlé de crainte lorsqu'ils regardent le liquide rouge sortant de leur corps après s'être égratignés ; ils vont parfois jusqu'à le lécher pour en connaître le goût ou le mélangent dans leurs serments d'amoureux.

Le sang menstruel est pour sa part un écoulement plus secret, tabou traversant toutes les cultures. Si la compréhension physiologique des menstruations s'est accrue tout au long du <sup>XX</sup><sup>e</sup> siècle, permettant une

parole sociale et individuelle plus ouverte sur le phénomène, les règles restent encore aujourd'hui marquées de nombreux préjugés (Mardon, 2009, p. 112): que ce soit à travers la gêne exprimée par les femmes à l'égard de cet événement mensuel, l'incitation à supprimer les menstruations par de nouvelles formes de contraceptifs oraux ou la représentation du sang par un liquide bleu clair dans les réclames publicitaires...

Dès les années 1880, certains artistes font des fluides corporels la matière même de leur œuvre: les Incohérents présentent des aquarelles à la salive, tandis que les actionnistes viennois ou les tenants de l'art corporel utiliseront sang, urine et excréments quelques années plus tard. À partir de 1960, les féministes américaines poursuivent le mouvement en introduisant le sang des règles dans leurs créations: elles interrogent les stéréotypes dont le sang fait l'objet et revendiquent l'importance du flux menstruel dans la vie des femmes, en opposition avec le discours médiatique vantant la maîtrise des écoulements et la quête de pureté.

Les règles constituent ainsi une marque paradoxale, puisqu'elles attestent le sexe féminin sur le plan individuel, tout en étant souvent soustraites au regard social, dans leur réalité concrète ou dans le discours subjectif à leur sujet. Le sang menstruel se trouve donc à l'intersection d'un fait biologique (l'écoulement concret d'un liquide corporel tous les mois), d'un vécu subjectif (l'expérience de la femme ayant ses règles), d'un ensemble de valeurs culturelles donnant un sens collectif au phénomène, mais aussi de codes, objets et traitements sociaux développés autour du sang des femmes. Nous croiserons ces quatre perspectives sur les menstruations en utilisant certaines œuvres artistiques comme révélatrices des enjeux sociaux et culturels dont le sang menstruel fait l'objet. En nous appuyant sur des entrevues faites avec des femmes qui ont leurs règles, dans le cadre d'une recherche phénoménologique sur l'expérience menstruelle, nous verrons comment les menstruations apparaissent comme un point de rencontre d'une souffrance physique, psychologique et culturelle, dans laquelle la spécificité du vécu féminin se trouve souvent déniée.

## 1. SOUFFRANCE CULTURELLE ET TABOU MENSTRUEL

Le terme « menstruel » apparaît dans le dictionnaire en 1265 et tire ses racines du mot latin *mensis*, qui signifie mois lunaire. Au pluriel, *menses* désigne par extension « l'époque des femmes ». On retrouve cette même origine dans le mot « règles », qui désigne ce qui régule le temps féminin. L'étymologie indique quelque chose qui s'impose, dont on ne peut dévier: les règles, phénomène biologique apparaissant à la puberté et finissant à la ménopause, « régissent » donc la vie des femmes. Pour Graham (1981), elles sont l'événement le plus stable ayant lieu dans la vie des êtres vivants depuis le commencement de l'humanité.

L'attente du sang des règles est au cœur de l'expérience des femmes tout au long de leur vie. La venue des règles rassure l'adolescente sur la « normalité » de son corps, attriste la jeune femme qui espère être mère, annonce par son délai ou son interruption l'entrée dans un nouveau cycle pour la femme ménopausée. Le sang est à la fois sécurisant, par la périodicité de son retour, mais aussi inquiétant, par la « fracture du quotidien » (Morin, 1982, p. 92) qu'il incarne. Il fait rupture autant par sa présence que par la possibilité de son absence (et ce qu'elle désigne alors comme événement – grossesse, ménopause, maladie possible). Marie Cardinal, dans son beau roman *Les mots pour le dire* (1975), témoigne de la découverte captivante de ce sang venant du plus profond de soi :

Les gouttes de sang s'écrasaient et se diluaient un peu dans l'humidité de la faïence blanche, elles avaient fini par se faire un mince chemin sinueux jusqu'à la vidange. Cela m'occupait de voir le travail du sang sorti de moi, je pensais qu'il avait maintenant une vie qui lui était propre, qu'il découvrirait la physique des choses de la terre, le poids, la densité, la vitesse, la durée (p. 25).

Cette répétition des menstruations s'accompagne dans le social d'un tabou généralisé : l'ensemble des traditions règle en effet de manière très précise les contacts possibles de la femme indisposée. Dès l'Antiquité, on décrit le sang menstruel comme un élément maléfique susceptible de ternir l'éclat des miroirs, d'émousser le tranchant du fer ou de noircir le lin mis à bouillir (Pline l'Ancien, cité et traduit par Verdier, 1979). Au Moyen Âge, le sang des règles est perçu comme un liquide corporel particulièrement dangereux, ingrédient favori des rituels de sorcellerie. De même, la plupart des religions contrôlent précisément les écoulements de sang des femmes : dans la religion juive, les lois de Nidda soustraient les périodes des menstruations et les suites de couches aux relations sexuelles ; chez les musulmans, les règles empêchent tout contact extérieur avec le sacré (réciter une prière, entrer dans une mosquée, etc.). Dans l'Église orthodoxe, les femmes menstruées ne sont pas autorisées à communier (Célérier, 2005), tandis que les traditions du bouddhisme japonais et de l'hindouisme interdisent à la femme qui a ses règles de s'occuper des temples ou de participer à la vie familiale.

Il est intéressant de constater que les préjugés populaires portant sur les règles se verront renforcés par un discours médical qui ignore jusqu'au début du xx<sup>e</sup> siècle le fonctionnement et la composition du liquide menstruel. Le danger que représentent les femmes indisposées se voit ainsi validé par la théorie du docteur Schick en 1920 : observant que les fleurs fanent lorsqu'on les offre à une femme qui saigne, il en déduit que la peau féminine produit lors des règles des ménotoxines, susceptibles d'affecter l'environnement de toutes sortes d'effets négatifs (Le Naour et Valenti, 2001, p. 7). Cette assimilation du sang à une substance toxique,

que les règles permettraient d'éliminer périodiquement, reprend la théorie hippocratique des humeurs, qui définissait la santé comme un équilibre des fluides et préconisait les saignées pour expulser les éléments en excès. Ce sang déchet, potentiellement maléfique, justifie également l'interdiction des relations sexuelles pendant les règles, le contact avec ce sang particulier qu'est le sang menstruel étant une source de microbes particulièrement dangereuse aux yeux des médecins (Houlnick, 1926, p. 105).

Une première couche de l'interprétation fait ainsi du sang menstruel une forme de poison, substance vénéneuse capable d'infecter l'environnement. Le terme de venin n'est d'ailleurs pas anodin puisque certains mythes traditionnels expliquent l'apparition des premières règles par une relation nocturne avec un serpent. Cette association mythique du sang des règles avec une première défloration reptilienne se retrouve dans le discours théologique du Moyen Âge pour lequel le retour périodique du sang est un rappel de la faute primordiale d'Ève. Ce corps féminin perdant du sang à répétition révélerait par là une imperfection ontologique, faiblesse morale de la première femme incapable de résister à la tentation du serpent, autant que défaillance physique d'une plaie corporelle impossible à étancher. Par analogie, le terme de « mensualités » désignera le flux menstruel, mais aussi la somme payée chaque mois en règlement d'une dette (Amir, 1993).

Lorsque les progrès en microbiologie amènent à mieux connaître la nature du sang des règles, les menstruations restent encore associées à une série de troubles psychologiques que certains médecins vont commencer à classer. À la suite d'Esquirol, un des premiers aliénistes à associer les menstruations à la manie, le docteur Icard développe une typologie de huit « psychoses menstruelles », allant de la pyromanie à la nymphomanie jusqu'aux tendances suicidaires. Commentant les travaux du médecin, Le Naour et Valenti (2001) notent que la kleptomanie menstruelle se moque des différences de classe et touche toutes les femmes, « y compris les dames de la bonne bourgeoisie, souvent surprises la main dans le sac aux comptoirs des grands magasins : comme les autres, elles aussi sont soumises aux lois de l'espèce » (p. 33). Cette folie incontrôlable induite par les menstruations alimente les débats de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle sur l'irresponsabilité pénale de la femme indisposée : « Le médecin expert, s'il est appelé à se prononcer sur l'état mental d'une accusée dont l'action reste inexpiquée ou laisse présumer une perversion des sens, devra donc, toujours, porter son attention sur la fonction menstruelle » (Schwob, cité par Le Naour et Valenti, 2001, p. 36).

Dans notre société contemporaine, le discours médical sur le sang menstruel reste prédominant. Liquide biologique composé de débris sanguins, de tissus provenant de l'endomètre, mélangé à des sécrétions vaginales et cervicales, les règles sont avant tout décrites à travers leurs

effets négatifs: syndrome prémenstruel (diagnostiqué pour la première fois en 1931<sup>1</sup>), dysménorrhées, variations hormonales du cycle féminin, migraine, fatigue, crampes, etc., et autres états psychologiques propres à cette période (irritabilité, anxiété et dépression, etc.). Peu d'autres paroles sur l'expérience du sang sont à disposition des jeunes filles et des femmes tout au long de leur vie. La douleur elle-même est souvent rapidement balayée par la prescription d'anti-inflammatoires sans qu'on cherche ce qu'elle peut venir exprimer de son histoire familiale ou de l'héritage de sa lignée (Flaumenbaum, 2006). L'existence de maladies comme l'endométriose, qui se traduit souvent par de très fortes douleurs menstruelles, est également sous-diagnostiquée, lorsqu'elle n'est pas assimilée à une forme d'hystérie. À travers la domination d'un point de vue scientifique sur un événement touchant la moitié de la population, c'est toute une partie de l'expérience subjective des femmes qui se trouve passée sous silence. Il ne s'agit pas ici de faire l'apologie de la douleur menstruelle, mais bien plutôt d'interroger le biais culturel dont le sang des femmes fait l'objet, et ce qu'il peut entraîner comme manque d'écoute, d'accueil, de parole et de recherche autour de ce thème.

## 2. DU VÉCU SUBJECTIF À L'ENGAGEMENT ARTISTIQUE : ENTRE DOULEUR ET REVENDICATION

Taboues, gênantes, physiquement douloureuses, considérées comme essentielles ou inutiles, les menstruations condensent les représentations et le vécu dont le corps féminin fait l'objet. La discrétion, la gêne, l'impossibilité à faire entendre leur douleur, voire la honte dont les femmes témoignent encore souvent par rapport au fait de parler ouvertement de leurs règles, ont des racines profondes dans la psyché collective.

Dans le cadre d'une recherche portant sur l'expérience des règles chez des femmes adultes sans pathologie gynécologique, six entretiens de type phénoménologique ont été réalisés. Ces entretiens visaient à entrer de manière approfondie dans l'expérience personnelle des femmes quant à leur vécu de ce moment mensuel. Interrogées sur leur rapport à leurs menstruations, plusieurs participantes évoquent la pudeur qu'elles éprouvent à ce moment du mois: *«J'veux dire, je cachais mes serviettes sanitaires et tout ça... j'trouve ça plate.»* Les menstruations sont quelque chose de secret, dont il est difficile de parler – *«Je sais pas si j'avais honte... mais c'était comme si c'était tabou»* –, le malaise pouvant porter sur le terme même de règles: *«Ce mot, pour moi, c'est quelque chose qui est un peu dur*

1. Voir Frank (1931).

à prononcer, surtout pendant mon adolescence probablement, mais même dans ma jeune vingtaine je me sentais gênée par rapport à ça, mais je me suis forcée à le prononcer.»

Dans le discours subjectif des femmes interrogées, les menstruations sont décrites comme une période particulière, véritable défi pour celle qui les vit : «*C'est quand même une petite épreuve, là le premier jour.*» «*J'essaye de pas trop déprimer par rapport à ça, de faire en sorte que ces angoisses-là ne prennent pas le dessus, parce que j'ai l'impression que ça va plus empirer les choses si jamais la douleur arrive.*» «*Je me dis : si je passe à travers aujourd'hui, sans douleur, j'espère que ça va bien se passer.*»

Pour certaines, les douleurs sont particulièrement violentes et éprouvantes : «*Je suis tendue, je souffre énormément, je me tords de tous les côtés.*» Elles vont parfois jusqu'à changer la perception que les femmes ont de leur propre corps et limitent l'organisation des journées : «*C'est vraiment des douleurs qui m'immobilisent, qui m'empêchent de mener mes activités.*» «*Sachant que le deuxième jour va être dur, je regarde qu'est-ce que j'ai à l'horaire, j'espère ne pas avoir de travail intellectuel à faire.*» «*Ca me coupe vraiment ma journée même si je prends des [médicaments] ou des choses comme ça.*»

Une des craintes récurrentes mentionnées par les femmes est celle de laisser voir qu'elles ont leurs règles. Dans le très beau roman de Nancy Huston, *Infrarouge* (2010), l'héroïne décrit avec une grande force l'expérience commune de milliers de femmes, surprises par l'arrivée de leurs règles :

Zut et flûte, peste-t-elle, ce n'est pas le moment. J'ai eu pleinement et écarlatement mes règles voici quinze jours à peine, elles n'ont pas le droit de venir me persécuter jusqu'en Toscane, je n'ai pas apporté de tampon. Qu'ont-ils mes ovaires à déconner de la sorte? (p. 184).

Ce témoignage rejoint la description de Marie Cardinal (1975, p. 25) selon laquelle la femme est comme un être «*troué*», vivant dans la crainte permanente de laisser des taches derrière elle ou de ne pouvoir échapper à la pénétration imposée par l'autre. Dans le domaine des arts visuels, la sculpture *Train* (1993) de Kiki Smith dévoile de la même manière un corps immaculé, qui ne parvient pas à retenir les milliers de perles de verre rouge sortant de son corps en un long filament visqueux. L'écoulement du sang renvoie ainsi à une ontologie de la blessure, marquant le corps féminin du sceau de la fragilité.

Au risque de laisser des taches s'ajoute celui de se dévoiler par les odeurs. Une participante de la recherche phénoménologique mentionnée plus haut parle de ce thème en ces termes : «*Des serviettes j'en achète, mais j'ai l'impression que cette odeur de sang tout le monde peut la sentir tellement ça sent fort.*» Le sexe féminin apparaît ici comme celui qu'on ne voit pas,

toujours à risque de petites manifestations extérieures d'autant plus inquiétantes qu'elles viennent du dedans du corps et qu'elles ne sont pas contrôlables. Pourtant considérée comme une figure de proue du féminisme, Simone de Beauvoir (1949) décrit le caractère mystérieux de ce sexe féminin, à la vie secrète et humiliante :

Tandis que l'homme « bande », la femme « mouille » ; il y a dans le mot même des souvenirs infantiles de lit mouillé, d'abandon coupable et involontaire au besoin urinaire ; l'homme a le même dégoût devant d'inconscientes pollutions nocturnes ; projeter un liquide, urine ou sperme, n'humilie pas ; c'est une opération active ; mais il y a humiliation si le liquide s'échappe passivement car le corps n'est plus alors un organisme, muscles, sphincters, nerfs, commandés par le cerveau et exprimant le sujet conscient, mais un vase, un réceptacle fait de matière inerte et jouet de caprices mécaniques (p. 65).

Lorsque les femmes artistes commencent à occuper la scène culturelle dans les années 1960-1970, leur premier acte sera au contraire de « faire voir » le sang menstruel. Cela obéit à une forme de provocation : sortir le sang du règne du secret, voire de la honte, dont il faisait l'objet, mais tout en forçant un face à face avec la peur millénaire entourant ce fluide. Judy Chicago dans *The Red Flag*, en 1971, dévoile ainsi un moment extrêmement intime de la vie d'une femme : celui du retrait d'un tampon hygiénique, rempli de sang. La lithographie a une valeur emblématique : il s'agit à la fois de soustraire le sang à l'intériorité d'un corps réel (celui de l'artiste) dans lequel il était retenu par le tampon, mais aussi de revendiquer que cet écoulement sanguin touche à l'universel, rassemble, tel un « drapeau rouge », toutes les femmes, indépendamment des rôles auxquels on les assigne, des différences de classe ou du carcan de leur éducation.

Gina Pane, dénonçant les obligations auxquelles s'obligent les femmes, expose pour sa part dans une œuvre de 1972, *Autoportrait*, les cotons de sang menstruel qu'elle a utilisés. À l'inverse de l'invisibilité sociale du sang menstruel, remplacé dans les publicités par la transparence d'un liquide bleuâtre quasi invisible, l'artiste dévoile la crudité d'une expérience muette sur la scène publique, et pourtant intrinsèque de la moitié de la population mondiale. Le sang des règles, comme le sexe féminin, appartient au registre de ce qui se montre sans se montrer. Cyndy Sherman, dans une pièce plus récente du nom de *Untitled 263* (1992), met ainsi en scène deux bassins féminins. De l'un d'entre eux, on voit sortir une ficelle. Ce fil blanc souligne l'irreprésentable du vagin féminin (qui apparaît comme un creux, contenant quelque chose qui en dépasse) en même temps que la concrétude d'un tampon désignant le sang sous le mode de l'absence, en empêchant de le faire voir dans son rougeoiement.

Si la blessure menstruelle est souffrante, c'est donc par l'impossibilité à contrôler le sang qui coule, mais aussi parce que la vue du sang renvoie fantasmatiquement à la violence. Voir le sang menstruel ramène, comme l'explique René Girard (1998), à l'effusion du sang en général, violence de la blessure et du combat implicite qui en est la cause :

Tant que les hommes jouissent de la tranquillité et de la sécurité, on ne voit pas le sang. Dès que la violence se déchaîne, le sang devient visible; il commence à couler et on ne peut plus l'arrêter, il s'insinue partout, il se répand et s'étale de façon désordonnée. Sa fluidité concrétise le caractère contagieux de la violence (p. 36).

L'écoulement du sang définit ainsi une ontologie de la blessure, le sexe blessé risquant de blesser à son tour. Par analogie avec un animal d'autant plus violent qu'il a été blessé, le sang menstruel fait du sexe féminin un lieu potentiellement agressif. Ce lieu caché dont sort du sang condense l'image d'une défloration (dont le sexe masculin sortirait vainqueur, à travers la vue du sang de l'hymen percé), mais aussi la crainte de la castration dont le pénis subirait à son tour le sort en entrant dans le vagin féminin.

La violence à laquelle renvoie le sang des règles est donc aussi celle du sexe féminin comme rappel de l'origine de tout être humain. Dans sa performance *Étude documentaire: la tête de Méduse* (1970), Orlan joue avec l'ambivalence associée autant au sexe qu'au sang des femmes: il ne s'agit pas seulement pour elle de faire voir de manière anonyme, mais aussi d'être vue en train de saigner, par des individus précis, qui sont eux-mêmes observés pendant ce moment de voyeurisme. Le dispositif expose le sexe menstrué de l'artiste que les spectateurs regardent à travers une loupe, tandis qu'une caméra filme leur visage. La performance se termine par la distribution du texte de Freud (1922) qui dit: «À la vue de la vulve, le diable même s'enfuit» (p. 49-50). Le travail d'Orlan (1998) se situe, selon ses propres mots, entre la folie de voir et l'impossibilité de voir: ce sexe qui coule renvoie à la scène primitive de la naissance (ou à celle de la conception) et souligne la fascination qu'exercent certaines images autant que l'impossibilité à leur faire réellement face<sup>2</sup>.

Dans *Mann et Frau* (1973), Valie Export réalise une performance similaire où elle associe sur le même plan la jouissance féminine (montrée à travers la caresse d'un pommeau de douche) et l'écoulement du sang menstruel filmé en gros plan. La femme est ici fontaine: baignée par l'eau du bain, mouillante de plaisir ou ruisselante de sang. L'artiste casse l'intimité de ce moment en greffant aux images un son de vomissement,

2. «Peu d'images nous obligent à fermer les yeux: celles de la mort, de la souffrance, l'ouverture du corps, certains aspects de la pornographie (pour certaines personnes), pour d'autres l'accouchement» (Orlan, 1998, p. 95).

comme si ce vagin hoquetant d'écœurement suggérait combien le réel (de la jouissance ou du sang des règles) contenait quelque chose d'insupportable. La psychanalyse a abondamment exploré cette interprétation des menstruations féminines. Le vagin denté cristallise des thèmes appartenant à plusieurs stades libidinaux :

Les règles sont un écoulement (qui peut être excrémental) de sang (qui peut être celui d'une blessure ou d'une attaque), par les voies génitales (définitivement privées de phallus et peut-être par suite d'actes sexuels incestueux et de masturbations coupables) d'une femme (érotiquement stimulée), en mesure d'enfanter (mais qui n'est pas enceinte et peut craindre de ne pouvoir pas l'être) (Racamier, 1955, p. 285-297).

La déesse Kali, en Inde, incarne parfaitement cet archétype féminin (qu'on retrouve également sous les traits de la Vierge Noire ou de Lillith, la première femme insoumise d'Adam) particulièrement menaçant, puisqu'elle saigne par son sexe et se nourrit de sang.

C'est donc le fait qu'il coule hors de soi qui rend le sang dangereux. Tour à tour *menacé* lorsque la blessure ne se referme pas et coule à flot ou *menaçant* lorsqu'il est vu et se répand au-dehors<sup>3</sup>. Les différents témoignages évoqués autant que les récits et archétypes auxquels ils renvoient témoignent de la peur dont le sang féminin fait l'objet dans notre culture occidentale. L'arsenal d'objets et les discours qui les accompagnent serviront à contenir la charge menstruelle, comme va le montrer le bref historique qui suit.

### 3. LE SANG OCCULTÉ : SOUFFRANCES DU SECRET ET DE L'EFFACEMENT

L'intolérable de la perte rouge trouve sa solution avec l'invention des serviettes hygiéniques dans les années 1880, puis avec celle du tampon dans les années 1930. Dans l'Antiquité, les femmes utilisaient des compresses de tissu, de papier ou de rouleaux d'herbes, et même des baguettes en bois entourées de coton chez les Égyptiennes de l'époque pharaonique. Il faut attendre le développement des connaissances en matière d'hygiène et l'affaiblissement du pouvoir religieux pour que l'usage des protections hygiéniques se répande. La pratique d'insérer un élément dans le vagin pour absorber le sang menstruel se heurtait en effet à de nombreuses peurs : perte de la virginité des jeunes filles, risque d'infections ou même

3. Ce qui amène d'ailleurs pour certains auteurs une lecture distinguant le sang des hommes de celui des femmes : «Le sang des hommes ignore superbement ces trajets ombreux et retors, et s'il peut être aussi porteur de maladie annonciatrice de mort, il est avant tout celui qui coule de la blessure, sang noble versé pour la patrie ou pour l'honneur. [...] Le sang des hommes n'est pas menaçant il est menacé» (Silvestre, 2005, p. 68).

crainte d'un effet érotique. À la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, les premières serviettes hygiéniques remplacent les «sacs à chiffons» lavables utilisés par les femmes ou le tablier sanitaire (sorte de rabat en caoutchouc sur lequel était épinglée une pièce d'étoffe). Le premier tampon industriel est inventé en 1936 par le D<sup>r</sup> Cleveland Haas, mais il faut attendre l'après-Deuxième Guerre mondiale pour que son utilisation se généralise: sous la pression du travail des femmes, mais aussi grâce à l'appui du monde médical, le D<sup>r</sup> Robert Dickinson publiant en 1945 un article favorisant son usage.

Les publicités insistent sur le contrôle et la sécurité qu'offre le produit, qui permet ainsi aux femmes de vivre leurs règles sans rien changer à leurs habitudes. Les protections doivent être de plus en plus discrètes, le sang se veut invisible. En témoignent par exemple les textes publicitaires suivants (Amir, 1993): «Petit tampon Nett. Pour celles qui tiennent à la discrétion» (en 1976); «Ni vu, ni connu» (Nettina, en 1976); «Vania: la sécurité en toute discrétion» (en 1984). Gisèle Amir (1993), dans une étude sur l'intimité corporelle et le discours publicitaire, montre comment

dans cette représentation, la discrétion et la sûreté du produit s'appuient sur sa technicité: haut pouvoir absorbant, nouvelle matière, nouvelle forme, nouvelle présentation rendent son emploi plus discret. Le champ lexical de la technicité justifie et renforce la trilogie discrétion-sécurité-sûreté (p. 196).

La serviette hygiénique ou le tampon les plus efficaces sont donc ceux qui se «font oublier». Il n'y a plus ici aucun temps propre aux menstruations, celles-ci se fondant dans le reste des activités quotidiennes et ne limitant en rien le sport, la piscine ou même les pratiques sexuelles des femmes. La menace pour l'ordre social que nous mettions en lumière dans l'analyse des interdits à l'égard de la femme indisposée se trouve ici gommée, du moins extérieurement, par la possibilité de masquer la présence du sang et d'ouvrir la femme à une pleine liberté: «Celui par qui le progrès arrive» (Playtex, en 1980) ou «Freedom, ça veut dire liberté» (en 1979).

Ce contrôle du sang est pourtant à l'origine d'un autre type de souffrance: celle de la pollution que représente le nombre élevé de tampons et de serviettes utilisés. Comptons 3500 protections par femme, chacune d'entre elles mettant près de 400 ans à se dégrader entièrement... Lorsqu'elles sont en plastique, ces protections rejoignent la masse des produits pétroliers très lents à se détériorer et polluant les sols. L'artiste Laëtitia Bourget, dans son œuvre *Coquillages et crustacés* (1999), expose des séries d'applicateurs plastiques de tampons trouvés le long des plages, comme une petite fille ramasserait des coquillages pour sa collection. Le tampon apparaît ici comme l'emblème d'un mode de vie et d'une pollution contemporaine passée sous silence, que l'océan élimine dans sa propre montée des eaux. Le thème des menstruations est au service d'un discours politique, dénonçant l'envahissement des protections plastiques autant

que l'absence de recherches sur l'innocuité de ces éléments pour la santé des femmes. Les serviettes hygiéniques demandent l'utilisation de matières non biologiques, soumises aux impératifs harassants d'une agriculture aux pesticides, ainsi que de produits pétroliers (chlore, par exemple) en contact direct avec les muqueuses féminines. La douleur physique relatée par les femmes rejoint ici l'enjeu environnemental, puisqu'une des causes d'une dysménorrhée sévère comme l'endométriose pourrait être une exposition à des taux élevés de xénoestrogènes à travers les produits de l'hygiène féminine plastique (Ballweg, 2003).

Cette quête de menstruations sans traces et sans effets se poursuit à l'époque contemporaine par l'invention de nouvelles pilules contraceptives qui poussent la possibilité d'effacement de toute marque organique encore plus loin. Certains chercheurs vont jusqu'à faire des règles quelque chose d'« obsolète » (Coutinho et Segal, 1999) : puisque les menstruations ont pour but d'assurer la fécondité de l'espèce humaine, mais que la reproduction est désormais contrôlable et assumée (autant par la contraception que par les techniques de fécondation *in vitro*), cette fonction biologique serait « dépassée ». On se souvient de la thèse foucauldienne sur l'entreprise biopolitique de la médecine : « Le contrôle de la société sur les individus ne s'effectue pas seulement par la conscience ou par l'idéologie, mais aussi dans le corps et avec le corps » (Foucault, 2001, p. 210). La médecine mènerait à son extrême l'entreprise de « savoir-pouvoir » à l'égard du corps en venant « guérir » le féminin de la souffrance individuelle et sociale des règles.

Les menstruations sont en effet régulièrement mentionnées dans l'histoire comme un obstacle à la participation des femmes au marché du travail ou à la vie intellectuelle : au XIX<sup>e</sup> siècle, les fluctuations d'humeur menstruelles sont vues comme un frein majeur à l'insertion professionnelle des femmes, avant que des études ne valident la thèse contraire lorsque la Seconde Guerre mondiale entraîne un besoin urgent de main-d'œuvre. Dans le Québec d'aujourd'hui, selon une enquête assez récente, « 47 % des femmes se sentent moins productives, 40 % disent que leur travail exige un effort supplémentaire pendant les menstruations » (Bérubé, 2002, p. 46). De même, plusieurs entreprises notent que les menstruations entraînent une diminution de leur productivité (Kaunitz, 2002). La revue *American Economic Journal* a même publié en janvier 2009 (Ichnio et Moretti, 2009, p. 183-218) un texte montrant que les femmes sont moins rémunérées en raison de leur cycle menstruel...

L'apparition de nouvelles pilules contraceptives entend justement lutter contre cet absentéisme menstruel. Celles-ci promettent de libérer les femmes des contraintes de leur cycle, les rendant capables de répondre à la demande d'efficacité constante exigée par les normes sociales (Périver, 2009, p. 189-194) et « réparant » ainsi l'injustice de leur faiblesse biologique.

On invoque différents types de souffrances (douleur physique, détresse psychologique, restriction de la sexualité, coût économique ou même écarts salariaux) pour justifier le développement de ces nouveaux contraceptifs. Il serait tout de même naïf de penser que la commercialisation de la pilule en continu n'obéit pas à des enjeux économiques pour l'industrie pharmaceutique. L'importance de la publicité et d'un discours rendant inutiles les menstruations contribue également à renforcer l'héritage culturel négatif à l'égard des règles en l'absence d'une autre valorisation sociale de cette expérience féminine (Amir, 1993). Notre société ne valorise pas la venue des règles et offre très peu de lieux où la conscience de son propre cycle peut être appréhendée et partagée. On est loin du roman de Nancy Huston, *La virevolte* (1994) : « Félicitations, lui dit Rachel en l'embrassant sur le front. C'est le tapis rouge que ton corps te fait pour t'accueillir dans ta vie de femme » (p. 160).

Si les obligations du complexe agroalimentaire soumettent le sol à des récoltes sans temps de jachère, épuisant à long terme les terres et rendant obligatoire l'utilisation de nombreux pesticides, le corps féminin doit lui aussi être « toujours prêt » pour les activités sportives, professionnelles ou sexuelles qu'on lui propose, sans temps mort possible. Cet impératif d'un temps linéaire n'est-il pas en train d'asservir le corps féminin aux lois de la production et du rendement, au détriment de la particularité d'un corps inscrit dans un temps cyclique ?

Le mouvement du *Keeper*, coupe de silicone utilisée pour récolter le sang des règles, qui connaît depuis une dizaine d'années un succès important, s'inscrit dans la tentative de réduire le coût environnemental du sang autant que les risques pour la santé féminine. Au temps linéaire des pilules, à la mise à distance du corps et à l'empreinte écologique des protections hygiéniques, les femmes qui utilisent la coupe menstruelle opposent une proximité avec leur corps, la revendication des règles comme une temporalité cyclique reliant la femme au rythme de la nature : « *Tu le rentres dans ton vagin puis tu le sors, ça fait en sorte que t'apprends à te connaître aussi, t'es plus proche de toi physiquement [...] tu te mets du sang sur les doigts, puis là tu te rends compte que finalement c'est pas dégueulasse.* »

#### **4. AU-DELÀ DE LA DOULEUR, LE SANG DES RÈGLES, VOIE D'INITIATION ?**

Trop fréquemment décrites dans notre culture sous le signe de la contrainte ou comme nous l'avons vu précédemment du danger, les règles pourraient aussi être abordées comme le signe d'un corps ouvert au passage, symbole de la capacité de renouvellement propre à l'existence. À travers l'effacement des menstruations, c'est en effet toute une particularité de la corporéité féminine qui est déniée. Le sang menstruel participe à un cycle individuel lui-même relié à un cycle plus général, celui de la succession

des saisons, du rythme des marées ou de la croissance de la lune. Comme la lune se fait croissant, rondeur, puis est invisible dans le ciel, la femme porte dans son corps le rythme et le passage par la perte. Cette temporalité ritualisant le vécu corporel se retrouve dans la très belle expression qui désigne les règles en chinois, *Xue Jing* (traverser les mois). Les menstruations apparaissent ici comme un passage: la femme est traversée dans son corps par le temps (comme elle l'est par l'épanchement mensuel du sang) et, simultanément, ce retour régulier du sang (jusqu'à son assèchement) lui permet de traverser le temps, de passer de la jeune femme impubère à la femme adulte puis ménopausée.

Sur la scène artistique, Laëtitia Bourget illustre de manière très belle cette répétition du sang, comme un texte écrit mois après mois. Faisant un clin d'œil au journal intime, elle expose ainsi 700 petits mouchoirs, qu'elle a auparavant pliés dans sa culotte durant ses menstruations. Cette collection d'empreintes de chacun de ses cycles incarne un véritable *Journal menstruel* (1997). Chaque mois a sa particularité, et le sang devient le témoin de la période passée. Il clôt un passage et ouvre sur un temps neuf, totalement renouvelé.

Cette scansion par le temps à même la chair féminine rejoint un schéma archétypal qui fait de la femme la gardienne du temps. Tout le travail de l'existence humaine consistant à accepter l'incarnation, le passage du temps, l'impermanence et le risque de la perte, conditions indispensables de toute fécondité, le féminin apparaîtrait dès lors comme porteur d'un savoir initiatique. Les divinités antiques des heures (Eliade, 1992) étaient en effet celles qui s'occupaient des eaux célestes, filant le fil des nuages pour provoquer alternativement la pluie ou le soleil qui feraient pousser les récoltes. Mais elles connaissaient aussi le secret des destinées individuelles, fil fragile menaçant à chaque moment d'être coupé.

La tradition juive offre de cela une belle illustration: Adam, représentation de l'être humain, est l'être qui témoigne du Souffle, par son existence de sang, c'est-à-dire par son incarnation dans la matière. Le sang devient la possibilité d'une porte (Daleth) entre les eaux du bas (Mem) et l'esprit (Aleph<sup>4</sup>). Cette porte a la même valeur numérique dans la gématrie juive que le terme de mort: l'être vivant apparaît en ce sens comme un être de sang, marqué au dedans de lui-même par la mort.

Conscience de la fragilité des choses, de la valeur de chaque instant, le sang devient porte en ouvrant le féminin à la préservation des cycles nécessaires au renouvellement de la vie. L'hébreu emploie d'ailleurs le terme de *Marzor* (rituel, venant du verbe *azora*, ce qui revient) pour désigner les règles, celles-ci désignant également un livre des prières. La prière

4. Voir *Jean I*, V, 8: «Et il y en a trois, en bas, qui sont en harmonie: l'eau, le sang et l'esprit.»

étant dans la tradition juive un appel au souvenir, la capacité de faire revenir l'alliance passée dans l'intensité du présent, la femme juive est dispensée de certaines invocations, car elle en possède le rappel à même son corps.

Parce qu'elle se laisse traverser par le sang et par la scansion d'une alternance de vie et de mort, la corporéité féminine pourrait être porteuse d'une forme d'initiation. Les femmes « ont la possibilité d'exister quand le sang coule, c'est même le signe de leur différence » (Morin, 1982, p. 33). Leur blessure est en effet paradoxale, puisqu'elle est inguérissable, sans pour autant entraîner la mort. Le mystère d'un sexe qui se renouvelle tout en saignant chaque mois, qui jouit d'un lieu qu'on ne peut pas voir, nimbe le corps féminin d'une aura dangereuse.

Il n'est pas anodin que le rouge des règles soit aussi celui du feu, à la fois comme signe incandescent de la présence divine (le buisson ardent dans la tradition juive, le corps pourpre de Vishnu dans l'hindouisme ou la robe rouge portée par Mahomet le Vendredi saint) et comme signe du pouvoir de mort conféré au bourreau. Dans le savoir traditionnel, le rouge indique une connaissance ésotérique, non immédiatement partageable : dans les cartes du Tarot par exemple, la robe rouge est dissimulée sous un manteau bleu (pour l'ermite, la papesse, l'impératrice). Dans la tradition tantrique du Cachemire par exemple, la Kali rouge était l'archétype de la puissance féminine. Sans concession, elle tranchait la gorge de ses amants qui n'étaient pas dignes de l'accompagner jusque dans les couches les plus profondes de l'extase. Ceux qui pouvaient la suivre avaient en revanche le droit de lui faire l'amour durant ses règles et de partager ainsi l'essence du pouvoir féminin.

## CONCLUSION

Les menstruations sont au croisement d'une expérience subjective fondatrice du rapport de la femme à elle-même, tout en révélant la surveillance médicale et sociale exercée de tout temps à l'égard du sexe féminin. Le contrôle du sang des femmes illustre le mouvement qui anime toute la science moderne. Cherchant à se rendre maître et possesseur de la nature, il incarne aussi la quête millénaire d'un corps virtuel, délivré de sa dimension de chair organique et périssable. Le corps féminin, par ce liquide impossible à retenir, semble venir rappeler à l'individu comme à la culture combien le fait d'être au monde exige de « consentir au corps<sup>5</sup> » (Nancy, 2000, p. 36). Le sang qui s'échappe du sexe des femmes nous parle de

5. Selon la formule de Jean-Luc Nancy (2000, p. 36), « tout le poids, toute la gravité de la pensée, qui est aussi une pesée, ne va pour finir à rien d'autre qu'à consentir aux corps (consentement exaspéré) ».

l'acceptation des cycles, du vieillissement et de la perte comme étant propres à l'existence humaine. Parce qu'«elles ont la possibilité d'exister quand le sang coule» (Morin, 1982, p. 34), les femmes deviennent grâce aux menstruations les gardiennes du temps, de la sagesse cachée dans l'alternance de vie et de la mort, de la fécondité et du laisser-aller.

## RÉFÉRENCES

- AMIR, G. (1993). «Intimité corporelle et discours publicitaire», *Communications*, n° 56, p. 191-206.
- ASHE, G. (1979). *Ancient Wisdom, Turn-bridge Wells*, Kern, Abacus Books.
- BALLWEG, M.L. (2003). *Endometriosis: The Complete Reference for Taking Charge of Your Health*, New York, McGraw-Hill.
- BEAUVOIR, S. de (1949). *Le deuxième sexe*, Paris, Gallimard.
- BÉLAISCH, J. et J.-P. ALLART (2006). «Endométriose et vécu de l'adolescence», *Gynécologie, obstétrique et fertilité*, vol. 34, n° 3, p. 242-247.
- BÉRUBÉ, J. (2002). «Les pilules en continu : pourquoi être menstruée tous les 28 jours?», *Le médecin du Québec*, vol. 37, n° 1, p. 43-47.
- CARDINAL, M. (1975). *Les mots pour le dire*, Paris, Grasset.
- CÉLÉRIER, M.-C. (2005). «Le sang menstruel», *Champ psychosomatique*, vol. 40, p. 25-37.
- COUTINHO, E. et S. SEGAL (1999). *Is Menstruation Obsolete?*, New York, Oxford University Press.
- DICKINSON, R. (1945). «Tampons as menstrual guards», *Journal of the American Medical Association*, vol. 128, n° 7, p. 490-494.
- ELIADE, M. (1992). *Initiation, rites, sociétés secrètes*, Paris, Gallimard.
- FLAUMENBAUM, D. (2006). *Femme désirée, femme désirante*, Paris, Payot.
- FOUCAULT, M. (2001 [1994]). «La naissance de la médecine sociale», *Dits et écrits II, 1976-1988*, Paris, Gallimard, p. 207-228.
- FRANK, R.T. (1931). «The hormonal causes of premenstrual tension», *Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. 26, n° 5, p. 1053-1057.
- FREUD, S. (1922). «La tête de Méduse», *Résultats, idées, problèmes, tome II (1921-1938)*, Paris, Presses universitaires de France, p. 49-50.
- GIRARD, R. (1998). *La violence et le sacré*, Paris, Hachette.
- GRAHAM, C.E. (dir.) (1981). *Reproductive Biology of the Great Apes*, New York, Academic Press.
- HOULNICK, G. (1926). *La femme et la fonction menstruelle. Hygiène de la période cataméniale*, thèse de médecine, Paris.
- HUSTON, N. (1981). *Les variations Goldberg*, Paris, Seuil.
- HUSTON, N. (1994). *La virevolte*, Arles, Actes Sud.
- HUSTON N. (2010). *Infrarouge*, Arles, Actes Sud.
- ICHINO, A. et E. MORETTI (2009) «Biological gender differences. Absenteeism and the earning gap», *American Economic Journal: Applied Economics*, vol. 1, n° 1, p. 183-218.

- KAUNITZ, A.M. (2002). «Menstruation: Choosing whether... and when», *Contraception*, vol. 62, p. 277-284.
- KRISTEVA, J. (1980). *Pouvoirs de l'horreur: essai sur l'abjection*, Paris, Seuil.
- LAHUERTA, C. (2003). «Le sang menstruel dans l'art contemporain: entre sécrétion féminine et fureurs utérines: histoire d'un héritage», dans D. Château et C. Leman (dir.), *Représentation et modernité*, Paris, Sorbonne p. 169-196.
- LE NAOUR, J.-Y. et C. VALENTI (2001). «Du sang et des femmes. Histoire médicale de la menstruation à la Belle Époque», *Clio*, vol. 14, p. 207-229.
- MARDON, A. (2009). «Les premières règles des jeunes filles: puberté et entrée dans l'adolescence», *Sociétés contemporaines*, vol. 3, n° 75, p. 109-129.
- MORIN, E. (1982). *La rouge différence ou les rythmes de la femme*, Paris, Seuil.
- NANCY, J.-L. (2000). *Corpus*, Paris, Métailié.
- O'GRADY, K. (2003). *Les menstruations sont-elles dépassées?*, Winnipeg, Réseau canadien pour la santé des femmes.
- ORLAN (1998). «Surtout pas sage comme une image», *Quasimodo*, vol. 5 («Art à contre-corps»), p. 95-102.
- PÉRIVIER, H. (2009). «Règles et cycles de l'absentéisme féminin», *Travail, genre et sociétés*, vol. 1, n° 21, p. 189-194.
- RACAMIER, P.-C. (1955). «Mythologie de la grossesse et de la menstruation», *L'évolution psychiatrique*, vol. 2, p. 285-297.
- SCHWOB, A. (1893). *Contribution à l'étude des psychoses menstruelles*, thèse de médecine, Lyon.
- SILVESTRE, C. (2005). «Sang mêlé», *Champ psychosomatique*, vol. 40, p. 65-78.
- VERDIER, Y. (1979). *Façons de dire, façons de faire. La laveuse, la couturière, la cuisinière*, Paris, Gallimard.

CHAPITRE

# 6

**DEVANT ET DANS LA SOUFFRANCE DES AUTRES**  
**DES FILS EN DEUIL DE LEUR MÈRE**  
**(ROLAND BARTHES, JEAN-FRANÇOIS BEAUCHEMIN**  
**ET DAVID RIEFF)**

Martine Delvaux et Catherine Mavrikakis

Si, comme le posent Nicolas Moreau et Katharine Larose-Hébert dans leur introduction à cet ouvrage, « le soulagement de la souffrance – voire son anéantissement – [...] sont des thèmes fréquemment évoqués par les sciences humaines et sociales », il est intéressant de penser comment la littérature et une certaine philosophie contemporaines, par leur nature, ne cherchent pas à faire disparaître la douleur, mais plutôt tentent de transmettre l'expérience de la souffrance, dans un but éthique. Il s'agit de faire entendre dans la société la plainte de l'être qui souffre, sans qu'il y ait la possibilité de faire taire celle-ci. L'espace social devient alors un lieu de résonance où il n'est pas simplement question de penser à soulager la douleur d'autrui en l'annihilant (ce qui est souvent impossible...). Il faut accueillir l'expérience de souffrance que vivent les autres, la faire sienne, dans une empathie qui permet de quitter une place convenue de voyeur dans un mode d'images. C'est à cette empathie que nous convient donc de nombreux textes littéraires actuels.

## 1. ÉTHIQUE ET REGARD SUR LA DOULEUR D'AUTRUI

Dans son essai *Devant la douleur des autres (Regarding the Pain of Others)* (2003), Susan Sontag s'interroge sur l'anesthésie des sens à l'heure actuelle : « Être le spectateur des calamités qui se déroulent dans un autre pays constitue une expérience typiquement moderne, étant l'offre accumulée depuis plus d'un siècle que nous font ces touristes spécialisés appelés journalistes » (p. 26). Faisant écho au philosophe Adorno qui, dans *Minima Moralia* (1991), dénonce comment l'information crée un « moulage, durci et réifié, des événements » qui « vient pour ainsi dire se substituer à eux » (p. 52), Sontag réfléchit sur l'impossibilité, dans le monde contemporain, d'entretenir un rapport à la souffrance des autres qui ne soit pas inauthentique et préfabriqué. Saturés par des images de toutes sortes, pouvons-nous encore regarder vraiment la brutalité et la violence faites à autrui ? Notre condition de modernes, où « le sang à la une » est valorisé et est montré aussi bien de façon documentaire que fictive dans des films et des émissions de télévision, nous rend-elle vraiment insensibles à la douleur des autres ? Est-ce que ce que nous regardons peut encore, en reprenant le titre d'un livre de l'historien de l'image Didi-Huberman (1992), nous concerner ?

C'est à une éthique de la lecture des images que Sontag nous invite en pensant à la façon de retrouver devant la douleur d'autrui reproduite de façon mécanique et pléthorique une empathie, une émotion et une envie de s'engager.

La question est d'importance, parce que la capacité de sentir la douleur d'autrui est constitutive pour la philosophie de tout rapport à l'autre. Levinas et Norès (1994), par exemple, insistent sur le fait qu'il y a une relation intrinsèque entre souffrance et altérité :

Souffrir avec autrui, souffrir pour autrui. Cela est le commencement d'une humanité difficile. Cette finalité de la souffrance est une finalité de niveau supérieur, qui n'est pas seulement animale, qui n'est pas d'accomplir jusqu'au bout mon destin de vivant. Cette finalité, c'est de souffrir pour autrui et donc l'aimer, ou plutôt aimer autrui et donc souffrir pour lui (p. 135).

Ainsi, il serait possible de conclure que l'anesthésie que décrit Sontag engage de façon radicale l'humain d'aujourd'hui dans la voie dangereuse d'une inhumanité dont il ne perçoit pas l'ampleur, puisque c'est précisément son lien à autrui qui se trouve détruit par la quantité anesthésiante des images de la douleur, alors qu'il est pourtant sans interruption témoin de la souffrance d'autrui, sur tous les écrans auxquels il peut avoir accès.

Or si l'image est pour Sontag centrale à sa réflexion sur l'anesthésie face à la douleur des autres, on pourrait se demander si toutes les représentations de la souffrance vont dans le sens de cette paralysie décrite

par Sontag. Pour beaucoup de penseurs, l'art constitue un obstacle à la banalisation et à l'anesthésie des modernes. Comme le dit Chklovski (1965 [1917]),

pour rendre la sensation de la vie, pour sentir les objets, pour trouver que la pierre est de la pierre, il existe ce qu'on appelle l'art. Le but de l'art, c'est de donner une sensation de l'objet comme vision et non comme reconnaissance; le procédé de l'art est le procédé de singularisation des objets et le procédé qui consiste à obscurcir la forme, à augmenter la difficulté et la durée de perception (p. 83).

Dans un monde basé sur la vue qui ne cesse de re-connaître ce qu'il connaît déjà et qui ne perçoit plus en la souffrance sa singularité, les arts visuels doivent s'efforcer, de façon agressive parfois, de sortir le spectateur de ce que beaucoup appellent la « zone de confort » pour le « défamiliariser » et se voient contraints à presque lui faire violence pour arriver à le « toucher », à lui faire ressentir une émotion. La « singularisation » des représentations demande que le spectateur soit malmené. Pourtant, l'image-choc reste une image qui participe de la logique de l'anesthésie, puisqu'elle travaille avec et sur l'insensibilité du spectateur en soumettant celui-ci à une dose plus grande de sensations, ce qui ne manquera pas de le « désensibiliser » pour l'avenir devant toute représentation « modeste » ou plus « raisonnable » de la souffrance. L'image de la douleur produit une véritable « addiction » où le spectateur est toujours en demande de quelque chose de plus fort sur le plan des émotions. En ce sens, nous pourrions avancer que le récit, la littérature ou encore, de façon moindre, la presse écrite sont peut-être plus propices que les images à nous placer devant la douleur d'autrui et à nous permettre de la ressentir, parce qu'il n'y s'agit pas de se tenir de façon de plus en plus violente devant la douleur des autres.

Dans un monde où les images de la souffrance circulent pour fabriquer une empathie construite comme anesthésie et où l'idéologie bâtit à l'avance des images auxquelles de bons sentiments sans résonance ou profondeur seront associés, quels sont les lieux de résistance et de création d'un lien « authentique » à la souffrance d'autrui? Où peut-on encore ressentir la douleur de l'autre sans qu'elle soit immédiatement apprivoisée et oubliée? L'information, les photographies et les reportages actuels nous permettent de nous retrouver tous en même temps sur la planète devant les mêmes images de la souffrance sans que celles-ci nous touchent vraiment. Nous avons tous vu, depuis sa parution dans le *New York Times* du 12 juin 1972, cette photo d'une petite fille brûlée au napalm qui court nue sur la route avec d'autres enfants, alors que le village vietnamien de Trang Mang vient d'être bombardé. Cette photo qui a fait le tour du monde a placé l'univers devant une image en quelque sorte « officielle » de la douleur de la guerre du Vietnam et a créé une communauté humaine basée sur l'indignation, certes, mais surtout sur l'oubli de la souffrance

qui pourtant est montrée. En cette image se condense tout ce qui devrait symboliser l'horreur de cette guerre. Pourtant, ce qui se perd à travers cette image montrée *ad nauseam*, c'est le particulier de la violence de la guerre faite précisément à cette enfant. Or beaucoup de photos, comme le montre Sontag (2003), viennent désormais nous dicter notre rapport aux événements contemporains et à la souffrance d'autrui en créant un nous collectif qui souffre de conserve et de manière convenue devant trois ou quatre événements en faisant fi de beaucoup d'autres. Cette façon d'avoir accès à la souffrance agit de telle sorte que nous nous sentons toujours dans un rapport inauthentique à la douleur d'autrui, puisque nous avons toujours l'impression de ne voir en chaque événement qu'une toute petite partie de l'iceberg de l'horreur et que nous sentons bien que chaque actualité ne fait que «représenter» tous les malheurs de ce monde, sans pouvoir en rendre compte en partie ou en totalité. En fait, tout se passe comme si nous étions à l'avance coupables de ne pas pouvoir voir autre chose dans la représentation de la souffrance qu'un symbole de toutes les souffrances de ce monde. Notre culpabilité participe de l'absence de singularité conférée aux événements. De plus, notre impuissance face aux douleurs d'autrui vient redoubler cette culpabilité à l'œuvre dans l'altérité ainsi que nous la concevons en tant que modernes. Cette contemporanéité coupable telle qu'elle nous est imposée dans notre rapport de plus en plus en parfaite synchronicité avec le déroulement des événements nous demande, il va sans dire, non seulement une volonté de retrouver, par l'art, des images qui ne soient pas préfabriquées, mais aussi de chercher à travers une fuite hors du contemporain, de l'actuel, une souffrance qui ne soit pas immédiatement digérée par le discours ambiant et qui ne puisse être d'avance avalée par le symbole qu'elle représente.

## 2. RETROUVER LE SINGULIER DE LA SOUFFRANCE

En fait, c'est à des représentations non sensationnalistes, peut-être même anachroniques, des représentations anodines et singulières, à des «vies» abîmées et «minuscules», que nous devons peut-être nous intéresser pour saisir quelque chose de la souffrance d'autrui. La pléthore contemporaine des souffrances nous empêche d'entrer en contact avec des formes de douleur qui sont moins montrables ou spectaculaires. Or c'est précisément par cette «petitesse» de la douleur qu'il faut peut-être que chaque sujet tente de défaire, voire de détruire son rapport à un nous contemporain, pour qui la souffrance est préfabriquée et n'est que la référence d'une communauté mondiale qui se fonde dans son regard peu étonné sur quelques images-chocs. C'est sur la souffrance d'un humain en particulier qui ne tient pas à faire sensation avec sa douleur que nous voudrions ici miser.

En ce sens, la souffrance du deuil et du deuil familial reste une souffrance en mode mineur qui résiste un peu au spectacle contemporain. Dans l'intimité du deuil, le particulier de la douleur peut encore se faire entendre et empêcher le général « moulé à l'avance » (comme nous l'avons dit plus haut) de la souffrance d'occuper toute la représentation. Bien sûr, cette souffrance a malgré tout beaucoup été phagocytée par les publicités pour les compagnies d'assurance vie ou encore pour les compagnies de services funéraires. De même, le drame familial où le père ou encore la mère vient tuer des membres de sa famille connaît en ce moment un engouement médiatique qui tente de faire basculer la scène privée du côté du sensationnalisme. C'est ce qui s'est passé durant l'été 2011 quand les Américains ont été tenus en haleine par le procès de Casey Anthony, accusée et acquittée du meurtre de sa fillette de 2 ans. C'est ce qui est arrivé au Québec quand le chirurgien Guy Turcotte, ce même été 2011, a subi un procès pour le meurtre de ses deux enfants. La machine du spectacle de la douleur d'autrui a absorbé la famille pour tenter de faire de la souffrance de l'enfant mort, assassiné, un moment collectif d'importance. Or la souffrance de la perte est souvent plus banale et en ce sens plus vraie que celle que rapportent les médias.

C'est cette idée de la souffrance comme image intime, comme discours qui essaie de se placer hors du spectaculaire qui semble présente dans beaucoup de récits contemporains de la perte. Si un grand nombre de textes ou de films récents ont parlé du deuil de l'enfant mort (on songe par exemple à *Tom est mort* de Marie Darieussecq [2007], à *Philippe* de Camille Laurens [1995], à *L'enfant éternel* de Philippe Forest [1998]) en essayant de travailler sur la part intime, non dicible et non représentable de la perte, nous voyons aussi surgir parallèlement de nombreuses œuvres où il est question de la mort des parents, mort qui en s'inscrivant dans la logique naturelle de la chronologie est en fait perçue davantage comme banale, non spectaculaire. C'est dans ces récits de la mort d'un parent et particulièrement dans ceux écrits par un fils sur la mort de la mère que nous espérons trouver un bon usage de la possibilité d'un regard sur la souffrance d'autrui ou d'une écoute de celle-ci.

### 3. LA PIETÀ ET SON INVERSION

S'il est une image de la souffrance du deuil familial qui est familière au monde occidental, c'est bien celle de *La Pietà*, qui porte en elle toute la douleur de la mère et l'absolu de la douleur familiale. Or, en 1499, Michel-Ange termine sa *Pietà*. Il a 24 ans. On dira que jusqu'à sa mort il n'atteindra jamais plus un tel sommet de beauté et de profondeur, peut-être parce que cette image symbolise une souffrance à la fois exacerbée et retenue.

Taillée dans un seul bloc de marbre, *La Pietà* est un jeu de surfaces (ce qu'on appelle une sculpture en ronde bosse) qui donne corps à la figure par le vêtement, le drapé. Le baroque, comme le pense Gilles Deleuze (1988), est un pli à l'infini qui rend sensible une force spirituelle sans bornes, et par là même une souffrance sans limite. Exposée dans la basilique Saint-Pierre de Rome, *La Pietà* est non seulement une montagne de plis, un drapé sans fin, mais la représentation d'une Vierge Marie éternellement jeune, tenant sur ses genoux son fils, le Christ, après sa mort. Par sa forme triangulaire, non seulement la sculpture renvoie à la Trinité, mais elle met en valeur le visage de la Vierge, faisant d'elle (et non du Christ) son point focal. C'est donc à la souffrance de Marie que nous assistons. Les mains de Marie, qui portent la signature de l'artiste, sont ouvertes : la gauche représente charité et souffrance, et la droite (qui retient le corps du fils) est un signe de force. De son visage sont absentes les marques de souffrance trop manifestes ; c'est par l'humilité face à la souffrance que cette dernière est exprimée. On voit Marie résignée, triste, mais soumise à son destin. Enfin, les deux figures sont disproportionnées : le Christ placé en position verticale serait plus petit que sa mère, et elles sont anachroniques : Marie semble aussi jeune, sinon plus jeune que son fils. Ainsi, la mère et le fils évoquent un frère et une sœur, ou un couple d'amants. Marie, mère du monde, est à la fois celle dont vient le fils et celle qui vient de lui, de telle sorte que dans cette image où sont brouillées les générations, c'est la reproduction elle-même qui se trouve détournée : cette mère qui porte sur ses genoux un jeune homme mort est-elle vraiment celle qui l'a « portée » ?

*Stabat mater*, dit-on, chante-t-on : la mère était debout, elle se *tenait* debout. La mère tient, elle est tenace dans la douleur. Elle se tient dans la souffrance, et cette souffrance est montrée, exhibée, l'exposition du fils mort redoublée par celle de la mère en peine. La mère endeuillée est-elle un calque de son fils mort, comme on dit que le deuil est une manière de prendre pour soi la mort subie par un autre ? Ou sommes-nous devant cette « casuistique des corps ambivalents » que décrit Georges Didi-Huberman (2003) dans *Ninfa Moderna*, dans laquelle la draperie joue un rôle important puisqu'elle « donne l'opérateur de conversion, l'interface subtile, quelquefois neutre, quelquefois sublime, de toutes les contradictions où jouent ensemble le *spectacle* et la *chute* des corps » (p. 39). Dans le drapé se cachent le féminin et le masculin, l'ouvert et le fermé, le pudique et l'érotique, le chrétien et le païen (Didi-Huberman, 2003, p. 36), et c'est dans ce mouvement où intérieur et extérieur sont confondus que se trouve un des sens donnés par la sculpture à la souffrance maternelle : en perdant son fils, Marie perd ses propres entrailles, l'intérieur de son propre corps, le désir et le plaisir maternels tout autant que la part masculine qui la constitue (ce que signale la gémellité) ; par la mort de celui

qu'elle a mis au monde, Marie perd non seulement un corps qui lui est extérieur, mais les traits de ce corps qui sont aussi les siens. Au final, la mère et le fils sont une bande de Möbius.

*La Pietà* de Michel-Ange donne l'impression d'un télescopage – des âges, des genres – qui servira ici de point d'ancrage à notre lecture de trois récits de deuils, des récits faits, cette fois, par des fils dont la mère vient de mourir. L'hypothèse de départ est la suivante: les récits choisis peuvent apparaître comme des *Pietà* inversées: un fils endolori tient sa mère morte entre les pages d'un livre qui lui est, en quelque sorte, dédié, récit de sa souffrance après la perte de celle qui l'a mis au monde. L'inversion est telle qu'on ne sait plus, comme chez le sculpteur italien, qui se trouve à l'origine de la vie: l'existence posthume de la mère écrite par le fils efface la ligne des générations, l'enchaînement habituel des corps, troublant ainsi le lien en insérant un rythme circulaire. C'est ce trouble – ce renversement et ce « tournant » que prend le récit de deuil – que nous explorerons ici, dans le but de saisir ce que ces fils cherchent à montrer en exposant la souffrance que leur fait vivre la mort de leur mère. Or, dans cette inversion de l'image pour toujours célèbre de *La Pietà*, n'y a-t-il pas une représentation de la douleur de la mère (par celle du fils) qui permettrait au lecteur de ressentir la souffrance de la perte? L'image de la *Stabat mater* très connue, symbolique, ne nous empêche-t-elle pas de vivre le particulier de la souffrance maternelle face au deuil? La possibilité de penser une autre image, celle de la douleur du fils devant la perte de la mère, ne tente-t-elle pas d'inscrire de façon plus efficace, moins « convenue » pour nous la souffrance de la perte? Que permet cette idée d'une *Pietà* inversée?

#### 4. ROLAND BARTHES, *JOURNAL DE DEUIL*

Si *La Pietà* de Michel-Ange offre le visage d'une mère résignée, abandonnée à la mort de son fils, c'est que son deuil semble déjà avoir été fait. Roland Barthes, lui, devant la mort de sa mère, délaisse ce qu'il est – l'écrivain, le sémiologue, le penseur célèbre – pour s'abandonner à un deuil infini qui ressemble à une grossesse qui ne viendrait jamais à terme ou à un coup de foudre qui ne se résorberait pas. Il se tient à côté de cette scène « de couple », comme le célibataire invité à une fête dont il ne fera jamais partie: « Tout couple (conjugal) forme bloc dont l'être seul est exclu » (Barthes, 2009, p. 93).

L'image qu'il donne du deuil de sa mère est une image en creux, une image en plis, une image-texte sculptée par des mots qui, s'ils n'arrivent pas à être à la hauteur de sa souffrance, ont le mérite de saisir la forme que prend ce deuil: état (plutôt que travail ou processus) dont Barthes

trace les contours. Dans son *Journal de deuil* (2009), paru après la mort de sa mère, livre « désiré » mais inachevé, né de fiches colligées après sa mort, Barthes consigne des fragments (pensées, commentaires, aphorismes, bouts de dialogue, instantanés...) qui sont autant de traces de pas : « Je chemine cahin-caha à travers le deuil » (p. 50). Contrairement à la pyramide de marbre d'où surgit *La Pietà*, le journal de Barthes est une œuvre en miettes, à l'image de ce qu'il nomme un « deuil en plaques » (p. 38), fait d'oscillations et de spasmes, état chaotique (p. 41) au caractère discontinu (p. 77).

Le journal de Barthes nous donne à voir non seulement une *Pietà* inversée, mais une séparation de deux corps : ici, mère et fils sont moins l'un sur (et dans) l'autre, qu'éloignés l'un de l'autre. La mort sépare ; le deuil est « là où se redéchire la relation d'amour, le "nous nous aimions" » (p. 47). Commence, pour Barthes, « la longue série des temps sans elle » (p. 48). Le modèle du deuil, ici, est peut-être non seulement celui du Christ et de sa mère (la *Stabat mater*), mais aussi celui de Dante et Béatrice, dans *Vita Nova*, deuil d'un être que le poète a aimé sans jamais le toucher, amour fou pour une femme vue et aussitôt disparue.

Le fils Barthes, dans son journal, se défait, se découd en tant que fils. Cette mère, devenue un peu sa fille par l'inversion des rapports qu'exigent les soins au moment où la vie prend fin – « Pendant des mois, j'ai été sa mère. C'est comme si j'avais perdu ma fille (douleur plus grande que cela ? Je n'y avais pas pensé) » (p. 66) –, devient, dans le deuil, une sorte d'amoureuse. C'est ce que pointent les deux premiers fragments du journal, rédigés au lendemain de la mort :

26 octobre 1977

Première nuit de noces.

Mais première nuit de deuil ? (p. 13)

27 octobre

– Vous n'avez pas connu le corps de la Femme !

– J'ai connu le corps de ma mère malade, puis mourante (p. 14).

Barthes commente sa vie amoureuse pendant la durée du deuil, quand les habitudes restent de flirts et d'amourettes, mais que les « je t'aime » retombent rapidement pour recommencer avec quelqu'un d'autre (p. 152). Car le vrai amour – la mère – est irremplaçable. Toute affection reste pâle, en comparaison. D'où ce qu'il décrit comme une « acédie », une sécheresse du cœur, une sorte de mort : « *En fait, au fond*, toujours ceci : *comme si j'étais comme mort* » (p. 119).

Quand apparaît la photo de « mam. » (la mère difficilement nommée, tronquée) enfant, cette image qui sera au centre de *La chambre claire* (1980), commence pour Barthes le *vrai* deuil (Barthes, 2009, p. 159), étape particulière dans l'étendue immobile du chagrin (p. 160). Cette image où Barthes retrouve sa mère (en petite fille, sur une photo de famille) entraîne une relecture du premier cahier du journal et quelque chose comme une

reprise du deuil qui s'installe dans la répétition. Il n'y a pas de guérison de la souffrance, ici, Barthes ne donne pas à voir un travail de deuil qui pourrait un jour être accompli; il montre plutôt une durée infinie du chagrin, un chemin intérieur non extériorisé que seule l'écriture est susceptible de traduire – un peu. L'écrivain habite son chagrin comme il habiterait un nouvel amour – cela le rend heureux (p. 185), il ne souhaite rien d'autre (p. 186), ne supporte rien (ou personne) qui annonce sa substitution (p. 206). Et, pour garder sa mère en vie, il lui emprunte certains traits et habitudes (p. 218). De même, alors qu'elle est décédée, il réactualise sans cesse la peur de la perdre, cette peur d'une « catastrophe qui a déjà eu lieu » (p. 217). C'est là la souffrance qu'il expose et dont les fiches du journal, rendues publiques, nous rendent témoins.

Le deuil, pour Barthes, n'est pas une maladie, il ne se guérit pas et, par cette qualité, il reste une chose banale (p. 27), une chose sans métalangage, comme l'était la langue de la mère de Barthes elle-même qui n'expliquait pas, qui ne faisait jamais d'observations à son fils, une mère qu'il décrit comme une sainte: « Chez elle, jamais un méta-langage, une pose, une image voulue. C'est cela, la "Sainteté" » (p. 222). Jeune mère, très jeune veuve, la mère de Barthes rappelle la Vierge Marie par la façon dont sa vie a été donnée à son fils, consacrée à lui. De façon semblable, au moment de l'agonie puis après la mort, l'écrivain s'oublie comme écrivain pour ne plus penser qu'à elle, jusqu'à devenir « elle ». Le désir de vivre, plus fort que le deuil, équivaut à une naissance: « désormais et à jamais je suis moi-même ma propre mère » (p. 46).

Si la mort de la mère donne lieu à une *Pietà* inversée – l'écrivain portant sa mère morte –, le rapport filial originel est au final rejoué: Barthes renaît *par* la mort de sa mère, voyant à nouveau le jour depuis son corps à elle, mort comme vivant, vivant par-delà la mort. La souffrance par la mère est alors un entre-deux qu'on ne peut plus quitter, où vie et mort s'imbriquent.

## 5. JEAN-FRANÇOIS BEAUCHEMIN, *CETTE ANNÉE S'ENVOLE MA JEUNESSE*

Le journal de Roland Barthes évoque les plis innombrables de *La Pietà* sculptée par Michel-Ange. La fragmentation de l'œuvre rappelle les plis des étoffes qui insufflent du mouvement au marbre. Au contraire de Barthes, l'écrivain québécois Jean-François Beauchemin fait paraître un texte fait, pourrait-on dire, d'un seul bloc. C'est un texte lourd, massif, qui donne l'impression de se tenir seul malgré l'événement qui l'a fait naître: la disparition de la mère. Si Barthes présente un couple mère-fils fusionnel, presque siamois, déliant les figures de la sculpture pour les faire évoluer ensemble mais côte à côte, Beauchemin reprend l'organisation

originale de l'artiste italien : à l'idéalisation de la mère (analogue à celle trouvée dans le texte barthésien) succède une *Pietà* inversée où c'est le fils qui, place forte du deuil, se trouve au centre. Toutefois, cette posture de *Stabat mater* se double du second état, christique, c'est-à-dire solaire, héroïque. Si Beauchemin porte lui aussi sa mère dans son livre, cet acte, contrairement à ce qu'on trouve chez Barthes qui se défait comme penseur et auteur, lui permet de s'ériger comme écrivain.

« Ce n'est pas un livre romantique », dit Beauchemin au sujet de *Cette année s'envole ma jeunesse* (2009). « Il reflète assez bien l'idée que je me fais du travail de l'écrivain qui est, au fond, un ouvrier qui assemble des choses. Ce n'est pas de l'argile, ni des briques ou des bouts de bois, mais ce sont des matériaux avec lesquels on se construit » (propos rapportés dans Pépin, 2009). Si Barthes se découd dans les fiches écrites pendant le deuil, Beauchemin, lui, se construit. Il se sculpte au travers du deuil, se fait sculpteur. Ici, l'écrivain montre moins sa souffrance que ce qu'il en fait, ce que le deuil lui permet de construire. Comme sa mère dont il décrit les gestes plutôt que les pensées, lui qui se présente comme penseur se montre aussi en action. Son mouvement n'est pas assuré, c'est celui d'un homme qui tremble. Néanmoins, petit à petit, en compagnie de livres et d'écrivains (Henry David Thoreau, Ernest Hemingway, Anne Hébert, Albert Camus, Emily Brontë...), il se dresse, se redresse du lit de la mort à laquelle il a échappé : « J'ai sur la majorité des hommes un avantage : je connais ma mort. Je me suis couché sur ce lit duquel, le plus souvent, on ne se relève plus » (Beauchemin, 2009, p. 12). C'est un homme ressuscité, en somme, que Beauchemin nous présente, comme si l'on assistait au moment qui suit *La Pietà*, quand le fils revient à la vie. Cette expérience scinde l'existence entre le corps et la pensée – le corps étant capable de traverser la mort, mais la pensée ne sachant pas comment la regarder en face (p. 13). C'est « la pensée d'un homme qui tremble » (p. 14) qu'expose Beauchemin, une introspection infinie qui se coule dans les plis de la vie, mais cet homme ne perd jamais le sens. Il reste droit, souverain : « Je me découvrais à la fois plus libre et plus contraint que la plupart [des hommes], parce que j'acceptais d'éprouver à chaque instant de ma vie le vertige que crée en nous cette profondeur qui ressemble tant à un vide » (p. 27).

Profondément solitaire, Beauchemin écrit un livre dont sont absents les autres, y compris la mère qui apparaît sporadiquement, spectrale, son absence étant la raison du livre. Ce livre de deuil est ainsi celui « d'un homme plus que jamais face à lui-même, un peu plus séparé d'une société qui le fascine et qu'il aime, mais qu'il observe néanmoins d'une certaine distance » (p. 55). Il en est de même pour la mort, figurée comme un fauve couché à ses pieds (p. 61), bête en apparence docile qu'il ne craint pas. Les mois qui ont suivi la mort de sa mère ont signé l'envol de sa

jeunesse, l'inscription du « sentiment que les choses ne durent pas » (p. 78). Témoin de la disparition de la femme qui l'a mis au monde, l'écrivain fait des lecteurs ses témoins – regard sur celui qu'il est devenu par la fréquentation de la mort. Au fil des pages et de pas tracés au cimetière, le fils, plongé en lui-même, avance dans un labyrinthe, refait le chemin jusqu'à l'expérience d'un coma, cette quasi-mort, qui lui a révélé l'inexistence de Dieu. Même au seuil de la fin, Dieu est resté silencieux. Et n'est-ce pas cette parole absente que vient remplacer l'écriture, le verbe d'un homme qui vient de perdre sa mère comme on pourrait imaginer le Christ devant l'absence ultime, inéluctable, de son père ?

Barthes invite son destinataire à regarder sa souffrance et ainsi à devenir le témoin du lien incomparable partagé avec sa mère – ce cordon impossible à rompre et qui engage le penseur dans un deuil infini. Dans le récit de Beauchemin, il est tentant de suggérer que c'est l'écrivain lui-même qui, de façon figurée, occupe la place de la Vierge : non seulement il tient la mère, mais il se tient à la tête de la Trinité. Il est tout à la fois le fils, la mère et Dieu le père, s'érigeant au-dessus de la douleur, invitant ses lecteurs à lever eux aussi les yeux pour regarder au-dessus d'eux dans un ciel qui représente tout à la fois l'au-delà, l'amour, et la pensée. On trouve ainsi à la dernière image du livre une évocation ultime de *La Pietà* dans des lignes qui mettent en lumière le mouvement qui traverse l'œuvre et la singularité du deuil que l'auteur y montre : « Toutes les architectures m'ont ému. Ce sont les témoins de la vie elle-même : rien ne vient au monde qui ne s'érige. Je n'en ai pas trouvé beaucoup de plus poignantes que celle d'un homme pensif qui passe ses doigts dans le poil de son chien endormi » (p. 121-122).

## 6. DAVID RIEFF, *SWIMMING IN THE SEA OF DEATH. A SON'S MEMOIR*

David Rieff, en 2008, soit quatre ans après la mort de sa mère, l'écrivaine et critique Susan Sontag, publie un livre étrange, *Swimming in the Sea of Death. A Son's Memoir*, sur la mort de sa mère. Étrange écho déformé au livre paru en 2006 *A Photographer's Life (1990-2005)* d'Annie Leibovitz, la dernière compagne de Susan Sontag, dans lequel on peut voir des photos du cadavre de Sontag sur la table d'une maison funéraire, vêtue d'une robe, ou encore Sontag dans une chambre du Fred Hutchinson Cancer Research Center à Seattle, un mois avant sa mort, à l'agonie. Face à ces images spectaculaires, possiblement choquantes de Sontag souffrante ou morte, qui ont vite fait le tour du monde, Rieff, le fils de Sontag, préfère raconter humblement et sans effet la mort de sa mère. Il ne s'empêchera pas d'écorder au passage, de façon remarquablement sobre et efficace, Leibovitz, et de révéler ainsi la différence qui existe entre son projet de livre sur la mort de Susan Sontag et celui plus vaste d'Annie Leibovitz.

En effet, il écrit pour sa mère morte sur « l'humiliation de se voir "commémorer" dans les images de carnaval de mort célèbres prises par Annie Leibovitz » (p. 156). À la célébrité, au carnaval de la souffrance que Leibovitz mettrait en place au nom de l'art dans le recueil livré au public comme celui d'une « photographe » et non d'une amante ou d'une compagne de vie, Rieff préfère parler de la souffrance de sa mère mourante et de la sienne, de l'endeuillé, en les entremêlant. C'est en effet en fils que Rieff parle de Susan Sontag, sa mère, comme le sous-titre anglais de son œuvre (*A Son's Memoir*) l'indique, et il ne s'agit pas pour David Rieff d'incarner quelqu'un d'autre, à travers le texte, que l'enfant de sa mère, certes célèbre, mais surtout unique... Pour Rieff, le livre est un lieu où il peut pleurer sa mère et s'immerger dans la douleur et dans la mort, comme le titre encore le suggère. Rieff parle de la souffrance indépasseable du fils et bien évidemment de l'impossibilité du deuil. Le livre ne peut servir un processus qui permette un dépassement de sa peine ou une réconciliation avec la mort de la mère, par l'écriture ou l'art. La souffrance reste intacte et le livre est un long thrène. À la fin, Rieff écrit : « Qu'est-ce que cela nous laisse ? Le "travail de deuil" ? Je ne crois pas un instant qu'une telle chose existe » (p. 181). Il s'agit de montrer la douleur d'un fils, bien sûr, sans que Rieff s'étende particulièrement sur sa peine, mais surtout de faire entendre la voix et le regard de Susan Sontag devant sa propre mort. Les lecteurs se retrouvent avec la douleur de Sontag atteinte d'une leucémie terminale, telle qu'elle peut être rapportée par son fils, et ils n'auront jamais, comme c'est le cas s'ils ouvrent le livre de Leibovitz, l'impression de regarder directement, dans un face à face violent, Sontag morte ou encore Sontag agonisante. Tout chez Rieff passe par la médiation, celle qu'il permet en se donnant pour témoin par l'écrit. Ce dédoublement du regard empêche le lecteur de se croire voyeur de Sontag. Ceux qui voudraient être devant la mort de Sontag, la célèbre écrivaine, se retrouvent en fait devant la souffrance de son fils, qui lui est en possession de ses moyens et d'une rhétorique contre le voyeurisme. Ce travail de gardien du corps de la malade et de la morte s'inscrit dans un antisensationnalisme. Si les lecteurs reçoivent la douleur du fils, la douleur de la mère, affaiblie ou morte, ne leur est pas offerte de façon crue, d'autant plus que ce que Rieff nous donne à voir de sa mère, ce n'est pas simplement sa faiblesse, mais bien plutôt son combat avec la mort. En fait, tout le questionnement de Rieff est de savoir s'il a bien fait de ne jamais empêcher l'espoir de sa mère quant à une rémission. Sontag, qui était sortie de deux autres cancers avant ce dernier qui l'emporta, n'a jamais abdicé devant la mort. Si elle fut une *Stabat mater*, ce n'est pas devant la mort de son fils qu'elle se tint, mais bien devant la sienne propre. Pour Rieff, l'enjeu est ici crucial : devant la quasi-certitude de la mort de sa mère, devait-il forcer celle-ci à voir sa mort, lui faire perdre ses espoirs et avoir moins confiance dans les solutions médicales ? Celui qui regarde l'autre mourir

doit-il lui dire l'ampleur de la vérité ou au contraire entrer dans les leures et les espérances parfois vaines du malade? Les médecins de Sontag apportent au fils une réponse quant à ce regard de maîtrise constante sur la vérité. Les médecins eux-mêmes doivent, malgré la rationalité qui fonde leur travail, croire à la guérison possible, fût-elle impensable et illogique. Le médecin explique donc au fils qu'il ne sait pas tout et que Susan a bien fait de croire en ses possibilités de guérison, sans lesquelles la médecine ne pourrait exister. Ce rapport à la souffrance d'autrui comme incertitude quant à son avenir, comme non-condamnation à mort malgré les faits accablants, est de la part du médecin comme du fils un vrai rapport éthique à l'autre, dans la mesure où, d'une part, la mort reste une ennemie qui n'a pas encore gagné et où, d'autre part, le regard du spectateur qu'est le fils ou le médecin ne peut pas voir par-dessus l'épaule de celui ou celle qui souffre. Les témoins se voient alors pris dans la même temporalité que les malades et sont donc eux aussi dans le temps de l'incertitude. Tout cela va dans le sens de l'impossibilité de faire le deuil, impossibilité qui instaure un vrai rapport à l'autre malade ou mort.

À l'heure où le discours social nous parle sans cesse de faire le deuil et de voir la vérité en face, l'enseignement de Rieff est au contraire celui d'une douleur et d'un aveuglement volontaires, qui restent pour lui vrais. Bien sûr, pour ce faire, Rieff, comme les médecins, ne sont jamais tout à fait *devant* la douleur de Sontag malade ou, s'ils le sont parfois, ils ne cessent de se déplacer pour être *dans* ou *avec* la douleur de Sontag, au centre de ses espoirs et tourments ou encore dans sa mort, comme le dit le titre anglais du livre de Rieff. Cela amène chez Rieff une confusion entre lui-même et sa mère, à travers laquelle le fils devient le mort et aurait préféré que sa mère soit vivante, puisque lui ne tient pas à la vie autant qu'elle y tenait. En fait, le fils n'occupe pas toujours la place de la *Stabat mater* inversée en *Stabat filius* en deuil. Il détruit cette place-là en devenant le mort :

J'aurais voulu mourir à sa place. Le souhait me vient de temps à autre. Culpabilité du survivant? Sans doute en partie, oui. Mais je ne l'entends pas de façon aussi mélodramatique qu'il peut sembler. [...] – et ce n'est pas non plus la conséquence d'un excès de dévotion filiale (p. 163).

En prenant la place du mort, le fils se substitue à sa mère morte, devient celle-ci et épouse la souffrance qu'elle a subie dans son corps. Il ne se tient plus *devant la douleur* ou la souffrance d'autrui, mais *fait sienne* cette souffrance qui doit être ici totalement embrassée, par intermittence. Un dialogue avec le livre de sa mère *Devant la douleur des autres* est alors ici mené, en secret, par Rieff dans ses mémoires, qui laisseront d'ailleurs les derniers mots à la mère qui, dans son journal, aurait écrit : « Dans la vallée de la douleur, étends tes ailes » (p. 182). Or, si dans un premier temps Rieff a rapporté les mots de sa mère en les mettant entre guillemets,

comme on le fait pour une citation qui ne nous appartient pas, il reprend ces mots pour clore son livre en ne mettant plus les guillemets, comme si c'était sa propre parole, comme si sa voix et celle de sa mère étaient devenues une seule et même voix. C'est à ce rapport sans citation, aveugle, jamais contrôlé, corps contre corps que Rieff nous convie pour appréhender la souffrance d'autrui, parce que la souffrance n'est jamais devant nous, mais bien toujours en nous.

Et si nous la regardons, c'est parce que déjà elle nous regarde...

## RÉFÉRENCES

- ADORNO, T. (1991). *Minima Moralia. Réflexions sur la vie mutilée*, Paris, Payot.
- BARTHES, R. (1980). *La chambre claire. Note sur la photographie*, Paris, Seuil.
- BARTHES, R. (2009). *Journal de deuil*, Paris, Seuil.
- BEAUCHEMIN, J.-F. (2009). *Cette année s'envole ma jeunesse*, Montréal, Québec Amérique.
- CHKLOVSKI, V. (1965 [1917]). «L'art comme procédé», dans T. Todorov (dir.), *Théorie de la littérature*, Paris, Seuil, p. 76-97.
- DANTE (2007). *Vita Nova*, Paris, L'arbalète.
- DARRIEUSSECQ, M. (2007). *Tom est mort*, Paris, P.O.L.
- DELEUZE, G. (1988). *Le pli. Leibniz et le baroque*, Paris, Minuit, coll. « Critique ».
- DIDI-HUBERMAN, G. (1992). *Ce que nous voyons, ce qui nous regarde*, Paris, Minuit.
- DIDI-HUBERMAN, G. (2003). *Ninfa Moderna. Essai sur le drapé tombé*, Paris, Gallimard.
- FOREST, P. (1998). *L'enfant éternel*, Paris, Gallimard.
- LAURENS, C. (1995). *Philippe*, Paris, P.O.L.
- LEIBOVITZ, A. (2006). *A Photographer's Life: 1990-2005*, New York, Random House.
- LEVINAS, E. et J.-M. NORÈS (1994). «Une éthique de la souffrance», *Autrement*, vol. 42, p. 127-137.
- PÉPIN, E. (2009). «Jean-François Beauchemin: déplumer la mort», *Cyberpresse*, <<http://www.cyberpresse.ca/arts/livres/entrevues/200905/24/01-859313-jean-francois-beauchemin-deplumer-la-mort.php>>, consulté le 15 janvier 2012.
- RIEFF, D. (2008). *Mort d'une inconsolée. Les derniers jours de Susan Sontag*, Paris, Climats (trad. de l'anglais *Swimming in a Sea of Death: A Son's Memoir*, New York, Simon & Schuster).
- SONTAG, S. (2003). *Devant la douleur des autres*, Paris, Christian Bourgois (trad. de l'anglais *Regarding the Pain of Others*, New York, Picador/Farrar, Straus and Giroux).

## **VERS UNE « SURNORMALISATION » DES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES**

Alex Drolet-Dostaler

À l'heure actuelle, les entreprises pharmaceutiques se classent parmi les multinationales les plus puissantes du monde et leurs profits ne cessent de s'accroître (OMS, 2011). Au Canada, la valeur totale des ventes de produits pharmaceutiques a doublé entre 2000 et 2008, si bien que les médicaments se situent aujourd'hui au deuxième rang des dépenses en matière de soins de santé (Industrie Canada, 2011). Ces produits pharmaceutiques incluent inévitablement les médicaments psychotropes, utilisés dans le traitement de la maladie mentale. Antidépresseurs, anxiolytiques, neuroleptiques, hypnotiques et régulateurs de l'humeur font en effet partie de cette banque de substances auxquelles ont recours la grande majorité des médecins et psychiatres occidentaux pour le traitement d'individus présentant les symptômes d'un déséquilibre biologique, psychologique ou social. D'ailleurs, l'étude effectuée par Pratt, Brody et Gu (2011) révèle qu'aux États-Unis environ une personne sur dix âgée de 12 ans et plus consomme des antidépresseurs. Devant ces constats préoccupants, un grand nombre de chercheurs s'emploient à remettre en question et à documenter cette pratique (Zarifian, 1994; Ehrenberg, 1998; Pignarre, 1998; Otero, 2005; Collin, Otero et Monnais, 2006). Cependant, il semble que ces inquiétudes aient peu d'influence sur la pratique des professionnels de la santé mentale, puisque les personnes psychiatisées demeurent fortement médicamentées, malgré les multiples inconvénients

possibles de la consommation à long terme (Le Moigne, 2006). Ainsi peut-on dire que les avancées pharmacologiques se sont hâtivement approprié la gestion de la souffrance psychique et sociale.

Cela dit, les enjeux entourant les médicaments psychotropes ne se limitent pas à la fréquence de leur utilisation ni à leurs possibles effets secondaires. Ils touchent également les raisons qui motivent leur consommation et leur prescription en lien avec une conceptualisation moderne de la souffrance, car celles-ci sous-tendent, dans certains cas, des objectifs de normalisation plutôt que de soutien thérapeutique. La prescription parfois excessive du Ritalin dans le traitement des troubles de l'attention, de l'hyperactivité et du trouble d'opposition ou de conduite des enfants dits surexcités nous servira d'exemple pour décrire ce phénomène. Ainsi, en réponse à une pression institutionnelle contre l'agressivité (Collin, 2006), les médecins et pédopsychiatres sont encouragés à recommander un mode d'action rapide et efficace pour contrer ce type de comportement jugé nuisible. La médication est donc suggérée aux parents, sans que des solutions « alternatives », telles que des activités sportives, un système de renforcement des comportements positifs, etc., leur soient présentées. Ces stratégies auraient possiblement des retombées similaires, sans occasionner d'effets secondaires néfastes comme des retards de croissance (Gittelman-Klein *et al.*, 1988), des douleurs abdominales ou encore de l'irritabilité (Barkley *et al.*, 1990). Dans cette optique, il apparaît raisonnable d'affirmer que le recours aux médicaments psychotropes peut être sous-tendu par des logiques autres que médicales : hédonistes, productivistes, commercialistes, cosmétiques, idéologiques (Collin, 2006), notamment.

Ce chapitre abordera un certain nombre d'enjeux découlant de la psychopharmacologie, dans le but d'inciter les professionnels de la santé mentale à faire preuve de prudence face aux médicaments psychotropes. La première partie présentera les principaux éléments caractérisant la relation entre le médecin et le patient quant à la médication, afin d'établir quelles composantes se révèlent conflictuelles et d'alimenter la discussion sur la médicalisation de la souffrance. La seconde partie du chapitre, de nature plus théorique, examinera les raisons expliquant pourquoi la psychopharmacologie est devenue la réponse par excellence aux maux de l'esprit, et ce, afin de souligner comment l'hégémonie de cette discipline biaise notre conception contemporaine de la santé mentale.

## 1. LE RAPPORT INDIVIDU-MÉDECIN

### 1.1. La souffrance pensée en termes de déficits neuronaux

*« Je ne me sens plus moi-même... Je suis constamment fatiguée... Je n'ai plus le goût de vivre... J'entends des voix qui me dénigrent... »* Ces plaintes se retrouvent couramment dans le discours de personnes qui expriment leur

mal-être auprès de leur médecin de famille, le professionnel de la santé initialement consulté lors d'un épisode de détresse. Or ces professionnels, experts en biologie humaine, ne possèdent généralement pas l'ensemble des connaissances requises pour soulager la souffrance psychique et sociale qu'expriment leurs patients. Ces médecins généralistes s'efforcent par conséquent de développer leur propre savoir sur la souffrance, savoir qui comporte évidemment d'importantes lacunes et qui, le plus souvent, s'avère hélas individualisant et décontextualisé. L'apprentissage par expérience montre, en ce sens, d'importantes limites. L'écart entre l'offre (connaissances du médecin) et la demande (appel à l'aide de l'individu souffrant) sur le plan de la consultation clinique devient une zone problématique du soin en santé mentale, de même qu'un enjeu majeur dans le processus d'évaluation des besoins. C'est pourquoi la prescription de médicaments psychotropes à cette étape n'est parfois appuyée que par une appréciation partielle de la situation de l'individu, ce qui ne permet pas de conclure qu'il s'agit nécessairement du mode de prise en charge à privilégier. Autrement dit, les discours de souffrance sont souvent perçus comme homogènes et accueillis de façon cartésienne à travers les lunettes de l'expertise biomédicale.

Vers la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, la psychiatrie a été fortement influencée par les travaux d'Emil Kraepelin, qui a consacré sa carrière à l'établissement de critères cliniques objectifs afin d'élaborer une classification des maladies mentales. Selon ce psychiatre allemand, seul le processus morbide sous-jacent devrait être étudié. Le discours du « malade » sur son expérience devrait, quant à lui, être ignoré afin de créer des conditions d'observation impartiales (Dorvil, 2006, p. 37). Bien entendu, on ne peut nier l'importance des progrès qui ont été réalisés depuis cette époque; les ressources psychosociales actuellement offertes aux personnes vivant avec un problème de santé mentale en sont un bon exemple. Néanmoins, la popularité grandissante des médicaments psychotropes dans le traitement des maux de l'esprit porte à croire que le personnel médical trouve plus légitime d'intervenir sur le corps des individus concernés que sur les conditions d'émergence des troubles. Les facteurs associés au rétablissement des personnes qui ont reçu un diagnostic de maladie mentale sont multiples et l'amélioration de la condition de ces malades ne peut être exclusivement attribuée à l'action d'une substance. Ainsi, bien que l'interprétation biologique des symptômes psychosociaux ne soit pas préjudiciable en elle-même, elle le devient lorsqu'elle se traduit par une prescription systématique et impersonnelle.

En poussant la réflexion davantage, Ehrenberg (2006, p. 24) emploie le terme « aveuglement conceptuel » pour expliquer l'idée selon laquelle « l'être abordé selon le corps est assimilé à l'être considéré dans sa totalité ». C'est ainsi que le soi se voit carrément dénudé de sa composante psychosociale lorsque l'intervention se restreint à la prescription de substances

biochimiques. Celles-ci ont un effet sur le système neuronal en cause dans le développement de certains symptômes, mais c'est commettre une grave erreur de penser que « le cerveau est à la fois le sujet qui dirige la personne et la personne entière » (Ehrenberg, 2006, p. 24).

## 1.2. Les allégations derrière la prescription

Bien que la prise en considération des processus biochimiques soit fondamentale dans la prescription de psychotropes, elle est souvent accompagnée de logiques sous-jacentes (Collin, 2006). Par exemple, un médecin ayant le même patient depuis très longtemps ne voudra pas le décevoir en lui refusant le traitement qu'il demande, puisque cela pourrait affecter négativement leur relation thérapeutique. Certaines personnes, cherchant constamment à mettre un terme à leur souffrance, sollicitent leur médecin de façon très insistante et voient dans la prescription une confirmation de bienveillance et de soins adéquats. Le professionnel peut se laisser influencer par compassion et non par conviction de nécessité, ce qui est particulièrement fréquent dans les rapports avec les personnes âgées (Collin, Damestoy et Lalande, 1999). Une problématique connexe se situe sur le plan du diagnostic même, dont les balises sont floues et pour lequel, subséquent, la solution psychiatrique demeure très hypothétique (Otero, 2005). C'est ainsi que le médecin, incertain du diagnostic qu'il pose, devra faire l'expérience de diverses posologies dans l'espoir de déterminer celle qui sera la plus bénéfique pour son patient. On observe d'ailleurs ce type de réajustement continu surtout dans les contextes de polyconsommation, là où les risques médicaux sont le plus élevés (Boudreau, 2006).

Haxaire et ses collègues (2006) ont, eux aussi, exploré les diverses raisons justifiant la prescription. Je présenterai, sous forme de mises en situation, un aperçu de leurs conclusions. D'abord, les croyances personnelles du médecin généraliste en matière de rétablissement sont centrales, dans le sens où un scepticisme à l'égard de la psychothérapie ou à l'égard des capacités du patient à s'y engager pourrait certainement cultiver une tendance à recourir à la pharmacologie. En ce sens, s'il juge que certaines situations de vie sont presque impossibles à surmonter et qu'il n'existe aucune autre solution viable, le médecin prescrira, pensant agir pour le bien de son patient. Mais, là encore, est-ce que la courte période de temps allouée à une consultation permet de justifier une telle conclusion ? Dans d'autres circonstances, la santé mentale de l'individu sera jugée si fragile que le médecin appréhendera un risque suicidaire élevé, et c'est pourquoi il estimera important de recourir à des stabilisateurs de l'humeur pour éviter un drame. Le renouvellement continu de la prescription sera justifié de cette manière, sans égard au contexte dans lequel a émergé la

détresse. Enfin, si l'entourage de la personne est restreint, le médecin pourrait être porté à croire que ses chances de rétablissement sont amoindries. Ainsi, les psychotropes remplaceraient le soutien social en cas de détresse. Somme toute, la décision d'entreprendre un traitement psychopharmacologique est parfois influencée par des motifs autres que le souci de trouver la solution appropriée pour l'individu, qui devrait, quant à elle, être élaborée en fonction de ses besoins et de ses valeurs. Cela dit, il ne faut pas généraliser : la médication s'avère dans certains cas la solution la plus appropriée.

Au regard de ce qui précède, il importe de comprendre que les critères utilisés pour déterminer l'efficacité d'une démarche thérapeutique sont toujours partiels (Pignarre, 1998). De plus, puisque chaque individu répond différemment à chaque traitement, le médicament choisi dépendra non seulement des résultats expérimentaux, mais également des observations cliniques et du jugement des médecins (Chamak, 2006). Rappelons d'ailleurs que le temps de latence avant d'être en mesure de constater les effets de la médication, parfois engendrés par son inobservance, complique grandement la tâche. Bref, il existe des mécanismes protocolaires et des processus relationnels pouvant influencer la sélection et l'appréciation d'un psychotrope. Toutefois, la seule volonté d'une personne de se soumettre à un traitement pharmacologique (ou non) semble peu déterminante lorsque vient le temps de décider de l'intervention à adopter, malgré le fait que la personne soit la protagoniste de ce processus.

### **1.3. Un dialogue négligé et arbitraire**

Une fois la prescription rédigée et la consommation entamée, on assiste trop souvent à une évacuation de l'expérience subjective, avec la conséquence que la personne parvient difficilement à s'approprier la démarche de rétablissement. En effet, très peu d'informations expliquant le choix du médicament psychotrope et les effets de ceux-ci sont fournies au « patient », par souci notamment de son observance du traitement (Fainzang, 2006, p. 272). C'est pourquoi il n'est pas surprenant que, parfois, certains consommateurs diront qu'ils ont l'impression de n'avoir aucun contrôle sur leur cheminement et qu'à long terme ils se sentent comme de vrais « zombies » (Rodriguez Del Barrio, Corin et Poirel, 2001, p. 14). Pour illustrer ce propos, on peut stipuler qu'il s'agit de séparer l'individu de sa souffrance pour éviter qu'il soit dans l'obligation de la traverser, présumant que l'adversité est insupportable. C'est à la lumière de telles constatations que l'on remet en question la façon dont les problèmes de santé mentale sont pris en charge aujourd'hui. Par ailleurs, l'espace minimal accordé à la discussion dans la relation thérapeutique

individu-médecin ne s'arrête pas à l'étape de la prescription. Par faute de temps et de ressources, le système de santé ne peut pas se permettre un suivi clinique régulier de toutes les personnes qui prennent des médicaments psychotropes. Or les professionnels, de même que les usagers, attendent parfois que la consommation pose problème pour qu'une rencontre soit planifiée. Au début, le traitement agit généralement assez efficacement, ce dont patient et médecin se réjouissent. Puis, lorsque les effets bénéfiques s'atténuent, la dose est augmentée ou la substance est remplacée. Ce processus expérimental peut se perpétuer sur une longue période, ce qui risque d'engendrer une grande dépendance de l'individu à l'égard de son médecin et de son traitement pharmacologique. Ainsi que le souligne Zarifian (1994):

Le plus souvent, malade et médecin sont inconscients du processus qui se déroule et peuvent être très satisfaits l'un de l'autre. Le « bon » malade réagit bien au « bon » traitement médicamenteux du « bon » docteur, et les manifestations d'anxiété ou de dépression disparaissent en quelques semaines. Oui, mais qu'advient-il trois, six ou douze mois plus tard? Le malade malchanceux retourne voir le médecin qui l'avait si efficacement soigné, car tous les troubles sont réapparus (p. 17).

Dans cette optique, le renouvellement continu de la prescription devient une « nécessité thérapeutique » afin de prévenir ou soulager les rechutes (Le Moigne, 2006, p. 95) et, par le fait même, la souffrance qui y est associée. Celle-ci semble devoir rester entre les mains d'un expert, faute de quoi elle ne se résoudrait pas. Il n'est donc pas surprenant que les consommateurs aient l'impression de tourner en rond. Le discours de l'individu revendiquant une prise en charge plus adaptée à ses besoins face à une médication qui ne lui convient pas est parfois très mal interprété. Par exemple, le médecin peut traduire cette plainte comme une confirmation de la nécessité du psychotrope, en raison de l'incapacité que manifeste la personne de s'en sortir par elle-même. La volonté de celle-ci de cesser le traitement pharmacologique n'est donc pas toujours respectée, puisque le « soignant » en détient pleinement le contrôle (Otero, 2012). Au moment où l'observance est altérée, on voit fréquemment le substrat de la médication modifié pour s'assurer de la continuité du traitement, c'est-à-dire passer des pilules à une injection (Rodriguez Del Barrio, Corin et Poirel, 2001, p. 13), et ce, au détriment des besoins et de l'intérêt de l'usager. L'étude de Rosenhan (1973) démontre d'ailleurs bien la difficulté du personnel médical à distinguer les individus ayant réellement un problème psychiatrique de ceux qui n'en ont pas, étant donné la complexité du processus d'évaluation diagnostique. Par conséquent, le traitement proposé ne sera pas nécessairement adéquat.

Il semble que la psychopharmacologie puisse, dans certains cas, être employée de manière à hiérarchiser la relation entre le consommateur et le fournisseur, créant un déséquilibre de pouvoir en faveur de ce dernier.

Les connaissances des professionnels de la santé en matière de médication leur procurent une expertise qui semble mettre en doute, voire nier, le savoir expérientiel ou émique de l'individu.

C'est parfois un jeu féroce entre deux pathologies qui s'affrontent, celle du patient, celle du médecin. Il s'agit alors pour ce dernier de protéger sa zone de sécurité en se servant du médicament comme écran entre lui et la souffrance du patient. Refroidir en quelque sorte le patient, bref en faire un corps soumis (Dorvil, 2006, p. 49).

Mais pourquoi ne pas prendre le temps d'écouter la personne devant soi et valoriser ce qu'elle exprime? Rappelons-nous que les tests et les ajustements effectués dans un cadre clinique contribuent grandement à déterminer les limites de la pharmacologie (Pignarre, 1998). C'est pourquoi les échanges entre les deux acteurs sont primordiaux dans la définition d'un traitement adéquat, qu'il comprenne un médicament ou non. Les professionnels de la santé devraient donc s'interroger davantage sur la nature de la réponse qu'ils offrent à la personne en quête d'assistance, car rien n'indique que celle-ci souhaite recourir à la psychopharmacologie.

#### **1.4. Des effets secondaires à profusion**

Dans un autre ordre d'idées, il importe de s'interroger sur les raisons qui motivent les médecins à renouveler les prescriptions de leur patient même lorsque les problèmes engendrés par la consommation de médicaments psychotropes excèdent ceux censés être traités. Bien entendu, la psychopharmacologie est une discipline très complexe et il serait irréaliste de s'attendre à des substances parfaites n'ayant que des effets positifs et prévus. Je me dois de souligner, malgré tout, l'immense progrès de la communauté scientifique en matière d'éthique pharmacologique (Wallot, 1998). Il est cependant erroné de croire que l'individu qui consomme préfère inévitablement voir disparaître les symptômes de sa maladie mentale plutôt que de s'éviter les effets secondaires de la médication. Dans ce contexte, deux formes de souffrances sont soupesées, par des individus différents de celui qui les vit: la première, récalcitrante, est considérée comme malfaisante; l'autre, « pragmatique », est perçue comme étant tolérable. Or ce n'est pas toujours le cas. Par exemple, certains psychotropes peuvent avoir une influence sur les fonctions sexuelles. Des problèmes érectiles occasionnés par la consommation d'un médicament peuvent devenir très gênants pour un jeune adulte. Le corps est le médium de communication par excellence avec le monde, c'est pourquoi son altération peut perturber sérieusement les relations interpersonnelles (Dorvil, 2006, p. 49).

En réalité, chaque substance pharmacologique peut engendrer de très nombreux effets secondaires, certains étant fort évidents, d'autres beaucoup moins. Il se peut donc que la personne qui en fait l'expérience

ne se rende même pas compte de l'ampleur des conséquences de la médication sur sa vie et qu'elle explique de nouveaux symptômes comme provenant de son problème psychologique ou de facteurs environnementaux. On remarque d'ailleurs un recoupement surprenant entre certains critères d'un épisode dépressif majeur et les effets secondaires parfois provoqués par les antidépresseurs, comme des changements significatifs au niveau du poids, l'altération du sommeil, la perte d'énergie et des difficultés de concentration (Otero, 2012). D'une manière ou d'une autre, beaucoup d'effets indésirables nécessitent d'être gérés par la prise d'une autre substance pharmacologique, soit un antagoniste. Ainsi, l'individu peut éventuellement consommer un « cocktail » de médicaments dont l'interaction s'avère néfaste pour sa santé physique ou mentale ou les deux. Ainsi, certains psychotropes contribuent tout simplement à « changer le mal de place ».

### 1.5. Un traitement en surface

Jusqu'à présent, nous avons décrit les circonstances entourant la consommation de médicaments psychotropes qui peuvent nuire au rétablissement de la personne psychiatisée. Il convient maintenant de s'interroger sur la visée réelle de la psychopharmacologie. Avant de poursuivre, nous croyons essentiel de rappeler que l'objectif de ce chapitre n'est pas de convaincre le lecteur de la nécessité d'abolir cette pratique. Il faut plutôt déterminer les limites d'une démarche pour en connaître la portée. Le mécanisme d'action des médicaments est certes complexe, mais il peut être résumé comme le fait de réinstaurer l'équilibre au sein des systèmes hormonaux et neuronaux impliqués dans les symptômes de la maladie mentale. Il va sans dire que les manifestations apparentes d'un trouble psychologique ne pointent pas toujours directement vers la source de la détresse. La souffrance peut ainsi émerger d'une situation de vie contraignante sur laquelle les médicaments ne peuvent pas agir. À la rencontre d'un nouvel obstacle, l'individu ne dispose pas toujours des outils nécessaires pour le gérer adéquatement. En ce sens, le simple fait d'améliorer le fonctionnement du système sérotoninergique ne permettra pas, à long terme, d'affronter la réalité sous toutes ses dimensions. Bref, « les médicaments sont souvent efficaces pour effacer les symptômes : dépression, anxiété, délire. Mais comment contribuer à redonner au sujet une image de soi acceptable, des rapports à autrui non dévalorisants, et le sentiment psychologique de sa guérison » (Zarifian, 1994, p. 74) ? Cela dit, un psychotrope prescrit raisonnablement, avec le consentement éclairé de la personne, pour une période temporaire, avec des objectifs précis, sous supervision étroite du médecin et accompagné d'autres démarches de rétablissement, peut être bénéfique. À vrai dire, le simple fait que le professionnel et l'utilisateur partagent la décision relative au traitement favorise

grandement le rétablissement (Houle, Lespérance et Beaulieu, 2009). Par contre, ces modalités sont rarement présentes en même temps, d'autant plus que certains chercheurs croient que les médicaments peuvent même entraver un cheminement personnel visant une meilleure santé mentale (Rodriguez Del Barrio, Corin et Poirel, 2001, p. 14).

Il est commun de penser que les personnes « malades » ont vraiment « besoin » des médicaments, en particulier celles qui ont reçu un diagnostic de trouble de santé mentale persistant. La schizophrénie, notamment, est une situation de vie extrêmement complexe et elle peut devenir très envahissante lorsqu'elle est mal gérée; or, souvent, les antipsychotiques parviennent à faire diminuer la fréquence ou l'intensité des symptômes positifs (Denis, 1981). Par contre, lorsqu'on parle de dépression, d'anxiété ou d'autres problèmes de santé mentale qui émergent surtout de distorsions cognitives ou de conditions environnementales hostiles, il est erroné d'affirmer avec certitude que la psychopharmacologie est la solution par excellence. Dans cette optique, « on pourrait penser qu'ils [les psychotropes] ne sont pas tant voués à guérir qu'à modifier les vicissitudes de la vie telles que vécues d'un point de vue psychologique » (St-Hilaire, 2006, p. 120). Ehrenberg (1998, p. 118) en est même venu à se demander: « Drogue-t-on les gens ou les soigne-t-on véritablement? » Peut-on en ces circonstances parler de « besoin » et de « traitement »? La psychopharmacologie n'est-elle pas plutôt une « béquille »? Il importe donc de déterminer les valeurs, normes ou structures sociales qui sous-tendent véritablement l'hégémonie du courant psychopharmacologique.

## 2. LE RAPPORT INDIVIDU-SOCIÉTÉ

### 2.1. Un essor à double tranchant

Sans nécessairement aborder en détail le phénomène de la désinstitutionnalisation, il apparaît important de souligner le parallèle entre celui-ci et le déploiement de la psychopharmacologie pour comprendre l'évolution de la médicalisation de la souffrance psychique et sociale. Comme le soulignent Dorvil et Guttman (1997), durant les années 1960, on a vu au Québec des milliers de personnes hospitalisées pour trouble de santé mentale commencer à quitter de façon plus ou moins définitive les établissements psychiatriques. En théorie, ajoutent les auteurs, les objectifs sous-tendant ce « virage ambulatoire » devaient conduire à une prise en charge plus humaine et personnalisée des problèmes de santé mentale. Cependant, la majorité des acteurs impliqués dans le processus se sont vite aperçus que la réinsertion en communauté n'avait pas les effets positifs escomptés, engendrant pour plusieurs patients un engouffrement dans une série d'autres problèmes comme l'itinérance, la criminalisation et le

fardeau imposé aux familles (Dorvil et Guttman, 1997). La continuité des services espérés et la mise en place d'un mécanisme de collaboration favorisant une approche globale de la personne se sont difficilement déployées, ce qui a occasionné le phénomène de la « porte tournante » : les séjours à l'hôpital étant plus courts, les individus retournent précocement dans des conditions de vie précaires qui peuvent agir comme des facteurs de stress et mener à des rechutes plus fréquentes (Dorvil et Guttman, 1997). La psychiatrie, en processus de faire ses preuves au sein de la médecine, a justement facilité l'avènement des modes de prise en charge non institutionnels en introduisant sur le marché une variété de médicaments psychotropes permettant aux individus de quitter les asiles, notamment du fait de l'action tranquillisante des neuroleptiques. En effet, « il n'est pas de médecine légitime sans prescription » (Zarifian, 1995, p. 74).

De toute évidence, on peut expliquer ce recours impératif à la psychopharmacologie comme un instrument de gestion moderne des comportements « déviants » qui symbolisent diverses formes de souffrance. Les techniques d'isolement spatial ont laissé place aux techniques de régulation des conduites des individus dans leur milieu de vie, mais toujours dans une optique disciplinaire (Moreau et Vinit, 2007). Les médicaments agissent donc à titre de mécanisme de contrôle pour « gérer » les individus qui perturbent l'ordre et la morale, mais de façon beaucoup plus discrète que les internements d'antan. Autrement dit, on se sert aujourd'hui du corps, plus précisément de ses systèmes hormonaux et neuronaux, pour tenter de ramener constamment les gens vers le code de conduite qui découle des normes sociales, sans pour autant proposer un processus de rétablissement (Moreau et Vinit, 2007, p. 38). La désinstitutionnalisation aura-t-elle donc simplement ouvert la voie à une nouvelle forme de régulation normative, plus discrète, mais tout aussi contraignante ?

## 2.2. Le médicament : concilié et conciliant

À la lumière de ce qui précède, on peut concevoir le phénomène de la psychopharmacologie sous deux angles : ce qu'il est et ce qu'il fait. De toute évidence, le recours aux médicaments n'a rien d'une pratique passive et limitée.

Les représentations sociales du médicament constituent à la fois des interprétations de la réalité concrète et des phénomènes complexes qui ont un sens pour les acteurs. Par conséquent, elles orientent leurs pratiques et façonnent les politiques et institutions qui les sous-tendent (Collin, 2006, p. 6).

En d'autres mots, c'est la manière dont on traduit le rôle des psychotropes qui configure les circonstances de leur utilisation. Si la personne consommatrice est consciente que son médicament représente une béquille temporaire sur laquelle s'appuyer lors d'un moment de déséquilibre, elle verra certainement à s'engager dans d'autres démarches de rétablissement

et ne laissera donc pas les médicaments exercer une emprise sur sa vie. Sur le plan social, si nous reconnaissons que les médicaments psychotropes sont banalisés au point de justifier la médicalisation des problèmes sociaux par l'entremise de cet emblème qu'est la souffrance psychique (Haxaire *et al.*, 2006, p. 198), nous encouragerons de surcroît des interventions alternatives dans l'optique d'une prise en charge globale et personnalisée de la santé mentale des individus.

Il va de soi que les finalités du psychotrope, réponse fréquente à la souffrance, sont le fruit d'une construction sociale et culturelle qui médialise radicalement les dynamiques dans lesquelles le médicament s'inscrit (Collin, 2006, p. 6). Toute situation psychosociale qui s'éloigne de la norme est aujourd'hui susceptible de devenir l'objet d'une intervention, médicamenteuse dans notre cas, et c'est à ce moment que le problème se complexifie. Envisageons-nous de pallier des dysfonctionnements ou de produire des comportements acceptables (Otero, 2005, p. 82)? L'idée est-elle d'amener les gens à se libérer de troubles psychologiques envahissants ou de gérer leurs contre-performances sociales? En ce sens, la psychopharmacologie et la psychothérapie se recourent dans un même processus de pathologisation de l'expérience humaine.

### **2.3. Une quête interminable du mieux-être**

Aujourd'hui, en Occident, il semble que les sept vertus chrétiennes aient fait place à trois nouvelles exigences sociales: l'autonomie, la responsabilité et l'initiative (Ehrenberg, 1998). Ainsi, on s'attend à ce que l'individu fasse preuve d'une adaptation constante face aux changements continuels, source potentielle de souffrance, de sorte que les médicaments lui apparaissent comme des agents de conformité (Collin, Otero et Monnais, 2006, p. 3). Du point de vue de Martuccelli (2010), il est plutôt question de singularisme, la personne devant alors non plus prioriser son intérêt face à ceux de la collectivité, mais bien affirmer son unicité et s'adapter au monde afin d'exceller dans sa singularité. Quoi qu'on en dise, les sociétés contemporaines occidentales ne cessent de faire circuler des messages encourageant la productivité et, par le fait même, décourageant l'inertie. Les gens tendent donc à développer un intérêt pour tout renfort extérieur leur garantissant une place plus ou moins permanente dans le « circuit » de la performance socioprofessionnelle (Haxaire *et al.*, 2006, p. 215). C'est justement ce que permettent plusieurs médicaments psychotropes, qui peuvent également forcer l'individu à retourner dans un environnement anxigène alors qu'il n'a pas les outils pour l'affronter.

C'est ainsi qu'on en vient à se demander: qu'est-ce qu'être en santé? Qu'est-ce qu'être heureux? Comment peut-on être « mieux »? N'est-il pas normal de traverser occasionnellement des épisodes de tourment? La

littérature contemporaine déborde d'ouvrages proposant des recettes miracles pour atteindre le bonheur et éviter la souffrance. Cela pose évidemment problème lorsqu'on met un frein aux analyses structurelles des problèmes, car la responsabilité revient à tort à l'individu (Guibord-Jackson, Nahas et Moreau, 2011). Ainsi, il faut travailler exceptionnellement fort pour être « bien ». En ayant à sa disposition une panoplie de substances biochimiques promettant un « mieux », le corps devient le terrain d'essai d'une succession de tentatives utopiques (Moreau et Vinit, 2007, p. 36-37). St-Hilaire (2006) explique comment, aujourd'hui, la notion de santé est construite à la base par des critères purement normatifs :

Ce que l'on exige des individus en se prétendant d'elle [la santé] ne vise plus seulement à éviter les morts prématurées, mais embrasse plutôt un bien-être général : beauté, succès, bonheur, une sexualité épanouie et plus. La santé n'est plus l'équilibre passif du corps, elle est active, elle nécessite une activité, elle oriente des actions, elle doit être construite, gagnée à tout prix. Lorsque heureusement on la tient, elle doit être maintenue, car le spectre de la maladie, de la mauvaise santé, guette celui qui n'est pas « responsabilisé ». Le discours de la santé est donc l'un des lieux privilégiés par lesquels transigent les exigences sociales (p. 120).

## 2.4. Un processus diagnostique permuté

Selon Collin (2006), la corrélation entre les domaines de la santé mentale et de la psychopharmacologie est actuellement largement remise en question en raison de leur complexité et de la possibilité de les analyser en lien avec d'autres facteurs. Comme on l'a vu précédemment, l'interprétation des symptômes, la justification de la prescription, la détermination de l'objectif de la consommation et le désir de conformité à certaines normes sociales sont des enjeux susceptibles de contribuer à biaiser cette corrélation. C'est pourquoi il serait bien naïf de croire qu'une augmentation de la distribution de psychotropes n'est que l'écho d'une prévalence accrue de maladies mentales (Moreau, 2009). C'est plutôt l'inverse qui s'avère particulièrement intéressant, dans le sens où il se pourrait que davantage de problèmes de santé mentale soient diagnostiqués à cause d'une demande accrue de médicaments de prescription sur le marché. Le soulagement de la souffrance psychique est maintenant un processus à ce point normalisé que le normal et le pathologique sont des entités de plus en plus ambiguës et subjectives (Ehrenberg, 1998) et que l'on utiliserait la solution pour authentifier le problème. Par l'effet du psychotrope, on détermine la cause du symptôme, ce qui est problématique en santé mentale, puisque plusieurs causes se situent en dehors du corps. C'est ce qu'on appelle un biais de confirmation. Par exemple, si

l'antidépresseur a un effet positif sur l'humeur, alors la personne était nécessairement dépressive, cela sans égard aux circonstances dans lesquelles a émergé la souffrance.

Par conséquent, d'autres formes de prise en charge des symptômes ne sont pas incluses dans l'équation. La relation thérapeutique, le soutien des proches, le fait de vivre des réussites, la volonté de se rétablir, entre autres variables, sont tout aussi sujets à favoriser le rétablissement que la prise de médicaments. Ainsi plus que la nature même du processus, c'est l'ensemble des circonstances entourant ce dernier qui gagne à être exploré et consolidé. Malheureusement, peu importe la présence de facteurs externes influençant le traitement, la disparition des symptômes est presque exclusivement associée à la prise des médicaments, ce qui vient par conséquent renforcer la valeur accordée au diagnostic (Zarifian, 1994) et justifier le traitement prescrit. Cette vision unilatérale permet d'expliquer l'engouement à l'égard des nouveaux psychotropes mis sur le marché (Dorvil, 2006), réponses toujours plus diversifiées et « efficaces » aux dérangements de l'esprit. Haxaire *et al.* (2006) diront en ce sens: « Que la prescription réduise le trouble ou que sa suspension le ravive, [...] le diagnostic est confirmé » (p. 206).

La critique ci-dessus vise finalement à dénoncer la médicalisation des problèmes psychosociaux. La popularité de la psychopharmacologie a pris une ampleur telle que les situations de vie problématiques sont réduites à des manifestations apparentes d'une maladie sous-jacente. Cependant, les psychotropes, bien qu'ils soient généralement conçus pour régler un dysfonctionnement hormonal ou neuronal quelconque, peuvent tout aussi bien agir sur un dérèglement adjacent. On peut par exemple mentionner la fluoxétine, connue à la base comme un antidépresseur, mais également utilisée dans le traitement des troubles obsessionnels compulsifs (Kolb et Whishaw, 2008). Il est donc évident qu'une amélioration de l'état mental d'un individu à la suite de la consommation de ce psychotrope ne permet pas de confirmer le diagnostic initial. Cela sans oublier que la prescription se fait à la lumière du résultat à une évaluation des symptômes fondée sur le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM), où le médecin qui s'y réfère devient « l'expert d'une description de la surface codifiée du comportement humain et le stratège d'un lieu de plus en plus direct entre diagnostic de cette surface et type de médication » (Ehrenberg et Lovell, 2001, p. 241). Cette classification ne fournit évidemment pas d'informations relatives à l'étiologie des maladies et, par conséquent, aucun indice sur la réponse de l'individu au traitement (Follette et Houts, 1996). Ainsi, peu importe la source du problème, une étiquette homogène est posée et on considère aussitôt la médication comme mode de prise en charge.

## 2.5. Les muscles du marketing pharmaceutique

De toute évidence, les médecins généralistes et les psychiatres ne sont pas les seuls acteurs derrière l'hégémonie du courant psychopharmacologique. Le marché pharmaceutique est incontestablement très lucratif (Carlat, 2010). Il devient donc difficile d'évaluer la nécessité réelle des médicaments dans le traitement de la souffrance psychique. Leur légitimité vient en grande partie du fait que les compagnies pharmaceutiques et les professionnels de la santé clament leur participation active à l'augmentation du bien-être quotidien et, du coup, à l'évacuation de toute souffrance. Toutefois, qu'en disent les usagers? L'efficacité promise est-elle concrètement affirmée par ceux à qui les médicaments sont adressés?

Le discours médical dominant dans les cabinets de consultation, encouragé par la «propagande» pharmaceutique, ne correspond pas forcément aux aspirations de tous les usagers. En réalité, beaucoup de professionnels ne se posent même pas la question, en présumant que ce qu'ils considèrent comme bénéfique pour leurs patients devrait assurément leur convenir. La recherche en neurosciences bénéficie de la majorité du financement privé, voire public, au détriment de la recherche à caractère social qui critique l'organisation de la société en explorant les inégalités structurellement construites (Dorvil, 2006). Pourtant, il ne semble pas y avoir de «recette miracle», car les traitements pharmacologiques se voient constamment modifiés pour intégrer les nouvelles substances mises sur le marché. En somme, le marketing des compagnies pharmaceutiques contribue à faire passer inaperçues les solutions de rechange à la médication et, encore une fois, à embrouiller notre vision même de la souffrance et du bien-être.

## CONCLUSION

Le recours à la médication dans le cadre des troubles mentaux est loin d'être optimal, ce qui affecte énormément la vie quotidienne des usagers. Une grande part des troubles mentaux découle d'enjeux sociaux et ne peut simplement pas être réglée au moyen de psychotropes. Les épreuves font inévitablement partie du parcours de vie; épreuves (école, travail, famille, etc.) qui peuvent sembler propres à l'individu *a priori*, mais qui constituent en fait des expériences socialement produites et qui contribuent à la régulation et à l'histoire d'une communauté (Martuccelli, 2006). De ce point de vue, une intervention individuelle ne peut être utilisée pour traiter une souffrance collective. L'inceste, la pauvreté, la toxicomanie, le harcèlement, la pression médiatique, la criminalité, la discrimination, l'isolement, la prostitution, le décrochage scolaire, entre autres facteurs, peuvent contribuer au développement de problèmes relevant de

la santé mentale. Toutefois, le seul recours à la médication, tel un pansement pour une plaie, ne parviendra pas à faire disparaître ou à guérir ces souffrances du parcours : il ne pourra que les masquer.

Cela dit, bien qu'il soit fondamental de remettre en question les pratiques courantes, il importe également de suggérer des pistes d'intervention aux professionnels de la santé si l'on espère qu'ils adapteront leur pratique aux besoins des usagers. D'abord, sans condamner totalement les pratiques pharmacologiques, il est important de ne pas les prioriser au détriment du savoir émique. Non seulement la médication doit être accompagnée d'autres démarches de rétablissement, mais les médecins devraient pouvoir proposer des solutions alternatives avant de prescrire des médicaments, ce qui demeure peu courant à l'heure actuelle (Estroff, 1998). Ensuite, le dialogue entre les acteurs gagnerait énormément à s'enrichir, tant au moment de la consultation initiale que durant le suivi clinique à long terme, afin que l'individu consente au traitement et qu'il y croie réellement. En connaissant autant les risques que les bénéfices, le patient sera en mesure de prendre une décision éclairée par rapport au choix du médicament et d'assumer les conséquences de sa consommation (Houle, Lespérance et Beaulieu, 2009). C'est la personne qui devrait être au centre de son cheminement. Enfin, en s'assurant que tous les membres de l'équipe soignante avancent à son rythme et dans le même sens, on crée un encadrement qui favorise le changement, dans l'optique de la prise en charge la plus humaine possible.

L'exploration de ces quelques pistes de solution permettrait d'équilibrer en partie les rapports de force entre médecins, intervenants et usagers. En effet, la Charte québécoise des droits et libertés de la personne formule clairement le droit au libre choix et au contrôle de l'espace interne de son corps (Dorvil, 2006, p. 55). Par ailleurs, il est primordial d'agir en dehors du cadre médical en investissant davantage de ressources dans les interventions psychosociales et communautaires, de même que dans la prévention et la sensibilisation en santé mentale. Les médicaments ne représentent pas la seule manière de soulager la souffrance et il faut faire preuve de vigilance si l'on choisit d'y recourir, car leur complexité et leur emprise ne sont certes pas négligeables.

## RÉFÉRENCES

- BARKLEY, R.A., M.B. McMURRAY, C.S. EDELBROCK et K. ROBBINS (1990). « Side effects of methylphenidate in children with attention deficit hyperactivity disorder: A systematic placebo-controlled evaluation », *Pediatrics*, vol. 86, p. 184-192.
- BOUDREAU, C. (2006). « Multipolarité de la surveillance et gestion des médicaments au Québec », *Recherches sociographiques*, vol. 47, n° 2, p. 299-320.

- CARLAT, D. (2010). *Unhinged: The Trouble with Psychiatry – A Doctor's Revelations about a Profession in Crisis*, New York, Simon and Schuster.
- CHAMAK, B. (2006). «Les logiques de prescriptions dans le cas de l'autisme. Entretien avec le docteur André Masse», dans J. Collin, M. Otero et L. Monnais (dir.), *Le médicament au cœur de la socialité contemporaine: regards croisés sur un objet complexe*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 153-176.
- COHEN, D. (1996). «Les “nouveaux” médicaments de l'esprit, marche avant vers le passé?», *Sociologie et sociétés*, vol. 28, n° 2, p. 17-33.
- COLLIN, J. (2006). «L'accroissement du recours aux médicaments psychotropes: de la maladie mentale au “mal de vivre”», *Équilibre*, vol. 1, n° 1, p. 4-13.
- COLLIN, J., N. DAMESTOY et R. LALANDE (1999). «La construction d'une rationalité: les médecins et la prescription de psychotropes aux personnes âgées», *Sciences sociales et santé*, vol. 17, n° 2, p. 31-52.
- COLLIN, J., M. OTERO et L. MONNAIS (dir.) (2006). *Le médicament au cœur de la socialité contemporaine: regards croisés sur un objet complexe*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- DENIS, J.-F. (1981). «Les antipsychotiques en psychiatrie», *Santé mentale au Québec*, vol. 6, n° 2, p. 62-70.
- DORVIL, H. (2006). «Prises de médicaments et désinstitutionnalisation», dans J. Collin, M. Otero et L. Monnais (dir.), *Le médicament au cœur de la socialité contemporaine: regards croisés sur un objet complexe*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 35-66.
- DORVIL, H. et H. GUTTMAN (1997). «Annexe 1: 35 ans de désinstitutionnalisation au Québec, 1961-1996», dans *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale: pour une réponse efficace et efficiente aux problèmes des personnes atteintes de troubles mentaux graves*, rapport du Comité de la santé mentale du Québec.
- EHRENBERG, A. (1998). *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob.
- EHRENBERG, A. (2006). «Le cerveau de l'individu. Neurosciences, psychiatrie, individualisme», dans J. Collin, M. Otero et L. Monnais (dir.), *Le médicament au cœur de la socialité contemporaine: regards croisés sur un objet complexe*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 19-34.
- EHRENBERG, A. et A. LOVELL (dir.) (2001). *La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*, Paris, Odile Jacob.
- ESTROFF, S. (1998). *Le labyrinthe de la folie. Ethnographie de la psychiatrie en milieu ouvert et de la réinsertion*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo.
- FAINZANG, S. (2006). «Transmission et circulation des savoirs sur les médicaments dans la relation médecin/malade», dans J. Collin, M. Otero et L. Monnais (dir.), *Le médicament au cœur de la socialité contemporaine: regards croisés sur un objet complexe*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 267-279.
- FOLLETTE, W.C. et A.C. HOUTS (1996). «Models of scientific progress and the role of theory in taxonomy development: A case study of the DSM», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 64, n° 6, p. 1120-1132.
- GITTELMAN-KLEIN, R., B. LANDA, J. MATTES et D. KLEIN (1988). «Methylphenidate and growth in hyperactive children», *Archives of General Psychiatry*, vol. 45, p. 1127-1130.
- GORI, R. et M.-J. DEL VOLGO (2005). *La santé totalitaire: essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris, Denoël.

- GUIBORD-JACKSON, S., C. NAHAS et N. MOREAU (2011). «Le danger de la psychologie populaire», *Reflets: revue d'intervention sociale et communautaire*, vol. 17, n° 1, p. 176-179.
- HAXAIRE, C., P. GENEST, P. BODÉNEZ, C. NOUMBISSI-NANA et P. BAIL (2006). «Entre le psy et l'assistante sociale. Où mène la prescription d'antidépresseurs en médecine générale quand la souffrance se fait sociale?», dans J. Collin, M. Otero et L. Monnais (dir.), *Le médicament au cœur de la socialité contemporaine: regards croisés sur un objet complexe*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 197-222.
- HOULE, J., F. LESPÉRANCE et M.-D. BEAULIEU (2009). «Partager la décision dans le traitement de la dépression», *Le médecin du Québec*, vol. 44, n° 10, p. 27-31.
- INDUSTRIE CANADA (2011). «Profil de l'industrie pharmaceutique du Canada», *Industries des sciences de la vie*, <[http://www.ic.gc.ca/eic/site/lsg-pdsv.nsf/fra/h\\_hn00021.html](http://www.ic.gc.ca/eic/site/lsg-pdsv.nsf/fra/h_hn00021.html)>, consulté le 19 novembre 2011.
- KOLB, B. et I.Q. WHISHAW (2008). «Comment les substances pharmacologiques (drogues) et les hormones influencent-elles le comportement?», dans *Cerveau et comportement*, Bruxelles, De Boeck.
- LE MOIGNE, P. (2006). «Dépendre de soi. L'usage au long cours des médicaments psychotropes», dans J. Collin, M. Otero et L. Monnais (dir.), *Le médicament au cœur de la socialité contemporaine: regards croisés sur un objet complexe*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 91-108.
- MARTUCCELLI, D. (2006). *Forgé par l'épreuve. L'individu dans la France contemporaine*, Paris, Armand Colin.
- MARTUCCELLI, D. (2010). *La société singulariste*, Paris, Armand Colin.
- MOREAU, N. (2009). *État dépressif et temporalité. Contribution à la sociologie de la santé mentale*, Montréal, Liber.
- MOREAU, N. et F. VINIT (2007). «Empreintes de corps. Éléments de repères dans l'histoire de la médicalisation», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, n° 2, p. 34-45.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ – OMS (2011). «Traditional medicines: Global situation, issues and challenges», *The World Medicines Situation 2011*, <<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18063en/s18063en.pdf>>, consulté le 21 mai 2012.
- OTERO, M. (2005). «Santé mentale, adaptation sociale et individualité contemporaine», *Cahiers de recherche sociologique*, n°s 41-42, p. 65-89.
- OTERO, M. (2012). *L'ombre portée: l'individualité à l'épreuve de la dépression*, Montréal, Boréal.
- PIGNARRE, P. (1998). *Ces drôles de médicaments*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond.
- PRATT, L.A., D.J. BRODY et Q. GU (2011). «Antidepressant use in persons aged 12 and over: United States, 2005-2008», *NCHS Data Brief*, vol. 76, <<http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db76.pdf>>, consulté le 21 mai 2012.
- RENAULT, E. (2008). *Souffrances sociales. Philosophie, psychologie et politique*, Paris, La Découverte.
- RODRIGUEZ DEL BARRIO, L., E. CORIN et M.-L. POIREL (2001). «Le point de vue des utilisateurs sur l'emploi de la médication en psychiatrie: une voix ignorée», *Revue québécoise de psychologie*, vol. 22, n° 2, p. 1-22.
- ROSENHAN, D.L. (1973). «On being sane in insane places», *Science*, vol. 179, n° 70, p. 250-258.

- ST-HILAIRE, P.-L. (2006). « De l'usage "plastique" des antidépresseurs : un révélateur des figures de l'individu contemporain », dans J. Collin, M. Otero et L. Monnais (dir.), *Le médicament au cœur de la socialité contemporaine : regards croisés sur un objet complexe*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 109-126.
- WALLOT, H.A. (1998). *Entre la compassion et l'oubli : la danse autour du fou. Survol de l'histoire organisationnelle de la prise en charge de la folie au Québec depuis les origines jusqu'à nos jours. Vol. I : la chorégraphie globale*, Beauport, MNH.
- ZARIFIAN, É. (1994). *Des paradis plein la tête*, Paris, Odile Jacob.
- ZARIFIAN, É. (1995). « Les limites d'une conquête », *La Recherche*, vol. 280, p. 74-78.

## DE QUOI « SOUFFRENT » LES INDIVIDUS DÉPRIMÉS ? UNE RÉPONSE SOCIOLOGIQUE

Marcelo Otero

*Pour le sujet, derrière la limite de son effort, il n'y a  
d'abord que ce qui est la victime de l'épuisement,  
c'est-à-dire lui-même – sur le mode de l'effondrement.*

Peter Sloterdijk, *La mobilisation infinie*

Les récits, les descriptions et les impressions douloureusement incarnés des personnes qui ont vécu elles-mêmes l'expérience d'une dépression tracent les contours d'une épreuve, à la fois profondément intime et largement collective, qui dépasse les catégorisations usuelles l'enfermant dans une entité psychopathologique, un diagnostic médical ou une maladie du cerveau<sup>1</sup>. La notion d'épreuve, que nous empruntons librement à Danilo Martuccelli, permet d'analyser les expériences dépressives concrètes chez des individus particuliers dans un va-et-vient continuuel entre, d'une part, ce que les personnes déprimées vivent de manière individuelle et privée et, d'autre part, les significations collectives, publiques, partagées et codifiées par de nombreuses instances sur lesquelles l'individu n'a certes que peu d'influence.

---

1. Nous avons étudié l'évolution des figures nosographiques de la dépression à travers l'analyse des manuels successifs de l'Association américaine de psychiatrie, du DSM I (1952) au DSM-IV-TR (2000), dans Otero et Namian (2009a).

Les épreuves ainsi définies constituent des défis historiquement situés, socialement produits et inégalement distribués que les individus singuliers sont contraints de subir et d'affronter avec des ressources inégales et à partir de positions sociales différenciées. Dans le cas particulier de la dépression contemporaine, elle se caractérise par le fait de mettre à l'épreuve l'individualité sociale ordinaire<sup>2</sup> tout en révélant du même coup ses principales caractéristiques, exigences et promesses auxquelles tous les individus singuliers doivent d'une manière ou d'une autre se référer. Les grammaires sociétales de la dépression mordent avec conviction à la fois dans le « corps social » et dans l'« esprit social » des individus singuliers, c'est-à-dire qu'elles s'attaquent à leur individualité sociale par l'entremise de leurs expériences concrètes et irréductiblement singulières. Comme le dit Martuccelli (2006), de même que l'« ensemble d'éléments structurant l'individuation (que ce soit sous forme des facteurs structurels, des places sociales ou des épreuves) ne se situe jamais au niveau de l'individu lui-même » (p. 24), l'ensemble des « failles » de l'individualité ordinaire codées en l'occurrence comme troubles mentaux (ensemble de symptômes et signes qu'on dit cliniquement significatifs associés à une souffrance ou dysfonctionnement) ne peut être compris sans faire appel aux dynamiques collectives qui unifient, organisent et structurent les expériences individuelles.

Ainsi, la lecture latitudinale sociologique d'un ensemble d'épreuves dépressives individuelles diverses permet de saisir les *tensions typiques* qui les traversent, les caractéristiques générales qui les distinguent et les dimensions collectives qui les lient de manière spécifique en leur conférant

- 
2. L'individualité sociale ordinaire dont on parle ici est tout simplement, même si cela n'a rien de simple, celle qui a cours à un moment donné, dans une société donnée et à laquelle on doit, d'une manière ou d'une autre, se référer. C'est celle qui répond à la question « Qu'est-ce qu'un individu aujourd'hui ? » Mais s'y référer ne veut pas dire s'y identifier ou s'y plier, ou encore chercher à connaître cette individualité pour la contester ou l'abolir dans un combat individuel ou collectif, théorique ou pratique. La référence à l'individualité sociale ordinaire permet de « savoir » qui l'on est par rapport aux autres dans une société d'individualisme de masse et, de manière moins positive, de « se savoir » à un degré ou à un autre, d'une façon ou d'une autre, « en défaut », « en décalage » et, plus rarement, « en marge » de ce qu'on demande à chaque individu d'être et de faire en fonction des différentes configurations dans lesquelles il évolue : coordonnées socioéconomiques, groupes socioprofessionnels, groupes d'âge, groupes de genre, groupes communautaires, etc. En s'y référant, les individus particuliers prennent alors à la fois « connaissance » et « distance » de l'individualité sociale ordinaire qui les concerne selon leur position sociale, car s'y référer oblige à se singulariser par rapport à une référence commune qu'on doit forcément « connaître » si l'on vit en société. Pas d'individu donc sans référence à l'individualité sociale ordinaire. Pas d'individualité sociale ordinaire sans individus singuliers qui en prennent inlassablement dans chaque acte de leur vie à la fois « connaissance » et « distance » (Otero, 2012b, 2003).

une certaine unité. Nous appuyant sur plusieurs recherches menées entre 2005 et 2008, nous avons constitué un corpus de soixante récits de personnes habitant à Montréal qui ont vécu les effets complexes de l'épreuve dépressive. Même si notre échantillon n'aspire pas à la représentativité<sup>3</sup>, nous avons pris soin de reproduire autant que faire se peut les caractéristiques sociodémographiques générales des populations affectées couramment par la dépression selon les paramètres que les recherches épidémiologiques considèrent comme les plus fréquents en fait d'âge (adultes entre 20 et 60 ans), de genre (deux fois plus de femmes que d'hommes) et de caractéristiques socioéconomiques (revenus inférieurs, moyens-inférieurs, moyens-supérieurs, supérieurs).

Il s'agira dans ce texte de mieux saisir l'épreuve dépressive *qualitativement dans sa généralité* à partir d'une perspective foncièrement sociologique. Nous tâcherons ainsi d'analyser les résonances spécifiques et transversales aux expériences individuelles diverses, plutôt que de mettre l'accent sur les particularités dues, par exemple, à l'appartenance à des groupes précis (âge, sexe, revenu, etc.). Ces résonances spécifiques et transversales *réconcilient* concrètement, pour ainsi dire, les clivages de genre, d'âge et de caractéristiques socioéconomiques dans les termes mêmes imposés par la logique sociétale générale de l'épreuve dépressive. L'analyse des « tensions sociétales typiques » mises en évidence par l'épreuve dépressive<sup>4</sup> nous semble la meilleure façon de donner une réponse sociologique à la question suivante: de quoi « souffrent » les personnes déprimées?

- 
3. Les analyses présentées dans ce texte s'appuient sur un corpus de 60 entretiens qualitatifs réalisés entre 2005 et 2008. Il s'agit de 40 femmes et de 20 hommes âgés de 25 à 55 ans (environ un tiers âgés de 25 à 35 ans, un tiers de 35 à 45 ans et un tiers de 45 à 55 ans) qui ont reçu au moins un diagnostic formel de dépression majeure. Environ la moitié d'entre eux ont obtenu un diplôme universitaire, un quart ont obtenu un diplôme d'études collégiales, 20 % ont terminé leurs études secondaires et 5 % n'ont aucun diplôme. Environ 70 % des personnes interviewées occupaient un emploi à temps plein ou à temps partiel au moment de l'entretien, 15 % étaient ou retournaient aux études et 15 % ne travaillaient pas ni n'étudiaient au moment de l'entretien. Au cours de la dernière année, le « revenu du ménage » des interviewés, tel que le définit Statistique Canada, correspondait à: supérieur 42,86 %; moyen-supérieur 23,81 %; moyen-inférieur 11,90 % et inférieur 21,43 %. Enfin, environ 50 % des personnes interviewées avaient un conjoint ou une conjointe au moment de l'entrevue.
  4. Nous développons longuement les différentes dimensions sociologiques de l'épreuve dépressive dans Otero (2012a).

## 1. PREMIÈRE APPROCHE DE L'ÉPREUVE DÉPRESSIVE : INVENTAIRES ET IMAGES

*Ils sont tous à notre disposition, oui,  
tous prêts à nous aider, mais ils ne peuvent rien contre  
ce qui est en train de nous arriver en plein visage –  
parce que ça va arriver, ça doit arriver, et ce matin  
lumineux semble parfait pour que ça arrive.*

Sandro Veronesi, *Caos calmo*

La distinction anthropologique entre le corps et l'esprit est épistémologiquement problématique, mais ce n'est pas pour rien qu'elle est classique. Ce dualisme tient bon depuis des siècles, en dépit des nombreuses, élégantes et parfois convaincantes contestations de sa pertinence logique, biologique et anthropologique (Descombes, 1995 et 2004). La distinction substantielle corps-esprit continue de s'imposer systématiquement comme un outil nécessaire pour opérer un premier déblayage de la complexité des dimensions de l'individualité mises en cause par l'épreuve dépressive. Ainsi, le corps du déprimé, à la fois machine sociale et organisme individuel, est souvent décrit comme «dérégulé» en raison de défaillances de fonctionnement social (incapacité de travailler, de vaquer à ses occupations courantes, etc.), de manque d'énergie (fatigue, épuisement, ralentissement, etc.) et d'altérations des fonctions vitales (sommeil, appétit, etc.). L'esprit du déprimé, à la fois cognition et état d'âme, est décrit comme «dérégulé» en raison d'une désaffection générale (apathie, manque d'intérêt, indolence, morosité, détachement, désintéressement, etc.), d'une tristesse prononcée (pleurs, découragement, etc.), de la présence de pensées négatives (sur l'avenir, sur sa situation actuelle, sur ses capacités, sur la pertinence de rester en vie, etc.) et d'une désorganisation de la pensée (manque de concentration, perte de contrôle, incapacité de prendre des décisions, etc.). Le recours au terme «dérégulé» pour désigner ce qui ne va pas pour les individus déprimés tient au fait que les nervosités sociales d'hier (névrose) et d'aujourd'hui (anxio-dépressions) relèvent plus de la «dysharmonie quantitative<sup>5</sup>» que de la «discontinuité qualitative» en ce qu'elles révèlent des désajustements sans altérer l'essence de ce qui est

---

5. Freud (2001) utilisait cette expression pour montrer que les névrosés étaient : 1) des gens «presque ordinaires», une foule de «presque normaux», soumis aux mêmes sentiments désagréables, épreuves et problèmes que les individus «tout à fait» ordinaires (ou normaux) supportent plutôt bien, et 2) plus «fragiles», dirait-on aujourd'hui, que les autres individus à cause de certaines «disharmonies quantitatives» (innées, acquises, événementielles) hypothétiques qui ne se révèlent qu'après-coup avec la manifestation concrète des symptômes névrotiques.

désajusté. On pourrait dire que le terme « dérégulé », plutôt que, par exemple, le terme « dénaturé », réfère à des variations anormales (au sens de statistiquement inusuelles) des dimensions normales (au sens de courantes) de l'existence humaine indissociablement organique, psychologique et sociale.

On peut résumer schématiquement l'essentiel du drame de l'individu déprimé en deux expressions très générales: « ne pas pouvoir » (défaillance du fonctionnement, de l'action, de l'énergie vitale) et « ne pas pouvoir vouloir » (défaillance de la motivation, de l'envie, de l'intérêt). Les personnes ayant éprouvé l'expérience de la dépression ont recours à deux procédés généraux pour saisir les traits essentiels d'une épreuve que l'on dit en première instance insaisissable: les inventaires et les images. En ce qui concerne les premiers, les énumérations des handicaps, les descriptions de « ce qui ne va pas » pour définir « ce qui est arrivé », voire ce qui leur est « tombé dessus », placent dans un premier plan la question de la fatigue invalidante (« extrême », « incroyable », etc.), ensuite celle du désintéressement-tristesse continue (« accablant », « tout le temps », « beaucoup », etc.) et enfin celle du dérèglement vital de l'organisme (sommeil, appétit, etc.). L'essentiel du registre de l'expérience dépressive se situe, dans un tout premier temps, entre deux pôles clairement dominés respectivement par la « fatigue triste » et la « tristesse accablante », dont l'effet commun dévastateur est la défaillance du fonctionnement social, voire dans certains cas l'impossibilité de toute activité.

- *C'est une fatigue incroyable, vraiment pas de ressort pour rien faire. C'est comme pas d'énergie, pas d'intérêt. Pas de plaisir non plus. Prendre des décisions, c'est l'enfer, même des décisions niaiseuses. Tous les jours, c'est vraiment difficile. Découragement, être triste tout le temps, avoir envie de pleurer.*
- *C'est une fatigue extrême, beaucoup de pleurs, beaucoup de chagrin, beaucoup de tristesse et beaucoup de nostalgie, mais beaucoup de symptômes physiques aussi. À quelques reprises j'ai perdu beaucoup de poids, j'avais des troubles de sommeil. Aussi, en dernier, juste avant que je consulte, j'avais les idées pas mal noires, très très noires, et, aussi, je manquais de coordination.*
- *C'est une fatigue extrême, épuisement, je pleurais pour rien. Et puis, je ne comprenais plus rien, le monde me parlaient, pis c'était comme s'ils me parlaient en chinois, je comprenais absolument rien là, je ne retenais plus ce qu'on me disait. Je n'étais plus capable d'opérer, de fonctionner, aucune énergie, aucune concentration sur quoi que ce soit, même écouter la télé c'était pénible. Je comprenais rien, là, vraiment, c'était tout mêlé.*
- *C'est plus une kyrielle de symptômes que j'ai vécus, comme l'insomnie, l'anxiété, la perte d'intérêt pour des activités que j'aime, une tristesse accablante. Il peut survenir aussi des idées suicidaires, c'est sûr.*

- *C'est beaucoup les douleurs physiques. C'est tout, l'angoisse, l'anxiété, l'insomnie, l'incapacité de se concentrer, l'incapacité de prendre une décision. Incapacité d'agir. Perte d'énergie, pas du tout d'énergie. C'est ça être dépressif.*

Presque aussi souvent que les inventaires de « ce qui ne va plus », ce sont les images, les métaphores, les analogies (abîme, engrenage, entonnoir, sablier, etc.) qui permettent d'illustrer le théâtre de cette épreuve qui saisit le cœur de l'individualité. Cinq types d'images, seules ou combinées, sont les plus fréquentes. Les images « descendantes » (on tombe, on descend, on glisse, on est aspiré, on coule, etc.); celles de la transformation de sa propre « consistance » (masse informe, désagrègement, effacement, réduction en bouillie, alourdissement, etc.); celle de l'usure ou de la brisure d'un mécanisme (ressort, engrenage, pièce d'une machine, etc.); celles de l'entité étrangère en soi (bête qui gruge, moteur de la dépression qui prend le contrôle, l'« autre » malade en soi, etc.); celles plus classiques, mais beaucoup moins fréquentes, de l'âme traquée, voilée ou atteinte (noirceur, déchirure, désamour, mal-être profond, etc.).

- *C'est comme un abîme dans lequel tu tombes, tu ne sais pas exactement c'est quoi et t'atteins jamais le fond. Tu ne sais jamais ce qui va se passer mais c'est de pire en pire. C'est comme un engrenage que t'es pas capable de stopper toi-même.*
- *J'ai eu l'impression de tomber dans une autre dimension, dans un tunnel sans fond vraiment, c'est comme si le plancher m'était parti d'en dessous des pieds à ce moment-là.*
- *C'est comme si t'es un peu fait en sable. Tranquillement, tu t'effaces dans l'entonnoir. Tu t'en vas, tu ne veux pas aller vers l'entonnoir mais il y a quelque chose qui t'attire.*
- *Je me sentais étouffée, comme deux mains qui m'étouffaient.*
- *Tu as l'impression de marcher avec un boulet, tu te sens pesant.*
- *C'est une espèce de bête qui va se nourrir de toi, puis qu'elle va te faire passer la pire période de ta vie.*
- *C'est une machine qui est allée trop au bout, qui s'est usée. Ce n'est pas par hasard si les liquides ne passent plus dans notre cerveau là. On les a usés, ce n'est pas compliqué.*
- *C'est un mal de vivre qui est tellement profond qu'on n'est même pas capable d'aller le chercher.*
- *Ton cerveau c'est de la bouillie. Il n'y a rien. C'est une masse informe, tu ne contrôles pas ta vie. C'est le moteur de la dépression même qui te guide. Il te guide vers le bas, mais c'est une ancre en fait là, une ancre qui tombe à l'eau. C'est-à-dire que tu descends avec.*
- *Personnellement, étant new age en quelque part, la dépression est une déchirure de l'âme.*

- *C'est la noirceur, c'est noir, c'est comme l'obscurité, c'est la solitude, l'enfermement. Toutes ces images de solitude, de tristesse, de manque d'amour pour soi-même aussi. C'est juste ça la dépression.*

Tout comme les inventaires des dysfonctionnements, handicaps et symptômes, les images et métaphores dépressives à la fois maintiennent et brouillent le partage corps-esprit. En effet, « qui » bascule dans l'abîme, glisse dans le tunnel ou s'efface dans le sable? « Qui » porte le boulet, ou croule sous le plancher? « Qui » est la masse informe ou le cerveau en bouillie? L'esprit sans le corps? Même dilemme pour les inventaires dépressifs: « qui » est extrêmement fatigué? « Qui » est accablé de tristesse? « Qui » n'arrive pas à dormir? Le corps sans l'esprit? La distinction corps-esprit se révèle aussi maladroite et inadéquate qu'incontournable et utile lorsqu'il s'agit d'esquisser « en première instance » ce qui arrive aux personnes déprimées et même « où » ça arrive. En effet, le plus souvent, c'est le corps des déprimés « qui ne peut pas » et c'est l'esprit des déprimés « qui ne peut pas vouloir », voire tout simplement « qui ne veut pas ». Mais, on le sait, en sociologie, ce qui compte est classiquement la « dernière instance » plutôt que la première. Creusons un peu plus ce partage anthropologique classique qui montre toujours son utilité lorsqu'il s'agit de décrire « ce qui ne va pas », ou bien « où cela ne va pas » chez les personnes déprimées.

## 2. LE CORPS DÉRÉGLÉ DE L'INDIVIDU DÉPRIMÉ : NE PAS POUVOIR

*Ce qui fait que j'éprouve un grand malheur, c'est que j'ai un corps. Si je n'avais pas de corps, quel malheur pourrais-je éprouver?*

Tao-tö king, XIII

La dépression s'adresse à l'individualité sociale ordinaire par l'entremise de deux injonctions générales et le plus souvent complémentaires: ne pas pouvoir et ne pas pouvoir vouloir. Ces expressions sont approximatives mais reflètent, forcément avec des limites, des problèmes concrets qui touchent les personnes déprimées. De quelle manière le corps d'un déprimé est-il déréglé? La difficulté majeure à laquelle fait face le déprimé est la diminution, le ralentissement, le blocage, l'entrave, l'arrêt, l'impossibilité de l'action. Le blocage peut être parfois soudain, foudroyant, spectaculaire et sans appel.

- *Je n'étais plus fonctionnelle, je ne pouvais plus rien faire, c'était vraiment hallucinant. Et ce n'était pas du tout psychologique comme symptôme.*
- *Une journée au travail j'ai complètement craqué, je me suis complètement effondré au bureau.*
- *Une paralysie temporaire, pas très longue, mais comme trois jours où j'étais comme cloué à mon lit, je n'étais plus capable de bouger.*

- *Comme si j'étais tombée au combat.*

Dans d'autres occasions, c'est l'idée d'un processus de longue haleine qui est privilégié par les déprimés, ce qui est illustré parfois par l'usure progressive d'un certain ressort ou élastique interne qui finit par lâcher définitivement.

- *Tu perds progressivement tes moyens.*
- *L'élastique est étiré, étiré, étiré. À un moment donné, s'il ne s'étire plus, il casse. C'est vraiment le sentiment que j'ai eu.*
- *Je n'arrivais plus du tout à travailler. J'avais l'impression que mon ressort était cassé.*
- *Ça commençait sérieusement à affecter mon fonctionnement normal, que je n'étais plus capable d'assumer mes responsabilités, parce que je perdais mes moyens carrément, tous mes moyens de fonctionnement.*

Le blocage du «fonctionnement» du corps, assimilé parfois à une «machine», est souvent très important. Toute activité soutenue doit alors être suspendue. L'idée du corps matériel comme support mécanique d'un esprit qui ne réussit plus à lui imposer ses directives ou à faire sa volonté est souvent avancée. Le déprimé constate, fort étonné, que tout simplement il «ne peut pas».

- *Mon corps ne me répondait plus.*
- *Toute la machine ne fonctionnait plus.*
- *Je n'arrivais pas à fonctionner quand je me levais, et ça, c'est quand je me levais.*
- *Quand tu es déprimé, tu ne fonctionnes pas.*
- *Tu ne peux plus fonctionner, tu es vraiment dans un état végétatif. Tu ne peux pas fonctionner du tout du tout.*
- *J'étais vraiment non fonctionnel. Je suis quelqu'un qui fait énormément de sport, puis j'étais plus capable de rien faire. Zéro.*
- *Je n'étais pas capable plus capable de conduire, je n'étais pas capable de sortir de chez moi.*
- *Je ne suis plus capable de fonctionner.*

Même si la panne du fonctionnement est, ou peut devenir à un moment donné, totale, mettant la vie en péril, c'est l'arrêt au travail qui est le plus mentionné et commenté en long et en large par les personnes déprimées. L'arrêt au travail est hautement symbolique, parce qu'il est le lien essentiel au monde «actif» en tant que véritable locus de la performance sociale et de la productivité. La dépression oblige d'interrompre ce lien parce qu'il devient physiquement intenable et parfois même psychologiquement intolérable. Les liens complexes entre travail et dépression sont, on y reviendra longuement, constamment évoqués et problématisés comme théâtre privilégié de l'ambivalence du drame de l'épreuve dépressive.

- *J'étais content d'aller travailler, là c'est rendu une sainte horreur, puis ce n'est pas la job, ce n'est pas le travail la cause.*
- *Juste penser de travailler, ça te fait vomir, à un moment donné, il faut que t'arrêtes.*
- *Je ne faisais comme plus d'efforts. Je faisais le minimum. Je travaillais, je détestais ça. Je revenais chez nous, j'étais à bout.*
- *Je savais qu'il y avait un lien entre mon travail et la dépression, parce que là, je n'étais plus capable d'y être physiquement, je n'étais plus capable d'être au travail.*

Ne pas fonctionner, et dans une moindre mesure diminuer ses performances habituelles, c'est en effet un drame, c'est le drame premier du déprimé, mais c'est le drame de tout être « dysfonctionnel », peu importe la source du blocage ou de la dégradation de la performance. Le terme « fonctionner » est partout et sous toutes les déclinaisons dans les récits des déprimés, car fonctionner c'est au bout du compte exister socialement et individuellement. Non pas penser ou sentir, l'essentiel est, par-dessus tout, de « fonctionner ». Et c'est au travail plus que partout ailleurs qu'on fait preuve quotidiennement de « fonctionnement », c'est-à-dire d'existence sociale et individuelle.

On existe certes « pour les autres » qui nous regardent, nous évaluent, nous jugent, mais c'est également « par les autres » qu'on existe « pour soi-même », qui est aussi « les autres » autrement. Comment peut-on être « les autres autrement » dans une société d'individualisme de masse ? Dans sa « moyenne à soi », c'est-à-dire dans sa *singularité sociale*. Il ne faut pas oublier qu'on parle ici de « fonctionner-exister », non pas de déployer de grandes performances, de réussir sa vie, d'entamer une grande carrière, d'être parmi les meilleurs ou de poursuivre des buts inatteignables. Il s'agit tout simplement de réussir à « tenir à sa place », comme on pouvait le faire plus ou moins avec des variations d'intensité courantes (des hauts et des bas) jusqu'à hier. C'est-à-dire de pouvoir juste se fondre (« à tous » et « tous les jours » dans la routine courante en faisant preuve de sa « moyenne à soi », de sa singularité sociale, de son individualité propre. Et ce, non seulement sous le regard de ceux et celles qui sont habitués de nous voir « fonctionner » dans un certain registre de performance et avec une certaine intensité, mais aussi sous notre propre regard qui, dans l'intimité, évalue sans pitié le « rythme à soi » de son existence. La « moyenne à soi » du déprimé est sérieusement compromise en termes massifs, essentiels et décisifs de fonctionnement, c'est-à-dire d'existence. Peut-on le dire mieux que cet individu déprimé ?

- *Je ne serai plus capable de fonctionner selon les attentes autour de moi au travail, mais selon mes attentes à moi non plus. Les attentes pour que tu sois comme incognito. Dans le fond, que les gens disent « Ça fonctionne pour toi. » Donc tu as besoin de tous ces éléments-là pour que tu continues*

*à fonctionner, c'est ça que je veux dire. Dans ce sens exister, c'est de fonctionner, d'être en mesure de fonctionner, comme les gens sont habitués de te voir fonctionner et comme toi tu penses que c'est de fonctionner et d'être bien.*

Si l'existence indissociablement individuelle et sociale est gravement menacée parce que le « corps-machine », ou la machine corporelle, est entravée, bloquée, en panne, est-ce à cause de la mécanique ou du combustible ? La question de l'« énergie » en psychologie a une longue tradition de débats qui vont de l'organicisme classique à l'humanisme *new age* en passant par la psychanalyse la plus orthodoxe<sup>6</sup>. Si tous s'entendent pour postuler l'existence d'une certaine « énergie » qui joue un rôle essentiel dans la vie psychique des humains, on ne s'accorde pas sur ce qu'elle est exactement, c'est-à-dire d'où elle vient, où elle loge et, surtout, de quoi elle est faite. Freud a sans doute visé juste, encore une fois, en affirmant qu'« une certaine énergie entre en jeu dans la vie psychique, mais toutes les indications qui nous permettraient de comparer cette énergie à d'autres font défaut » (Freud, 2001, p. 27). Comme dans le cas du partage « corps-esprit », le postulat de l'existence d'une certaine forme d'« énergie en jeu » dans le psychisme se montre encore une fois simultanément problématique et utile lorsqu'on doit aborder les difficultés majeures du « fonctionnement ». L'énergie altérée, diminuée, amoindrie, soudainement consommée, grugée par les dynamiques dépressives se traduit chez les personnes déprimées comme un état de fatigue<sup>7</sup> insidieux, indéfinissable et insituable, tout comme les frontières entre le corps et l'esprit et leurs hypothétiques points et ponts de passage. Tous les cas de figure, seuls ou combinés, sont alors possibles : le corps est fatigué, le mental est fatigué, le cerveau est fatigué, le corps et l'esprit sont fatigués, etc.

- *Une fatigue mentale c'est beaucoup plus néfaste qu'une fatigue physique. Une fatigue physique tu te reposes, tu prends un bon bain chaud et possiblement tu es correct. Une fatigue mentale, que tu sois tout seul ou avec beaucoup de monde, couché ou en train de faire n'importe quoi, c'est en train de te ronger graduellement. Alors j'avais un peu comme le cerveau fatigué.*
- *J'étais fatiguée, pas d'énergie, une fatigue je dirais même physique.*
- *C'est dur à expliquer mais une fatigue dans la tête très très puissante. J'ai fait beaucoup de sport, ce n'est pas pareil, c'est un autre type de fatigue.*
- *Épuisement total, physique et mental.*
- *Parce qu'en plus de souffrir dans notre tête, on souffre dans notre corps.*

6. Voir le chapitre 4, « L'aggiornamento de l'humanisme thérapeutique », dans Otero (2003).

7. Voir à ce sujet Loriol (2000).

La différence entre les problèmes de fonctionnement et la panne de l'action, d'une part, et le manque d'énergie, la fatigue et l'épuisement, d'autre part, est loin d'être nette, mais elle existe dans les récits des personnes déprimées. Les métaphores et les images employées pour les décrire illustrent cette différence : le ressort cassé, la corde usée, l'élastique rompu par opposition au fait d'être vidé, à plat, à terre, amorphe. L'énergie est un terme que tout déprimé intègre à son vocabulaire.

- *Non, je n'ai pas l'énergie. C'est ça que je trouve bizarre. Pas d'énergie. Avant c'était le mot que je n'avais pas dans mon vocabulaire.*
- *La dépression? C'est vraiment être à terre, à terre, à terre, complètement.*
- *C'est être complètement amorphe.*
- *Il n'y a plus d'énergie, y a plus rien, c'est une chute.*

Une autre différence entre problèmes de fonctionnement (machine) et manque d'énergie (combustible) est le contexte dans lequel on situe la difficulté. En général, c'est au travail qu'on ne fonctionne pas et c'est à la maison que le manque d'énergie se manifeste ou, du moins, s'illustre le mieux. Le décor du « manque d'énergie » demeure l'intimité du chez-soi, comme si le spectacle pénible d'assister à sa propre invalidité fonctionnelle, à cette forme d'inexistence sociale et individuelle, exigeait le plus de discrétion et le moins de témoins possible.

- *Pas avoir d'énergie, c'est se traîner dans la maison.*
- *C'est de ne même pas avoir d'énergie pour prendre une douche.*
- *Je n'ai même pas l'énergie pour faire la vaisselle.*
- *Je n'étais pas capable de rien faire. Juste me lever pour aller à la salle de bain, c'était pénible.*
- *Je me levais je déjeunais et je prenais ma douche et j'allais me recoucher. C'était difficile de se lever.*
- *Pas capable de se faire un repas. Juste penser à se laver, c'est comme une corvée.*

Le manque d'énergie est rarement un phénomène modéré ou accessoire ; il est plutôt radical et dramatique. La métaphore « tout devient une montagne » est fréquente, de même que les qualificatifs qui signalent la sévérité inquiétante et sans appel de la difficulté éprouvée.

- *Tout devient comme une montagne.*
- *J'étais vraiment sans aucune énergie.*
- *Il y avait un épuisement général.*
- *T'es tellement épuisé que tu ne peux pas dormir.*
- *Cette fatigue extrême, tu te demandes jusqu'où tu vas aller, tu as atteint le fond, fait que tu ne peux pas aller plus bas que ça.*
- *Manque d'énergie totale.*
- *Je n'étais plus capable de rien faire.*

De manière générale, les deux grands dérèglements du corps déprimé sont d'ordre « mécanique » (fonctionnement) et « énergétique » (épuisement) et ils se situent le plus souvent (ou se manifestent) respectivement au travail et à la maison. Au travail, on fait preuve de dysfonctionnement surtout devant les autres et, chez soi, on fait preuve de manque d'énergie surtout devant soi. Toutefois, deux autres dérèglements moins, voire pas du tout, « spécifiques » de la dépression accompagnent le parcours éprouvant des personnes déprimées : les difficultés du sommeil et les variations de l'appétit. Pour ceux et celles qui n'en sont pas à leur première dépression, le dérèglement du sommeil devient « un gros baromètre » et même le « symptôme annonciateur de ce qui viendra ». Parfois c'est l'insomnie qui prime, parfois c'est l'hypersomnie. Parfois c'est l'alternance entre les deux ou encore le dérèglement irrégulier.

- *Le sommeil est complètement déréglé.*
- *J'ai toujours beaucoup dormi, des 12 heures, là je dormais des 4 heures par nuit.*
- *Je dormais à peu près deux ou trois heures par nuit.*
- *Tu te couches et là t'attends que le sommeil vienne puis, finalement, tu ne dors pas bien, tu fais des cauchemars. T'es en sueur.*
- *J'ai beaucoup d'insomnie, se réveiller au milieu de la nuit, de la misère à se rendormir, se réveiller de bonne heure le matin.*
- *Je dormais 18 heures par jour.*
- *Je pouvais dormir 20 heures par jour.*

Les dérèglements de l'appétit, et la conséquente prise ou perte de poids, sont fréquemment mentionnés, mais rarement considérés comme des signes annonciateurs ou spécifiques d'une dépression. Alors que les dérèglements du sommeil sont presque toujours présentés, tout simplement, comme un fait, voire un symptôme (on dort peu, on dort trop, le sommeil ne vient pas, etc.), les dérèglements de l'appétit sont souvent associés de loin ou de près à des déterminants plutôt psychologiques (désintérêt, somatisations d'émotions, abandon de soi, etc.), ce qui remet en question leur rangement parmi les dérèglements du corps déprimé.

- *Je n'avais plus le goût de manger.*
- *À quoi bon manger ?*
- *Je mange mes émotions.*
- *Je n'avais aucun appétit, aucune envie.*

Il est en effet difficile de justifier l'inclusion des dérèglements des conduites alimentaires dans les composantes imaginées du dérèglement du corps déprimé. Si l'on s'attardait sur le rapport à la sexualité (l'énergie sexuelle, la libido, le désir sexuel, etc.), cette difficulté serait encore plus marquée, sauf que la mention du dérèglement du désir, le plus souvent

de son inhibition, est presque absente des récits des personnes déprimées. Et ce, pour une raison très simple: il s'agit d'un enjeu mineur par rapport à toutes les autres difficultés physiques, psychologiques et fonctionnelles éprouvées par les individus déprimés. Pas la gêne, le tabou ou les dimensions de l'intimité difficiles à aborder en entrevue, mais plutôt sa moindre importance dans l'économie de l'individualité aux prises avec l'épreuve dépressive. L'absence remarquable de la sexualité comme enjeu significatif sur les plans étiologique et symptomatique dans l'univers des personnes déprimées est l'une des ruptures symboliques les plus significatives avec les anciennes névroses freudiennes.

Enfin, le corps des déprimés fait l'objet à l'occasion d'autres doléances variées (mal de dos, fièvre, battements de cœur accélérés, maux de ventre, constipation, mal au cœur, mal à la tête, rhumes, diarrhées, etc.), et ce, avant que ne soient entrepris des traitements psychopharmacologiques qui parfois induisent de tels effets secondaires<sup>8</sup>. Ces doléances, difficultés, symptômes sont en quelque sorte « suspects », car ils remettent en question d'autres frontières: celles qui distinguent les catégories psychopathologiques les unes par rapport aux autres. En effet, maux de ventre, battements de cœur accélérés, diarrhées, etc., incarnent la possible contamination « corporelle » des univers dépressifs et anxieux et l'instabilité actuelle de leurs frontières poreuses à l'intérieur de la nervosité sociale.

Le corps déprimé est ainsi celui du « ne pas pouvoir »: ne pas pouvoir fonctionner au travail sous le regard des autres et de soi-même; ne pas pouvoir fonctionner minimalement souvent sans témoins gênants dans l'intimité du chez-soi; ne pas pouvoir gérer les ressorts essentiels de son organisme; ne pas pouvoir trouver le moindre souffle vital pour exister socialement et individuellement. Le corps du déprimé est à la fois une machine sociale grièvement défailante et un organisme individuel sévèrement altéré dans ses fonctions vitales. Corps-machine et corps-organisme déréglés montrent à quel point la « moyenne à soi » du déprimé est sérieusement compromise en termes massifs, essentiels et décisifs de fonctionnement et de vitalité, c'est-à-dire d'existence sociale, individuelle et organique. Mais qu'en est-il de l'« esprit déprimé »?

---

8. Pour une analyse approfondie du rapport complexe des individus aux antidépresseurs, voir Otero et Namian (2009a).

### 3. L'ESPRIT DÉRÉGLÉ DE L'INDIVIDU DÉPRIMÉ : NE PAS POUVOIR VOULOIR

*La subjectivité c'est cinématiquement l'effort-que-je-suis.  
Les limites de mon effort sont les limites  
de mon « tenir », les limites du tenir tête, du soutenir,  
du tenir ferme, de l'abstenir, de l'entretenir.  
Là où l'effort se termine, notre aptitude à nous tenir  
debout de nous-mêmes parvient à sa limite,  
là commence « ce qui gît autrement ».  
Peter Sloterdijk, *La mobilisation infinie**

L'univers de l'esprit déréglé du déprimé relève en principe du domaine général du « ne pas pouvoir vouloir » plutôt que de celui du « ne pas vouloir ». Mais, comment le savoir avec certitude ? Les personnes déprimées voudraient « pouvoir vouloir », mais elles « ne peuvent pas », « n'y arrivent pas », « ne réussissent pas ». Les composantes de l'univers de l'esprit déréglé du déprimé sont, en ordre d'importance, la désaffection (déconnexion, apathie, désintéressement, inertie, etc.), la tristesse (les pleurs, la nostalgie, la mélancolie, etc.), le pessimisme (pensées négatives, avenir sans issue, etc.), l'autodévalorisation (mauvaise estime de soi, sous-estimation de ses capacités personnelles, etc.), la perte de contrôle de ses pensées et de son autonomie (manque d'initiative, confusion, concentration, etc.) et, enfin, l'autodestruction (pensées suicidaires, abandon important de sa personne, etc.).

La désaffection et la tristesse sont sans aucun doute les deux traits principaux du dérèglement de l'esprit déprimé, si l'on pouvait bien entendu les définir de manière satisfaisante. De quoi parle-t-on exactement lorsqu'on dit désaffection ou tristesse ? Ces termes conviennent-ils ? À quoi correspondent-ils exactement ? Les personnes déprimées mobilisent des champs sémantiques larges, complexes, imprécis et parfois contradictoires pour investir ces termes et les hybridations (désintéressement triste, tristesse apathique, etc.) ne sont pas rares. Goethe, souvent cité par Freud pour illustrer les paradoxes existentiels du bonheur et du malheur, disait que tout peut se supporter dans la vie, sauf une succession de beaux jours. Que dire alors d'une succession de jours ternes, fades, inintéressants qu'on doit subir plutôt que vivre ?

- *Tous les jours étaient pareils.*
- *Je subissais ma vie plutôt que la vivre.*
- *J'étais comme rendue à un point que tout était plate.*
- *C'est que la vie n'est plus quelque chose d'agréable.*

Toutefois, lorsqu'on tente de comprendre et de s'expliquer les déterminants de l'insupportable succession goethéenne de jours sans relief, ce n'est pas le métaphorique climat extérieur de l'existence qui est signalé,

mais le plus consistant climat intérieur des humeurs. C'est l'esprit (volonté, motivation, désir, tonus, intéressement, etc.) qui est responsable en principe du « climat extérieur » et non l'inverse. On ne veut rien, on n'a envie de rien, on ne désire rien, on n'a le goût de rien, on ne s'intéresse à rien et on n'a aucune volonté pour faire quoi que ce soit. De plus, on ne peut rien faire pour changer les choses.

- *Désintérêt total de tout.*
- *Tu n'as le goût de rien.*
- *Tu n'as aucun intérêt dans la vie, aucune stimulation.*
- *Je n'avais plus d'intérêt dans rien.*
- *T'as plus envie de rien.*
- *Un grand manque de désir, de vouloir quelque chose. Je ne voulais plus rien faire.*
- *Je n'avais même peut-être pas la volonté.*
- *Je ne sais pas ce qui se passe, je n'ai plus de motivation.*

Comme dans le cas du manque d'énergie du corps déprimé, la désaffection de l'esprit est située de préférence dans le théâtre intime et très souvent solitaire du chez-soi. On est couché dans son lit, allongé sur le divan, écrasé sur le sofa en face de la télévision, à rien faire, ou presque.

- *J'étais toujours couchée sur le divan.*
- *Je me levais et je traînais. Pourquoi je me lève? Je n'ai rien à faire.*
- *Je me suis couchée sur le sofa.*
- *Tout ce que je faisais, c'est de me bercer pis regarder les revues futiles.*
- *On reste couché pendant des heures et des heures. On a beaucoup de difficulté à sortir de la maison.*
- *Je peux passer 8-10 heures devant la télévision.*
- *Avoir le goût souvent de juste être couché à rien faire.*

Comme dans le cas du manque d'énergie encore une fois, il y a rarement de demi-mesures lorsque le puissant « goût de rien faire » s'installe commodément dans l'esprit du déprimé. Le débranchement, la déconnexion, l'apathie est très souvent sévère, profonde, inquiétante. On fonctionne « au radar », on vit dans « sa bulle », on est « dans la brume ».

- *Je m'enfermais chez moi, tout seul, puis je vivais dans ma bulle.*
- *Tu n'es plus connecté avec les autres, t'es dans ta petite bulle.*
- *Je fonctionnais complètement au radar.*
- *J'avais l'impression d'être dans une sorte de brume.*
- *J'avais vraiment le goût de tout lâcher.*

Certains cas de figure sont fort éloquentes au moment d'illustrer la déconnexion du déprimé de toute vie « active » : l'assisté social qui n'a rien à attendre de la vie, la personne âgée en institution, le zombie, même

le légume. Il n'y a rien à faire, on ne fait rien, on ne veut rien faire et on ne sait plus pour quelles étranges raisons on est « gardé en vie » dans ces conditions pénibles, improductives et sans issue apparente.

- *C'est comme si j'étais un peu sur le BS, ou une personne âgée dans un centre d'accueil.*
- *J'étais à la maison, je ne faisais plus rien, on aurait dit un zombie. C'était comme le néant.*
- *Tu peux avoir l'image d'un zombie, quelqu'un qui était comme pas vraiment en vie et qui faisait juste vraiment juste un corps-là qui était gardé en vie pour des raisons nébuleuses.*
- *Complètement légume.*
- *T'es dans un autre monde. T'es rendu tellement végétatif.*
- *Je faisais rien, je ne travaillais pas, je n'allais pas à l'école, rien qui se passait dans ma vie.*

La déconnexion du monde, l'enfermement en soi-même et, littéralement, dans sa propre demeure mènent dans certains cas à la négligence de soi, à l'abandon de soi, voire à une mort lente.

- *L'hygiène personnelle? Il n'y en a plus.*
- *Je ne faisais pas le ménage. C'est spécial vivre ça.*
- *Te laver, ça t'intéresse plus. Te raser, ça t'intéresse plus*
- *C'était le bordel à grandeur dans la maison, je ne me lavais plus, j'étais tout seul, je m'en foutais.*
- *Tu penses même pas à manger, à te laver, à t'habiller, rien de ça.*
- *Je n'y suis pas. Je laisse un rond ouvert avec de l'eau, je fais bouillir de l'eau, j'oublie ma casserole.*
- *Tu te sens comme inutile, tu te demandes pourquoi tu vis. Tu veux te laisser mourir, carrément.*

« Ne pas pouvoir vouloir », ou parfois « ne pas vouloir », ne suppose pas, n'exige pas et surtout ne signifie pas toutefois être triste. Il s'agit d'un autre registre de « ce » qu'on éprouve, plutôt que de « ce » qu'on ressent, même si les limites ne sont pas toujours claires et nettes. Si la dépression contemporaine ne ressemble pas à l'ancienne passion triste, un grand nombre de déprimés pleurent beaucoup, souvent et de manière incontrôlable. Pourquoi pleurent-ils, les déprimés, et pourquoi pleurent-ils autant ?

- *Tu te lèves en pleurant.*
- *Je pleurais facilement.*
- *Je pleurais, je pleurais, je pleurais.*
- *Je pleure souvent.*
- *Je pleure tout le temps.*
- *Je pleure pour rien.*
- *Des crises de larmes interminables.*

Qu'est-ce que des expressions telles que « tout passe par les pleurs », « pleurer pour rien », des « pleurs incontrôlables », des « crises de larmes interminables » peuvent bien vouloir dire? Tristesse et pleurs sont-ils nécessairement liés? Les personnes déprimées ont la conviction, voire la certitude, que les pleurs qui les assaillent n'ont pas grand-chose à voir avec les émotions ordinaires qu'elles connaissent et qu'ils sont encore moins justifiés par des raisons ou des événements déterminés. Étrangement, les dérèglements des conduites alimentaires sont associés de manière plus claire à des déterminants psychologiques que les pleurs, les larmes, les sanglots. Comme si c'était le corps plutôt que l'esprit qui est dérégulé: on ne peut pas ne pas pleurer et on ne peut pas arrêter de pleurer. C'est juste comme cela, c'est un fait.

- *Je pouvais passer deux trois jours à pleurer et j'étais plus capable d'arrêter.*
- *Le pire, c'est que tu n'arrêtes pas de pleurer.*
- *Ce n'est pas normal, ça, de pleurer toujours, tout le temps, à tous les jours.*
- *Dans mon cas, ça a été ces pleurs incontrôlables, je n'ai pas cessé de pleurer. La moindre petite émotion, la moindre petite chose, tout me passe par la larme, le pleur.*
- *Je dis pas que je ne pleure pas mais pleurer comme ça, être à terre, être fatigué, épuisé pas voir la lumière au bout du tunnel, c'était vraiment comme ça que je me sentais.*
- *Tout passe par mes pleurs.*

On peut pleurer d'impuissance, d'insécurité, d'incertitude, d'énervement, de rage, de stress, on peut même pleurer à cause d'une succession gothéenne de beaux jours. Mais pourquoi, au juste, les personnes déprimées pleurent-elles? La plupart d'entre elles n'arrivent pas à l'expliquer autrement qu'en signalant une compulsion à le faire, un état d'énervement, d'hypersensibilité émotive, un malaise profond, indéfinissable et sournois. Est-ce cela l'« humeur triste » ou l'« humeur dépressive » dont les psychiatres parlent? S'agit-il vraiment d'une « émotion » sans objet précis, mais plus marquée, saisissante et compulsive que la simple « tristesse » compréhensible pour des raisons plus ou moins repérables sans être pour autant « autre chose »? Ou bien s'agit-il en effet d'un état d'âme particulier, sans être forcément une « émotion », qui est qualitativement différente de la tristesse? Sensation prégnante, envahissante et soutenue, néanmoins du même registre que le fait de « ne pas avoir le moral », ou bien sensibilité « dépressive » spécifique? La seule certitude: l'omniprésence de pleurs « pour rien » ou, encore, pour « presque rien ».

- *Tu ne sais pas nécessairement pourquoi tu pleures parce que y en a tellement trop d'accumulé, tu ne le sais plus.*
- *Quand je pleurais, c'était de l'énervement, c'était de stress, ce n'était pas pleurer parce que j'étais triste.*

- *Je ne savais pas pourquoi je pleurais, il fallait juste que je pleure. Puis, quand je pleurais, il me semble que ça n'allait pas mieux, puis je pleurais toujours plus.*
- *Je me mettais à pleurer, je n'étais pas capable de dire pourquoi mais je ressentais vraiment un malaise profond.*
- *Quand tu es en dépression t'as pas trop le moral, t'as juste envie de brailler et d'être chez vous, de t'écraser.*

Pour certains, même s'ils ne sont pas nombreux, le mot tristesse peut être encore utile pour établir un point de repère, ne serait-ce qu'approximatif, par rapport à des expériences connues afin de mieux dégager et souligner ce qu'on éprouve de différent lorsqu'on pleure. C'est « autour de la tristesse », mais sévère, profonde, lourde ou persistante. C'est « autour de la tristesse », mais aux effets clairement handicapants, invalidants, paralysants. C'est « plus ou moins » dans le registre de la tristesse, mais sans y appartenir exactement.

- *Pas la tristesse, il faut que ce soit plus bas que ça. Parce que la tristesse, tout le monde en vit de la tristesse. Quand je suis triste, ce n'est pas grand-chose pour moi. Ce n'est pas grave.*
- *C'était comme une tristesse, une lourdeur.*
- *Spleen, mélancolie, c'est pas mal pareil. Mais la dépression, je dirais que c'est encore plus profond.*
- *J'étais tout le temps, tout le temps, tout le temps déprimée, c'est-à-dire que je me sentais triste, peu importe que c'était quelque chose de beau dans ma vie ou quelque chose de mauvais, j'étais triste, ça ne fonctionnait pas, je pleurais chaque soir.*
- *La tristesse s'installe beaucoup, une tristesse qui me met dans un état quasiment végétatif, où je passe mes journées toujours couché. C'est tellement profond qu'elle me suce toute mon énergie. Ça prend toute mon énergie. C'est comme si la tristesse se nourrissait de mon énergie vitale. Il y a la tristesse en subconscient.*

Si l'on quitte le terrain glissant des états d'âme, si c'est bien d'états d'âme qu'il s'agit, pour aller vers le registre plus cartésien des idées, on constate qu'il existe bel et bien un univers cognitif propre aux personnes déprimées. Cet univers est caractérisé par la présence, la récurrence et l'entretien plutôt involontaire des « pensées négatives », voire par ce « biais cognitif » qui consiste à ne voir que le « côté noir » de toute chose, ou en toute chose, ou encore à voir toute chose « en noir ». Tout comme les pleurs sont « compulsifs », on n'y peut rien et on n'y est pour rien, la persistance des pensées « négatives-noires » est décrite comme « involontaire ». L'esprit en est saisi, envahi, voilé.

- *Je voyais tout en noir, je ne voyais rien de beau.*

- *Mon discours : la vie c'est de la merde, il n'y a rien de positif. J'entretenais un discours vraiment dépressif.*
- *Tu vois tout en noir. Toutes les choses changent de teinte. C'est comme si tu portais une autre paire de lunettes. Ça ne se contrôle même pas.*
- *Tu vois les choses de plus en plus négatives. Et plus tu vois les choses négatives, moins tu es capable de faire des efforts pour changer les choses qui dérangent.*
- *Je n'arrivais pas à voir les bons côtés. Je voyais tout le temps le côté noir de tout.*
- *Je ne voyais pas de positif. Je ne voyais pas de lumière.*
- *On voit la vie d'une façon plus noire, plus sombre.*
- *Tu te formes une bulle négative autour de toi. Là tu rentres vraiment dans un monde négatif. Tout est négatif.*
- *Les idées noires, c'est noir, noir, noir, noir. Tout est noir, tout est pourri, négatif.*

Si tout est noir, et cela est clair, il est clair également que, pour le déprimé, il n'y a pas d'issue possible, la vie est pour ainsi dire terminée. Il n'y a plus rien à faire et il n'y a pas d'avenir possible. On ne peut que subir le présent accablant ou tout au plus ressasser le passé. Une autre chose est très claire : l'avenir n'est assurément pas le temps de l'esprit déprimé<sup>9</sup>.

- *Tu penses que ta vie est finie.*
- *Je voyais comme si c'était ma vie qui était finie. Comme je n'avais plus rien en avant de moi mais, je ressassais toujours les souvenirs, le passé.*
- *J'étais rendue à ce point-là, tellement que je voyais A-U-C-U-N avenir devant moi là, j'étais rendue à ce bout-là.*
- *Tu ne vois plus d'issue nulle part.*
- *Je ne croyais pas vraiment à une issue.*
- *En dépression, je me sentais comme une personne de 70 ans qui voit son passé, qui n'a plus rien en avant d'elle. Qui voit seulement son passé.*

Si on est convaincu qu'il n'y a pas d'issue ou d'avenir, à un moment donné l'enjeu n'est plus celui de la désaffection ni de l'impuissance ni de la déconnexion du « monde actif », mais le fait brutal de demeurer en vie. À quoi bon continuer à vivre dans ces conditions pénibles ? Parmi les idées noires, les pensées suicidaires sont bien entendu les plus noires. Parfois elles sont vagues, générales, imprécises, on veut tout simplement mourir. Parfois, on songe à des scénarios précis et on visualise sa propre mort. « Avoir des idées suicidaires » et « vouloir mourir », est-ce du même

9. Voir l'analyse du rapport au temps des personnes dépressives de Moreau (2009).

registre? Y a-t-il une distinction claire entre «biais cognitif» et «état d'âme»? La plupart des fois, c'est l'allusion à des idées noires suicidaires qui saisissent, occupent, obsèdent l'esprit.

- *J'avais des idées noires, j'ai commencé à avoir des idées suicidaires.*
- *C'est que j'ai des idées suicidaires très très obsédantes.*
- *Des idées morbides, de suicide. Je me voyais plus vivre.*
- *J'avais même des idées noires, ma vie elle valait pus rien.*
- *Toutes mes pensées étaient très très noires, très très sombres. Je pensais au suicide.*
- *C'était très fréquent les pensées suicidaires. Ç'a passé proche souvent. Il n'y avait plus grand-chose pour me tenir.*
- *Les idées de suicide, c'est toujours présent, je vois le train, ça tourne en vide, et j'ai envie de me jeter entre les roues du train.*

Tandis que l'allusion au fait de vouloir mourir (ou ne plus vouloir vivre) plutôt qu'à la seule présence d'«idées suicidaires» est moins fréquente.

- *Je voulais mourir, même qu'à cette époque-là ça passé très très près.*
- *Je ne voulais plus vivre du tout. J'avais plus envie de vivre.*
- *Tout ce que je voulais, c'était mourir. Dormir et mourir, c'est tout ce que je voulais. Je voulais plus vivre du tout du tout.*

La dévalorisation morale, psychologique et sociale de soi est une caractéristique qui se présente sous plusieurs formes et dans de nombreux contextes chez les personnes déprimées. Relève-t-elle du registre du cognitif ou bien du registre des états d'âme (émotion, sentiments, sensibilité, etc.)? Se sentir inférieur, se savoir incapable de relever le moindre défi, se considérer comme étant moralement faible ou affaibli et, parfois, se voir comme quelqu'un de carrément indigne, cela semble à la fois: 1) un sentiment qu'on subit péniblement, 2) une tendance cognitive persistante à se diminuer sur tous les plans et 3) une lecture qu'on fait simultanément de soi-même et des circonstances au moment précis où l'on éprouve effectivement son impuissance dans toutes les dimensions de l'existence. Le fait même de «tomber en dépression» est déjà perçu comme un signe révélateur de faiblesse morale, comme une preuve tangible de sa vulnérabilité psychologique, comme une faille honteuse dans les remparts de l'individualité qui témoigne au bout du compte de son incapacité sociale. On est en effet souvent convaincu que seulement les «faibles» peuvent être déprimés.

- *Quand j'ai pensé que j'étais en dépression, pour moi j'étais faible, ce n'est rien que les faibles qui sont déprimés.*
- *Ça a été super dur à accepter le diagnostic de dépression.*
- *C'était pour moi un signe de faiblesse, comme si j'étais poche.*

- *Je voyais que c'était vraiment un signe de faiblesse, d'échec, que je ne valais pas grand-chose.*
- *Tu perds confiance en toi, ton estime de soi s'en va dans tes talons, ce n'est pas compliqué, tu te trouves bonne à rien, c'est à peu près ça le topo de la dépression.*

En dépression, on est souvent convaincu également du fait que rien ne sera désormais pareil et qu'on sortira diminué plutôt que grandi de l'épreuve dépressive. Celui sur qui la dépression « est tombée » est ramené à une nouvelle réalité de soi, à une nouvelle « moyenne à soi » de ses capacités et de ses performances qui est amoindrie et dévaluée.

- *Je doute de ma personne, je doute de moi-même.*
- *Je n'avais vraiment pas une bonne estime de moi.*
- *Un désenchantement total de ma personne.*
- *Je suis nulle, je suis nulle, je suis nulle!*

Si c'est l'avenir qu'il s'agit d'envisager, ce sera pour réévaluer ses attentes et ambitions sociales à la baisse, car on réalise que certaines performances sont désormais devenues hors de portée et que certaines tensions sociales sont devenues insupportables. Les chances sociales des personnes déprimées se rétrécissent brusquement et de manière inattendue. C'est la définition même du handicap social.

- *Tu ne joueras plus dans les ligues majeures, tu vas t'en aller dans les ligues mineures puis même encore, tu vas être bon à faire quoi finalement?*
- *Le fait de pas y arriver, de pas y arriver encore, ça me rendait malade, je me comparais avec d'autres, là j'étais insatisfait. C'est peut-être les ambitions démesurées qui sont le problème.*
- *Je n'avais pas une estime qui était élevée de ma personne, je ne croyais pas que je pouvais réussir à faire quelque chose de constructif de plus positif dans ma vie.*
- *Quand tu fais une dépression, t'as l'impression que tu vaux rien, tu n'es pas capable de rien faire.*

On a vu que les personnes déprimées n'arrivent pas à stopper leurs pleurs ni l'avalanche de pensées négatives qui les envahit, y compris sur elles-mêmes. Mais une autre caractéristique du dérèglement de l'esprit est l'impossibilité de s'en servir correctement et même de le contrôler dans ses opérations les plus élémentaires. Les problèmes de concentration sont assez courants dans les récits des personnes déprimées.

- *J'ai de la misère à me concentrer.*
- *Tu n'es pas capable de te concentrer.*
- *Incapable de me concentrer.*
- *Concentration zéro.*

Le manque de concentration évolue parfois vers un tableau plus complexe et global d'impuissance cognitive. On parle alors de confusion, de perte de repères, d'instabilité de la pensée, de diminution de la mémoire, d'incapacité de communication.

- *Je n'étais plus capable de lire. Quand je regardais la télévision, j'étais toute mêlée. Si je regardais un film, je savais plus qui était qui, qui était le bon, qui était le méchant. Je mélangeais les personnages. Je ne faisais pas grand-chose.*
- *Je ne pouvais pas lire les articles, c'était trop compliqué. Lire un article, le comprendre et le retenir surtout, ça fonctionnait pas du tout du tout.*
- *J'étais très instable au niveau de la pensée.*
- *J'aurais pu très difficilement communiquer comme ça là, ç'aurait été infaisable.*
- *C'est impossible de penser correctement. Vraiment on perd tous ses repères.*

L'incapacité de prendre des décisions, des initiatives même les plus banales, est souvent signalée comme l'une des caractéristiques distinctives de la dépression, car c'est le commencement même de l'action qui est entravé. Toutefois, à la différence du corps dysfonctionnel, bloqué, fatigué, impuissant ou sans énergie, la difficulté éprouvée dans ce cas de figure est moins d'ordre « énergétique » ou « mécanique » que « cognitif ». Elle est illustrée par l'image du cerveau embrouillé ou de l'esprit hésitant.

- *J'ai de la misère à prendre de simples décisions.*
- *Et puis l'incapacité de prendre des décisions, même les plus anodines.*
- *Le cerveau est tout embrouillé, incapable de prendre une décision facile.*
- *Est-ce que je vais ou non acheter maintenant une pinte de lait? Ça devient quand est-ce que ce serait le meilleur moment d'y aller? Mettre des chaus-sures et dire là, c'est là que je vais au dépanneur. Puis, finalement, dire: non finalement ce n'est pas un bon moment.*

Enfin, dans certains cas, les personnes déprimées éprouvent un manque de contrôle flagrant de leur esprit ou de leur cerveau au point que cela compromet toute autonomie.

- *C'est insécurisant, parce que tu n'as pas de contrôle là-dessus. Le manque de contrôle, je pense que c'est ce qui fait le plus peur au monde. Parce que ça fait peur, c'est de l'inconnu.*
- *La santé, c'est quand on est maître de soi-même, que personne contrôle le cerveau. La liberté, c'est ça.*
- *Tout bouge, t'as pas l'impression de rien contrôler, tu ne sais pas ce que tu fais là. Tu perds tes moyens.*
- *C'était comme si tout le monde me dictait quoi faire un peu et la dépression, c'est ça, c'est un sentiment comme d'impuissance.*

L'esprit déprimé, à la fois état d'âme et cognition déréglés, résiste à son assimilation aux registres galvaudés de la souffrance et de la tristesse tous azimuts. Il demande d'être mis en rapport avec les enjeux cruciaux de l'individualité contemporaine: connexion alerte et permanente au monde, valorisation de ses qualités intrinsèquement individuelles (confiance en soi, estime de soi, autonomie, etc.), valorisation de ses propres capacités à changer les choses (prise d'initiatives, prise de décisions, engagement des combats quotidiens, etc.), disposition tournée vers l'avenir (formulation de projets, pensée positive, etc.), autonomie (autosuffisance, autoprise en charge, etc.). Toutes ces dimensions cardinales de l'individualité, largement instituées à l'échelle du social, font cruellement défaut chez le déprimé qui porte péniblement et incarne emblématiquement son ombre sociale.

## CONCLUSION

L'individu déprimé est aux prises avec un problème majeur qui menace le fondement même de son existence sociale, à savoir que son corps est dérégulé (ne pas pouvoir) et que son esprit est dérégulé (ne pas pouvoir vouloir). Dans un monde où les assurances sociales se font rares et où les positions statutaires sont précaires, la panne de l'action peut être synonyme de mort sociale imminente. La célèbre phrase de Musil « il est si simple d'avoir la force d'agir et si malaisé de trouver un sens à l'action » a trop mal vieilli pour dissimuler que ce qui est malaisé aujourd'hui, c'est essentiellement d'avoir la force d'agir. L'épreuve dépressive contraint ainsi les individus à tester à la fois la « force » de leur corps (pouvoir agir) et la « force » de leur esprit (vouloir agir) dans un contexte de précarité statutaire et de demande constante de rajustement social du registre de possibilités individuelles. Comment ne pas échouer à ce test ?

Dans les sociétés d'individualisme de masse, les nôtres, l'épreuve dépressive est de surcroît, mais en toute cohérence sociologique, une épreuve solitaire. Personne ne semble rien pouvoir pour l'individu déprimé qui brûle toujours seul<sup>10</sup>, tel un fusible emblématique des tensions ordinaires des sociétés libérales. Les « autres » ne jouent le plus souvent qu'un rôle de miroir où l'individu peut évaluer les oscillations préoccupantes de sa « moyenne sociale à soi » dans un contexte où l'on privilégie les performances en temps réel plutôt que les antécédents ou les promesses. Une société dépressogène, la nôtre, c'est-à-dire une société où la dépression

10. Pour une analyse approfondie de l'expérience de la solitude dans les sociétés contemporaines, voir Doucet (2007).

est la figure de proue de la misère psychologique de la masse<sup>11</sup>, le lieu typique de toutes les tensions de l'individualité, voire le lieu de son existence sociale même, est par excellence l'univers du travail<sup>12</sup> où les limites des performances de l'individu peuvent être testées et réajustées en permanence. Jusqu'où peut-on aller? Quelle cadence peut-on maintenir? Combien de temps peut-on tenir? Une autre manière de se demander, sous la menace permanente du déclassement social, « qui » on est et « quelle place sociale » on est capable d'occuper.

Si, comme l'affirme Miguel Benasayag (2004), « la liberté, c'est déployer sa propre puissance dans chaque situation », comment ne pas « souffrir » de cette impossibilité radicale de répondre aux conditions de possibilité de la « liberté d'agir »? Celle-ci n'est-elle pas devenue la condition ontologique de l'existence sociale dans les sociétés libérales contemporaines? C'est donc à la microphysique de l'action (agir et vouloir agir) plutôt qu'à la métaphysique de la liberté que s'attaque l'épreuve dépressive. Ne pas pouvoir et ne pas pouvoir vouloir sont ainsi les deux grands axes sociologiques qui révèlent la consistance sociale de la « souffrance » des individus dépressifs.

## RÉFÉRENCES

- BENASAYAG, M. (2004). *La fragilité*, Paris, La Découverte.
- CASTEL, R. (2009). *La montée des incertitudes*, Paris, Seuil.
- DESCOMBES, V. (1995). *La denrée mentale*, Paris, Minuit.
- DESCOMBES, V. (2004). *Le complément de sujet. Enquête sur le fait d'agir de soi-même*, Paris, Gallimard.
- DOUCET, M.-C. (2007). *Solitude et sociétés contemporaines*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- FREUD, S. (2001). *Abrégé de psychanalyse*, Paris, Presses universitaires de France.

11. La célèbre expression appartient bien entendu à Freud, qui l'utilise pour la première fois dans *Le malaise dans la culture*, écrit en 1929. Freud montre que non seulement les États-Unis préparaient la scène pour une crise économique profonde, mais ils laissaient plus discrètement voir un phénomène inédit qu'il nomme avec génie la « misère psychologique de la masse ». Bien plus tard, on l'associera à plusieurs égards à la montée de l'individualisme de masse, qui est en quelque sorte sa condition de possibilité sociologique (Freud, 2004).
12. Malgré les nombreux travaux portant sur la « fin du travail » qui ont vu le jour depuis le dernier quart du xx<sup>e</sup> siècle, la centralité du travail tant parmi les formes d'organisation sociale contemporaines du « vivre ensemble » que dans les trajectoires de vie des individus ne fait que s'affirmer. Pour une critique systématique des discours sociologiques catastrophistes, voir Castel (2009). Pour une discussion sociologique de la centralité du travail dans les sociétés contemporaines, voir Mercure et Vultur (2010) et Kirouac (2012).

- FREUD, S. (2004). *Le malaise dans la culture*, Paris, Presses universitaires de France.
- KIROUAC, L. (2012). *De l'épuisement du corps à l'affaissement du soi. Effets des transformations des « freins » et « contrepoids » du travail sur la vie des individus*, thèse de doctorat, Montréal, Département de sociologie, Université du Québec à Montréal.
- LORIOU, M. (2000). *Le temps de la fatigue*, Paris, Anthropos.
- MARTUCCELLI, D. (2006). *Forgé par l'épreuve*, Paris, Armand Colin.
- MARTUCCELLI, D. (2010). *La société singulariste*, Paris, Armand Collin.
- MERCURE, D. et M. VULTUR (2010). *La signification du travail*, Québec, Les Presses de l'Université Laval.
- MOREAU, N. (2009). *État dépressif et temporalité. Contribution à la sociologie de la santé mentale*, Montréal, Liber.
- OTERO, M. (2003). *Les règles de l'individualité contemporaine*, Québec, Les Presses de l'Université Laval.
- OTERO, M. (2012a). *L'ombre portée: l'individualité à l'épreuve de la dépression*, Montréal, Boréal.
- OTERO, M. (2012b). « Repenser les problèmes sociaux: le passage nécessaire des populations "problématiques" aux dimensions "problématisées" », *Sociologies*, Revue de l'Association internationale des sociologues de langue française.
- OTERO, M. et D. NAMIAN (2009a). « Le succès psychiatrique de la dépression: du discret mécanisme de défense au trouble de l'humeur épidémique », dans H.S. Yaya (dir.), *Pouvoir médical et santé totalitaire. Conséquences socio-anthropologiques et éthiques*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, p. 375-399.
- OTERO, M. et D. NAMIAN (2009b). « Vivre et survivre avec des antidépresseurs. Ambivalences du rapport au médicament psychotrope », *Frontières*, vol. 21, n° 2, p. 56-69.
- SLOTERDIJK, P. (2000). *La mobilisation infinie*, Paris, Seuil.
- VERONESI, S. (2005). *Caos calmo*, Milan, Bompiani.



**QUAND LA RESPONSABILITÉ DU RÉTABLISSMENT  
SE SUBSTITUE À LA SOUFFRANCE DE LA PEINE**  
RÉFLEXION SUR LA PRISE EN CHARGE  
DES TROUBLES MENTAUX  
PAR LE SYSTÈME DE JUSTICE PÉNALE

Geneviève Nault

Le concept de souffrance occupe une place importante au sein des discours sur la maladie mentale. La souffrance est, entre autres, évoquée pour parler de la maladie en soi et de sa symptomatologie: l'individu souffre de dépression, l'individu souffre d'hallucination, l'individu souffre d'anxiété, etc. Elle est aussi évoquée pour parler des répercussions de la stigmatisation, de l'exclusion et de la marginalisation qu'entraîne la maladie mentale. La maladie mentale serait donc porteuse d'une souffrance découlant des douleurs physiques et psychiques qu'elle fait subir à l'individu qui en est atteint, de même que de la réaction sociale à son égard. Mais qu'arrive-t-il lorsqu'une seconde étiquette s'ajoute à celle de «malade mental»? Qu'arrive-t-il lorsque l'individu portant cette étiquette est également jugé «criminel»?

L'étiquette de «criminel» – et la prise en charge par le système de justice pénale qu'elle implique – est en elle-même porteuse de souffrance. Jaccoud (2007, paragraphe 5) explique que «le fondement du système

pénal repose sur la valorisation de la peine considérée comme la seule réponse possible au crime.» À cet égard, Cauchie et Kaminski (2007, paragraphe 15) expliquent que

depuis [plus de] 250 ans, la rationalité moderne du système de droit pénal s'est progressivement fondée sur la considération selon laquelle une véritable peine doit chercher à produire de la souffrance (pour annuler le mal causé par le crime; pour prévenir la commission d'autres crimes; pour restaurer une cohésion sociale souffrant d'avoir été mise à mal; pour montrer l'importance que la société attache à la valeur transgressée; pour traiter moralement, psychologiquement et/ou médicalement le transgresseur).

La prison est rapidement devenue la peine par excellence et, bien qu'elle se soit humanisée avec le temps, elle implique toujours une certaine mesure de souffrance: isolement, coercition, contention, etc. Foucault (1975) explique que la critique que l'on adresse encore à ce jour à la prison, du fait qu'elle n'est pas suffisamment punitive, « indique un postulat qui jamais n'a franchement été levé: il est juste qu'un condamné souffre physiquement plus que les autres hommes. La peine se dissocie mal d'un supplément de douleur physique » (p. 23). Les modalités de la peine ont certes évolué depuis l'époque des supplices. Foucault (1975) explique que la peine n'a plus à être éclatante dans sa sévérité, « c'est la condamnation elle-même qui est censée marquer le délinquant du signe négatif et univoque » (p. 16). Ainsi, l'étiquette de « criminel » de même que la stigmatisation et l'exclusion qu'elle entraîne remplaceraient la souffrance jadis causée par les supplices.

Il est à noter que la folie n'est guère étrangère au monde de la justice pénale. Responsable du maintien de l'ordre et de la protection de la société, le système de justice pénale a toujours joué un rôle dans le contrôle social de la folie: du grand renfermement (Foucault, 1972), où les sujets de la déraison – et parmi eux le « fou » – sont condamnés à l'internement, au grand désenfermement (Castel, 1981), où le « fou » est abandonné au sein des communautés désengagées et inaptes à répondre à ses besoins. À la suite de la désinstitutionnalisation, la pénurie de services spécifiques de soins en santé mentale et la stigmatisation à l'égard de la maladie mentale contribuent à la précarisation de la situation des individus atteints de troubles mentaux. Victimes de discrimination et d'exclusion, plusieurs de ces individus se retrouvent laissés à eux-mêmes, parfois en situation d'itinérance, dans la rue où ils sont visibles et « dérangeants ». Troublant l'ordre social, ces personnes risquent d'être prises en charge par le système de justice pénale. Dans la mesure où ils se voient judiciairisés, les individus atteints de troubles mentaux vivent dès lors la souffrance d'une double stigmatisation du fait de porter à la fois l'étiquette de « malade » et celle de « criminel ».

Reconnaissant les conséquences néfastes de la judiciarisation des personnes aux prises avec un problème de santé mentale et l'incapacité du système de justice pénale à répondre aux besoins multiples et complexes de cette population, on assiste, depuis la fin du xx<sup>e</sup> siècle, à la création de tribunaux spécialisés en santé mentale. Dans le but de retirer l'étiquette de « criminel » et d'alléger la souffrance des individus aux prises avec des troubles mentaux, on offre à ces derniers la possibilité d'une déjudiciarisation, mais celle-ci doit nécessairement passer par leur rétablissement. Ainsi, dans la mesure où la personne se conforme aux exigences du tribunal, les accusations criminelles portées contre elle pourraient être retirées. Afin d'échapper à la sanction pénale et à ses répercussions, l'individu est tenu de se responsabiliser et de s'engager dans son rétablissement. Par le fait même, il porte la responsabilité de ses rechutes et de leurs conséquences pénales possibles. Bien que la prise en charge de la maladie mentale ait évolué au cours des derniers siècles, la souffrance qui lui est associée demeure toujours présente. Ce chapitre se veut une réflexion sur la place de la souffrance dans l'histoire de la prise en charge de la maladie mentale par le système de justice pénale, de même que dans les nouvelles attentes de ce dernier à l'égard des individus atteints de troubles mentaux.

## 1. DU GRAND RENFERMEMENT AU GRAND DÉSENFERMEMENT

Selon Foucault (1972), c'est au cours de l'âge classique que se distinguent deux modes d'expérience de la folie : l'une vécue comme sujet de droit, l'autre comme être social. À chacune de ces expériences est associé un niveau d'élaboration de la médecine,

selon qu'elle est prise dans le contexte du droit, ou qu'elle doit s'ordonner à la pratique sociale de l'internement. Dans un cas, elle met en jeu les capacités du sujet de droit, et par là elle prépare une psychologie qui mêlera, dans une unité indécise, une analyse philosophique des facultés et une analyse juridique de la capacité à contracter et à s'obliger. Elle s'adresse aux structures fines de la liberté civile. Dans l'autre cas, elle met en jeu les conduites de l'homme social, et prépare ainsi une pathologie dualiste, en termes de normal et d'anormal, de sain et de morbide, que scinde en deux domaines irréductibles la simple formule : « Bon à interner » (Foucault, 1972, p. 174).

Dès sa création au xvii<sup>e</sup> siècle, la police civile se voit confier la tâche d'arrêter et d'enfermer tous les corps non productifs. C'est ce que Foucault qualifie de « grand renfermement », et c'est le premier contact entre la folie et l'internement. À l'origine lié à l'impératif du travail, l'internement se transformera au cours du xix<sup>e</sup> siècle en lieu de traitement de la souffrance psychique, lieu de connaissance scientifique, lieu de naissance de la psychiatrie. C'est la naissance de l'asile (Foucault, 1972).

Dès le début du XIX<sup>e</sup> siècle, la psychiatrie s'efforce non seulement de faire la distinction entre les « malades » et les « normaux » (Foucault, 1972), mais également entre les « malades » et les autres « déviants ». Castel (1981) explique que

tout le terrain que la psychiatrie gagne sur la justice pendant la première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle en faisant laborieusement reconnaître sa compétence médico-légale ne suppose aucunement la confusion de l'acte pathologique et de l'acte criminel, *tout au contraire*. La concurrence de l'instance psychiatrique et de l'instance judiciaire définit et impose la définition de ces entités dans leur essence *propre*. [...] Chacun doit recevoir son traitement spécifique, dispensé par le spécialiste compétent dans son institution particulière (p. 204).

Toutefois, la situation change progressivement à partir de la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle. C'est l'époque de la désinstitutionnalisation, caractérisée par une crise de légitimité des institutions – dorénavant jugées inadéquates et trop répressives – et le retour dans la communauté des patients psychiatriques. Au « grand renfermement » de Foucault suit ce que Castel qualifie de « grand désenfermement ». Par le fait même, l'ensemble des comportements posant problème à la normativité sociale se retrouve à nouveau dans la communauté. Dès lors, il semblerait qu'aujourd'hui « s'esquisse une relative interchangeabilité entre le “déliquant”, l’“asocial”, le “malade” et les autres “marginaux”. Parallèlement se multiplient les glissements institutionnels, de la prison à l'hôpital sans doute, et réciproquement » (Castel, 1981, p. 204).

Ce « grand désenfermement » s'articule dans un contexte de métamorphose sociale. Les normes sociales d'autorité et de coercition perdent de leur attrait au profit de celles d'autonomie, de responsabilité, d'initiative personnelle, etc. (Ehrenberg, 2000). La désinstitutionnalisation se pose alors comme une solution davantage conforme à la nouvelle normativité sociale (Moreau, 2008; Jaimes *et al.*, 2009). Les objectifs deviennent le rétablissement et la réinsertion sociale ou « la reconquête de l'autonomie par les patients » (Lefebvre, 1987b, p. 6). Castel (1981) dira qu'à « l'autorité-coercition » de la société disciplinaire s'est substituée une nouvelle forme de contrôle social qui met à profit de nouvelles techniques de normalisation, plus souples et plus efficaces, qui, selon ce dernier, fonctionnent « à la psychologie ». Ces nouvelles techniques de normalisation viennent alors remplir les fonctions de l'institution totalitaire (Goffman, 1968), qui se voit devenir obsolète.

Castel (1981) avance alors l'hypothèse de la psychologisation institutionnalisée. Il explique que le « grand désenfermement » s'est accompagné d'une montée du contrôle psychologique, qui devient le traitement imposé à l'ensemble des problèmes sociaux. L'asile en tant qu'institution physique ferme ses portes, mais le contrôle psychologique des problèmes sociaux se diffuse dans l'ensemble de la société. « Tant mieux pour le

“malade” s’il échappe ainsi aux formes les plus brutales de la ségrégation. Mais tant pis pour tout le monde si nul désormais n’échappe au soupçon médical ou paramédical» (Castel, 1981, p. 214). La psychiatrie constituerait donc encore une forme de contrôle social, mais plus diffuse et moins visible, et ce, par l’entremise de la multiplication des modalités de traitement «à la psychologie» (Dorvil, 2005; Moreau, 2008).

## 2. LES RÉPERCUSSIONS DE LA DÉINSTITUTIONNALISATION

La deuxième moitié du xx<sup>e</sup> siècle voit le déplacement des patients hors des hôpitaux psychiatriques et la fermeture de la majorité de ces institutions (Dorvil, 2005). La désinstitutionnalisation n’a toutefois pas eu les résultats escomptés (Doré, 1987), puisque le financement nécessaire à la réinsertion sociale n’a pas suivi les patients de l’institution à la communauté. Ainsi, les services disponibles n’ont pas pu répondre aux besoins de l’ensemble de la population désinstitutionnalisée (Jaimes *et al.*, 2009, p. 173). On assiste également à la fragmentation du système de soins, à la multiplication des points de services, de même qu’à un manque de coordination. Un grand nombre d’individus atteints de troubles mentaux passent entre les mailles du système et l’on assiste trop souvent au phénomène de la «porte tournante» caractérisé par des hospitalisations courtes et multiples (Lecomte, 1988b). Le manque de planification et l’absence de services ont également mené à l’engorgement des services d’urgence (Lefebvre, 1987b; Doré, 1987). Par ailleurs, d’importantes réductions budgétaires dans les programmes de santé, d’assistance sociale et de logements sociaux à la fin du xx<sup>e</sup> siècle augmentent la précarité des individus atteints de troubles mentaux (Morin *et al.*, 2000; Moreau, 2008). On assiste alors à une hausse de la médication et à la transinstitutionnalisation, c’est-à-dire le transfert ou le *dumping* des individus atteints de troubles mentaux vers les centres hospitaliers de soins de longue durée, les centres d’accueil ou d’hébergement, les chambres de pension et surtout les établissements carcéraux (Lecomte, 1988a; Lecomte, 1988b; Wachholz et Mullaly, 1993; Dorvil, 2005).

De retour dans des communautés souvent résistantes et désengagées, les individus atteints de troubles mentaux doivent dès lors faire face à la stigmatisation, à la discrimination et à l’exclusion (Lefebvre, 1987a; Doré, 1987). La diminution des solidarités publiques se répercute sur les responsabilités qui incombent dorénavant aux solidarités privées (Moreau, 2008, p. 60). Les familles deviennent *de facto* le soutien de première ligne (Lefebvre, 1987b; Doré, 1987; Lecomte, 1988b; Moreau, 2008; Frappier *et al.*, 2009). En l’absence de services appropriés, l’individu atteint de troubles mentaux qui ne bénéficie pas d’un soutien familial adéquat risque de se retrouver laissé à lui-même. Par ailleurs, certaines familles, se voyant

dépassées par le fardeau de la maladie de leur proche et ne sachant pas où trouver le soutien nécessaire, font elles-mêmes appel au système de justice pénale pour gérer les comportements dérangeants, voire dangereux, de leur proche.

### **3. LA CRIMINALISATION DES INDIVIDUS ATTEINTS DE TROUBLES MENTAUX**

Face à l'incapacité de gérer autrement les comportements qui posent problème à la normativité sociale, le système de justice pénale est appelé à criminaliser non seulement ce qui s'avère souvent être des infractions mineures ou de nuisance, mais aussi des comportements non conformes. On assiste alors à la criminalisation de l'anormalité, du pathologique et de la maladie mentale (Morin *et al.*, 2000). Les individus se retrouvent ballottés entre les services psychiatriques et le système de justice pénale (Lefebvre, 1987b). Ainsi, le phénomène de la « porte tournante » qui a suivi la désinstitutionnalisation ne se limite pas uniquement à l'hospitalisation, mais touche également l'incarcération. Pour plusieurs s'installe une alternance entre des périodes d'hospitalisation et des périodes d'incarcération, souvent ponctuées de périodes d'itinérance (Castro *et al.*, 2007).

Les policiers, bras armés du système de justice pénale, ont toujours eu comme mandat de gérer les conduites qui posent problème. Depuis sa création, la police civile a toujours eu affaire à des individus aux prises avec des troubles mentaux, mais la désinstitutionnalisation a eu comme effet de multiplier ces contacts (Wachholz et Mullaly, 1993). Bien qu'ils soient souvent conscients des problèmes de santé mentale des individus auxquels ils font face, les policiers ne sont pas toujours outillés pour intervenir auprès d'une population dont les besoins exigent des compétences d'intervention particulières (Morin *et al.*, 2000; Frappier *et al.*, 2009). En l'absence de solutions alternatives, la prise en charge par le pénal semble justifiée afin d'offrir des soins (Morin *et al.*, 2000).

L'incarcération, outil privilégié du système de justice pénale, semble dès lors être la seule réponse aux comportements dérangeants ou dangereux. La prison devient, selon certains, un palliatif de la désinstitutionnalisation psychiatrique, voire l'asile du <sup>xx</sup>e siècle (Lefebvre, 1987b; Doré, 1987; Schneider *et al.*, 2007; Ormston, 2010). Plusieurs études indiquent que la prévalence des troubles mentaux est plus élevée en milieu carcéral que dans la population en général (Jaimes *et al.*, 2009). Par ailleurs,

on remarque une tendance internationale à l'augmentation des ressources consacrées à la clientèle psycholégale. Certains observateurs estiment que le système de justice criminelle devient, pour plusieurs personnes vulnérables,

le nouveau pourvoyeur de services de santé mentale et que la criminalisation de ces personnes constitue une forme de «réinstitutionnalisation» (Jaimés *et al.*, 2009, p. 175).

De fait, la judiciarisation engendre d'importantes conséquences et augmente la vulnérabilité d'individus déjà fragilisés par la maladie, mais aussi par le manque de services adaptés à leurs besoins, de même que par la stigmatisation et l'exclusion. Non seulement les individus atteints de troubles mentaux ont davantage de contacts avec le système de justice pénale et subissent plus fréquemment des périodes d'incarcération, mais la judiciarisation engendre également des difficultés dans l'accès à des soins et services, la détérioration des conditions de vie, l'épuisement des ressources, les consultations répétées en urgence psychiatrique, en plus des demandes accrues de services auprès des organismes communautaires (Morin *et al.*, 2000). L'incarcération est également plus dommageable pour ces individus, puisqu'ils sont plus souvent victimes d'agressions des autres détenus, ne reçoivent pas les traitements adéquats et sont plus sensibles aux conditions inhérentes du milieu carcéral (isolation, coercition, contention, etc.) qui peuvent exacerber leurs symptômes psychiatriques (Seltzer, 2005; Jaimés *et al.*, 2009).

Force est de constater qu'à la stigmatisation associée à l'étiquette de «malade», découlant du diagnostic psychiatrique, s'ajoute dès lors celle associée à l'étiquette de «criminel», découlant quant à elle de la prise en charge par le système de justice pénale. La stigmatisation à laquelle fait face l'individu atteint de troubles mentaux se présente comme un obstacle sérieux à son intégration sociale. Cette stigmatisation est une source importante d'exclusion et de discrimination, qui se répercute sur l'accès au logement, à l'emploi et au revenu adéquat, ainsi que sur l'accès aux soins de santé. La stigmatisation joue également un rôle déterminant dans l'augmentation de la criminalisation des individus aux prises avec un problème de santé mentale. Par ailleurs, l'étiquette de «criminel» entraîne elle aussi une stigmatisation importante.

En effet, une condamnation pénale constitue un stigmate qui se caractérise par la généralisation qu'il entraîne. C'est ainsi que les étiquettes de «délinquant», de «criminel», de «condamné» sont associées sans discrimination à la dangerosité potentielle, à l'agressivité, à la menace. Cet effet est à l'œuvre, quelle que soit la nature de la condamnation (Morin *et al.*, 2000, p. 88).

Cette stigmatisation associée à l'étiquette de «criminel» se répercute aussi dans toutes les sphères de vie de la personne. La double stigmatisation à laquelle fait face l'individu judiciarisé atteint de troubles mentaux accentue son exclusion sociale et son isolement. Par ailleurs, il règne, au sein des services de santé mentale traditionnels, une importante stigmatisation face aux individus judiciarisés (Frappier *et al.*, 2009). Ces

individus se voient souvent refuser l'accès à des soins de santé sous prétexte que leurs pourvoyeurs ne sont pas outillés pour travailler avec une clientèle « dangereuse », « volatile », « difficile », etc. (Lefebvre, 1987b; Laberge et Robert, 1992).

C'est ainsi qu'en judiciarisant les individus atteints de troubles mentaux, l'accent est mis sur leur comportement dérangeant ou leur « crime ». On occulte, par le fait même, le taux disproportionné de maladie mentale au sein des établissements carcéraux. La criminalisation des troubles mentaux individualise ce phénomène médico-légal et occulte ce qui semble devenir une « pathologie sociale » (Lefebvre, 1987b). D'ailleurs, les facteurs sociaux qui sous-tendent typiquement la criminalité (pauvreté, isolement, manque d'éducation, logement inadéquat, etc.) sont également des déterminants sociaux de la santé mentale et sont justement les aspects de la vie des individus atteints de troubles mentaux qui se voient accentués par la désinstitutionnalisation, la criminalisation et la stigmatisation.

#### 4. LES TRIBUNAUX DE SANTÉ MENTALE

Reconnaissant la criminalisation accrue des personnes aux prises avec un problème de santé mentale et l'échec du système de justice pénale à répondre à leurs besoins particuliers, on assiste au cours de la fin du xx<sup>e</sup> siècle à la création de tribunaux de santé mentale visant à alléger le fardeau placé sur le système de justice pénale par le processus de désinstitutionnalisation. Reconnaissant par ailleurs les effets néfastes de la prise en charge de la maladie mentale par le système de justice pénale, les tribunaux de santé mentale tentent d'alléger la souffrance des individus atteints de troubles mentaux en les réorientant vers le système de santé mentale. Bien que leur fonctionnement varie d'une juridiction à l'autre, les tribunaux de santé mentale adoptent tous une vision commune qui s'inspire de la constatation que l'intervention traditionnelle du système de justice pénale en matière de santé mentale s'avère à la fois inefficace et inappropriée. Ces tribunaux font appel à une approche réhabilitative plutôt que répressive, et ils s'appuient sur le principe de jurisprudence thérapeutique qui veut que la loi soit appliquée en tenant compte des causes sous-jacentes aux comportements dits « criminels » (Schneider *et al.*, 2007).

La jurisprudence thérapeutique exige la prise en compte du trouble mental dans le prononcé de la sentence et favorise des mesures de traitement et d'encadrement plutôt que l'incarcération (Jaimes *et al.*, 2009). Elle s'appuie d'ailleurs sur la prémisse voulant que le système de justice pénale ne doive punir que ceux qui méritent d'être punis. En ce qui concerne les troubles mentaux, les comportements posant problème à la normativité

sociale ne seraient pas tant des comportements criminels en soi que des manifestations de la maladie. Sans vouloir justifier les comportements criminels, on reconnaît que ces comportements seraient plutôt le résultat de failles dans le système de santé mentale (Schneider *et al.*, 2007).

Ainsi, les tribunaux de santé mentale offrent la possibilité de participer à un programme de déjudiciarisation qui, selon l'infraction et la situation particulière de l'accusé, peut mener au retrait des accusations ou à une sanction moins sévère. L'accusé est alors appelé à s'engager dans un programme de traitement supervisé par l'équipe du tribunal. L'individu doit demeurer engagé et coopératif face au traitement, aux services et aux procédures du tribunal de santé mentale du début à la fin de son processus de déjudiciarisation (Schneider *et al.*, 2007). Il est à noter que ce dernier est typiquement plus long que le processus judiciaire traditionnel et qu'il engendre davantage de comparutions, puisqu'il requiert que l'accusé soit sous la surveillance de l'équipe du tribunal de santé mentale pour une période de traitement donnée afin de répondre aux exigences de la déjudiciarisation.

L'ensemble des tribunaux de santé mentale adopte une approche multidisciplinaire. Les juges, les procureurs, les psychiatres et les pourvoyeurs de services communautaires travaillent de concert afin de répondre aux besoins particuliers des individus. Le programme de traitement est adapté à la personne et nécessite souvent l'implication de diverses ressources en santé mentale et en gestion de cas, ainsi que l'apport d'autres ressources communautaires (Schneider *et al.*, 2007; Jaimes *et al.*, 2009). L'objectif du plan de traitement est de mettre l'accusé en contact avec les ressources nécessaires pour assurer son rétablissement et, par le fait même, réduire son risque de récidive (Schneider *et al.*, 2007).

Le gestionnaire de cas joue un rôle pivot dans le processus de déjudiciarisation et il est appelé à remplir plusieurs fonctions : repérage actif, élaboration du plan d'intervention ou de traitement, aiguillage et coordination des services, supervision du plan de traitement, revendication des droits des individus, services directs et accompagnement (Steadman *et al.*, 1995). Son rôle premier serait toutefois de s'assurer que les besoins des individus sont satisfaits et leurs objectifs atteints. Les gestionnaires de cas sont pourtant également appelés à faire le pont entre le système de santé mentale et le système de justice pénale (Schneider *et al.*, 2007). Il en résulte que les gestionnaires de cas deviennent en quelque sorte des agents de surveillance qui doivent rapporter aux procureurs et juges du tribunal de santé mentale le progrès ou les échecs des individus qu'ils accompagnent. L'objectif est-il donc de satisfaire réellement les besoins des individus atteints de troubles mentaux ou plutôt ceux du système de justice pénale ?

## 5. LE GRAND RENVERSEMENT : IMPLICATIONS POUR LES INDIVIDUS JUDICIARISÉS ATTEINTS DE TROUBLES MENTAUX

Foucault (1975) explique que, dès le XIX<sup>e</sup> siècle, il fut « admis qu'on pouvait être coupable et fou; d'autant moins coupable qu'on était un peu plus fou; coupable certes, mais à enfermer et à soigner plutôt qu'à punir; coupable dangereux puisque manifestement malade » (p. 27). Dans un même ordre d'idées, les tribunaux de santé mentale reconnaissent que la maladie mentale joue un rôle dans la perpétration du « crime ». Bien qu'elle n'annule pas la responsabilité individuelle vis-à-vis de l'acte, la maladie mentale vient en quelque sorte la mitiger. À la responsabilité individuelle atténuée par la maladie mentale s'ajoute la responsabilité du système de santé mentale qui a échoué dans son engagement envers les individus atteints de troubles mentaux. Tenant compte de cette responsabilité à la fois atténuée et partagée, les tribunaux de santé mentale reconnaissent que l'intervention traditionnelle du système de justice pénale n'est ni appropriée ni efficace en matière de troubles mentaux. Ils adoptent alors une visée thérapeutique et se donnent comme objectif premier la déjudiciarisation des individus atteints de troubles mentaux et leur réorientation vers le système de santé mentale. Toutefois, afin d'obtenir cette déjudiciarisation, l'individu doit cheminer vers le rétablissement en s'engageant de manière active dans un plan de traitement.

En référence au « grand renfermement » de Foucault et au « grand désenfermement » de Castel, Ehrenberg (2004) indique que nous sommes aujourd'hui témoins d'un « grand renversement ». S'inscrivant dans la nouvelle normativité sociale caractérisée par la promotion de l'autonomie et de la responsabilité, de même que par la valorisation de l'initiative, ce « grand renversement » serait caractérisé par de profondes modifications hiérarchiques sur le plan de la relation thérapeutique. La « déraisonnable » caractéristique du « grand renfermement » ou le « patient » caractéristique du « grand désenfermement » est aujourd'hui devenu le « client » ou « l'utilisateur », acteur de sa santé mentale qui prend une part active à son rétablissement (Ehrenberg, 2004).

L'utilisateur est dorénavant perçu comme un acteur compétent. Son consentement devient dès lors l'expression privilégiée de son autonomie. Ehrenberg (2004) explique que « le consentement est l'un des points clefs de la référence à l'autonomie qui définit l'idéal du patient contemporain » (p. 147). De ce fait, en lui remettant la responsabilité de sa santé mentale, on lui remet également la responsabilité de l'échec potentiel de son rétablissement. « Autrement dit, en même temps que le patient est érigé en acteur responsable, il peut aussi être facilement considéré comme responsable de l'échec de la relation [thérapeutique] » (p. 147).

Ce « grand renversement », dont nous serions aujourd’hui témoins, serait également caractérisé par

la tendance à penser la pathologie mentale en termes de handicap. La référence au handicap est liée à la chronicité et à la fragilisation de la distinction entre curatif et palliatif : une maladie de longue durée, ou qui ne guérit pas, implique de vivre avec des possibilités inférieures d’adaptation aux normes de la vie quotidienne. Le handicap redéfinit donc le pathologique sur le plan de la temporalité : au soin doit s’ajouter l’accompagnement (p. 148).

Au-delà du traitement, on vise à favoriser le fonctionnement social en accompagnant l’individu dans sa trajectoire de vie afin de le soutenir dans son intégration sociale (Namian, 2011).

Ce « grand renversement » caractéristique de la relation entre l’individu atteint de troubles mentaux et le système de santé mentale – responsable de son traitement et de son intégration sociale – se manifeste également dans la relation entre l’individu atteint de troubles mentaux et le système de justice pénale, notamment par l’entremise des tribunaux de santé mentale. L’accusé, devenu client, doit s’engager dans son rétablissement ; il doit prendre en main sa santé mentale. De ce fait, son consentement est le point de départ de la déjudiciarisation. Si la responsabilité de l’acte est à la fois atténuée et partagée, alors la responsabilité de la « sanction » appartient principalement au client. Toutefois, en reconnaissance de ses difficultés potentielles d’adaptation, les tribunaux de santé mentale mettent à la disposition de l’individu une variété de ressources et de services pour l’accompagner dans sa trajectoire de réinsertion sociale.

## **6. LA RATIONALITÉ PÉNALE MODERNE ET LA DÉTERMINATION DE LA PEINE**

Pires (1998) explique que « notre système de pensée en matière pénale [...] a tendance à naturaliser le “crime”, et surtout à rendre *nécessaire* le rapport entre le crime et la peine (au sens fort) aussi bien que l’obligation de punir » (p. 9). Il nomme cette conception du crime et du droit pénal la « rationalité pénale moderne ». Selon cette théorie, nous nous serions enfermés dans un système de pensée qui nous empêche de concevoir une réponse au crime autre que la sanction négative, porteuse d’une souffrance quelconque. Pires (2007) explique que le droit criminel moderne se serait progressivement identifié à « une justice punitive – au sens d’une justice qui valorise l’infliction intentionnelle de la souffrance comme manière de “rendre justice” » (p. 15).

Selon Pires (1998), « la rationalité pénale moderne est formée ou, si elle n'est pas formée par cela, tout au moins reconduite par trois axes ou sous-systèmes de pensée : l'utilitarisme pénal classique, le rétributivisme pénal classique et l'utilitarisme pénal positiviste » (p. 16), desquels découlent les théories de la peine qui guident encore aujourd'hui notre système de justice pénale, soit la dissuasion, la dénonciation, la rétribution, la réhabilitation et la neutralisation. Ces théories de la peine font la promotion d'une vision hostile, abstraite, négative et atomiste de la protection de la société et de l'affirmation des normes sociales et juridiques :

Hostile parce qu'on représente le déviant comme un ennemi du groupe tout entier et parce qu'on veut établir une sorte d'équivalence nécessaire, voire ontologique, entre la valeur du bien offensé et l'affliction à produire chez le déviant. Abstraite, parce que le mal (concret) causé par la peine est reconnu, mais conçu comme devant causer un bien moral immatériel, « rétablir la justice par la souffrance », pratique, invisible et future (la dissuasion). Négative, puisque ces théories excluent toute autre sanction visant à réaffirmer le droit par une action positive (le dédommagement, etc.) et stipulent que le mal concret et immédiat causé au déviant peut produire un bien-être pour le groupe ou réaffirmer la valeur de la norme. Et, enfin, atomiste, parce que la peine – dans la meilleure des hypothèses – n'a pas à se préoccuper des liens sociaux concrets entre les personnes sauf d'une façon tout à fait secondaire et accessoire (Pires, 2001, p. 184).

De l'utilitarisme pénal classique découlent les théories de la dissuasion et de la dénonciation. La théorie de la dissuasion affirme que la peine, par la souffrance qu'elle inflige, peut réduire la criminalité et protéger la société en dissuadant à la fois le contrevenant de récidiver et le public de contrevenir à la norme. Cette théorie postule que le processus décisionnel de l'être humain repose sur un calcul coût/bénéfice. Ainsi, si le coût de contrevenir à la norme est plus grand que les bénéfices qu'il pourrait en tirer, alors il s'abstiendra d'agir (Pires, 2007). La théorie de la dénonciation s'appuie sur la croyance en la valeur sociopédagogique de la peine pour réaffirmer la norme. Ainsi, elle « recommande aux autorités de tenir compte des effets "symboliques" positifs d'une souffrance et d'une exclusion par ailleurs bien concrètes infligées aux coupables. Elle dit que ce mépris institutionnel sert à "guider le public" ou reconforter sa conscience » (Pires, 2007 p. 11).

Du rétributivisme pénal classique découle la théorie de la rétribution. À ses plus anciennes origines, la théorie de la rétribution renvoie à la loi du Talion : œil pour œil, dent pour dent. Selon cette théorie, la personne qui cause un tort doit souffrir dans la proportion de sa faute. Ainsi, la punition devient une obligation et non seulement un droit. Il faut faire payer le mal par le mal, expier le mal par la souffrance. « La théorie stimule

l'autorité à infliger une souffrance ou une humiliation au coupable qui puisse paraître comme étant "proportionnelle" au mal causé par son crime» (Pires, 2007, p. 11).

Finalement, de l'utilitarisme pénal positiviste découlent les théories de la réhabilitation et de la neutralisation qui s'appuient toutes deux sur une dichotomie corrigible/incorrigible. La réhabilitation serait réservée aux corrigibles et viserait à retirer le désir de récidiver par l'entremise d'un programme d'intervention axé sur l'éducation ou la thérapie ou les deux, habituellement dispensé dans un milieu fermé et aménagé à ces fins. Bien que la souffrance ne soit pas l'objectif ultime de cette théorie, cette dernière prône tout de même des peines de longue durée au nom de la réhabilitation (Pires, 2007). Se fondant sur une obligation de défense sociale, la neutralisation s'adresse aux incorrigibles, cherchant à les mettre hors d'état de commettre une nouvelle infraction.

Notre système de justice pénale repose encore aujourd'hui sur ces théories qui datent des XVIII<sup>e</sup> et XIX<sup>e</sup> siècles. L'article 718 du Code criminel canadien relatif à la détermination de la peine affirme que :

Le prononcé des peines a pour objectif essentiel de contribuer, parallèlement à d'autres initiatives de prévention du crime, au respect de la loi et au maintien d'une société juste, paisible et sûre par l'infliction de sanctions justes visant un ou plusieurs des objectifs suivants :

- a) dénoncer le comportement illégal [dénonciation];
- b) dissuader les délinquants, et quiconque, de commettre des infractions [dissuasion];
- c) isoler, au besoin, les délinquants du reste de la société [neutralisation];
- d) favoriser la réinsertion sociale des délinquants [réhabilitation];
- e) assurer la réparation des torts causés aux victimes ou à la collectivité;
- f) susciter la conscience de leurs responsabilités chez les délinquants, notamment par la reconnaissance du tort qu'ils ont causé aux victimes et à la collectivité [rétribution] (Ministère de la Justice, 2012).

Ainsi, notre droit pénal moderne continue de reproduire cette vision hostile, abstraite, négative et atomiste de la protection de la société et de l'affirmation des normes, et continue de privilégier ce lien nécessaire entre infraction et sanction négative : à chaque crime sa peine. Pourtant, les tribunaux de santé mentale semblent privilégier une conception de la justice pénale qui tente de se distancier des théories de la peine ainsi que de la rationalité pénale qu'elles reconduisent et de la souffrance qu'elles exigent, favorisant plutôt la déjudiciarisation des individus atteints de troubles mentaux.

## 7. UN REGARD CRITIQUE SUR LES TRIBUNAUX DE SANTÉ MENTALE

Bien qu'elle ne remette pas en question les théories de la peine sur lesquelles se fonde notre système de justice pénale ni la souffrance qui leur est intrinsèque, la jurisprudence thérapeutique, sur laquelle s'appuient les tribunaux de santé mentale, reconnaît les conséquences négatives de la prise en charge traditionnelle des individus atteints de troubles mentaux par le système de justice pénale. Ainsi, elle considère que le droit pénal possède des propriétés thérapeutiques et devrait donc viser à améliorer la qualité de vie des individus atteints de troubles mentaux qui se voient judiciairisés (Schneider *et al.*, 2007). Elle cherche alors à réorienter l'accusé vers les services appropriés plutôt qu'à lui imposer une punition. Cette vision est bien loin de celle véhiculée par la rationalité pénale moderne, qui gravite autour de l'imposition d'une sanction négative. De ce fait, plusieurs s'opposent aux tribunaux de santé mentale et à la jurisprudence thérapeutique, considérant que leur mandat est incompatible avec celui du système de justice pénale (Schneider *et al.*, 2007). Le système de justice pénale, étant voué à la punition, à la protection de la société et à la dissuasion, chercherait à restaurer la justice et non à produire un bien quelconque pour l'accusé. À première vue, les tribunaux de santé mentale, s'appuyant sur la jurisprudence thérapeutique, sembleraient présenter une solution alternative au système de pensée dominant en matière de droit pénal. Toutefois, il est possible de se demander si, tels qu'ils sont mis en pratique à l'heure actuelle, ces derniers constituent réellement une alternative à la rationalité pénale moderne et si, par le fait même, ils permettent véritablement d'alléger la souffrance que vivent les individus atteints de troubles mentaux qui se voient judiciairisés.

L'objectif des tribunaux de santé mentale est certes bien différent de celui visé par le système de justice pénale traditionnel. Nul ne peut remettre en question l'intention noble des tribunaux de santé mentale de remédier au problème de la criminalisation des individus atteints de troubles mentaux en favorisant leur déjudiciarisation. Pourtant, plusieurs tribunaux de santé mentale exigent un plaidoyer de culpabilité comme prérequis à la déjudiciarisation et, bien que ce soit déconseillé par plusieurs chercheurs, certains de ces tribunaux punissent les échecs au programme de traitement par des sanctions pénales, notamment l'incarcération. De ce fait, plusieurs considèrent les tribunaux de santé mentale comme une forme de paternalisme étatique ciblant une population vulnérable. Ils craignent qu'en s'appuyant sur le pouvoir coercitif du système de justice pénale, les tribunaux de santé mentale contraignent les accusés à adhérer – afin d'éviter la souffrance associée à la sanction pénale – à un programme de traitement qu'ils auraient autrement refusé (Schneider *et al.*, 2007). Un individu atteint de troubles mentaux qui refuse de participer au

processus des tribunaux de santé mentale devra être soumis au processus judiciaire traditionnel. Par ailleurs, un individu incapable d'adhérer au programme de traitement établi pour lui par l'équipe du tribunal de santé mentale se verra expulsé du processus et réorienté vers le système de justice pénale traditionnel. La menace de la sanction pénale demeure donc toujours présente.

Selon les prémisses de la jurisprudence thérapeutique, les individus atteints de troubles mentaux figurent parmi les « corrigibles », ce qui justifie une déjudiciarisation axée sur la réhabilitation. Puisque la réhabilitation peut s'avérer longue et qu'au cours de ce processus l'individu demeure sous la surveillance du tribunal de santé mentale, ce dernier est alors constamment menacé d'être puni pour une rechute. Cela se révèle d'autant plus vrai pour l'individu soumis à une entente de cautionnement, puisque toute rechute pourrait entraîner de nouvelles accusations pour non-respect d'engagement.

Tant et aussi longtemps que la sanction pénale sera mobilisée comme outil de coercition pour assurer l'adhésion au plan de traitement, les tribunaux de santé mentale ne pourront être envisagés comme une alternative à la rationalité pénale moderne. En effet, si l'on reconnaît que la responsabilité des individus atteints de troubles mentaux est atténuée, que le système de justice pénale traditionnel s'avère inefficace et inapproprié pour répondre aux besoins de ces individus, et que, par le fait même, on doit les réorienter vers le système de santé mentale, alors pourquoi doit-on passer par le système de justice pénale pour le faire ?

Pour qu'il y ait déjudiciarisation, il doit inévitablement y avoir *a priori* une judiciarisation. Par la simple prise en charge par le système de justice pénale, on remplit les objectifs de dénonciation et de dissuasion. Malgré leur visée thérapeutique, les tribunaux de santé mentale demeurent tout de même des instances du système de justice pénale, et l'individu qui se voit pris dans les filets de ce système subit toujours les conséquences de la stigmatisation qui y est associée. D'ailleurs, selon certains, les tribunaux de santé mentale augmenteraient la stigmatisation et la marginalisation associées au système de justice pénale en véhiculant le message que les individus aux prises avec des troubles mentaux forment un groupe à part, un groupe anormal, dont les comportements sont dérangeants, voire dangereux, et qui nécessite ainsi un système spécialisé et un contrôle accru (Kaiser, 2010; Jaimes *et al.*, 2009).

Par ailleurs, si la criminalisation de la maladie mentale contribue à occulter les lacunes en matière d'offre de services en santé mentale, les tribunaux de santé mentale n'en feraient pas moins. Certains vont jusqu'à dire que l'existence même des tribunaux de santé mentale signale l'acceptation de cette situation, freine la volonté politique de redresser cette

pénurie de services et encouragement, par le fait même, la judiciarisation des individus atteints de troubles mentaux, sous prétexte de leur offrir des services (Kaiser, 2010; Seltzer, 2005). À cette critique s'ajoute celle craignant que les services de santé mentale soient désormais réservés aux individus pris en charge par le système de justice pénale, favorisant ainsi les individus ayant posé des gestes criminels au détriment des autres individus atteints de troubles mentaux (Seltzer, 2005; Jaimes *et al.*, 2009; Schneider *et al.*, 2007).

La question du consentement à la participation aux tribunaux de santé mentale a également suscité de vives discussions. Par sa nature même, le système de justice pénale est une institution coercitive. Est-il alors possible de parler de participation volontaire dans le processus de déjudiciarisation? Le processus des tribunaux de santé mentale comporte certains risques que les individus doivent comprendre afin que leur participation soit réellement volontaire (Seltzer, 2005). Comme il a été mentionné précédemment, certains de ces tribunaux punissent les échecs au programme de traitement par des sanctions pénales, notamment l'incarcération. En outre, le processus peut s'avérer plus long et engendrer davantage de comparutions. Les tribunaux de santé mentale soulèvent également des questions éthiques quant au partage d'informations médicales. Aussi, plusieurs tribunaux de santé mentale exigent un plaidoyer de culpabilité comme condition préalable à la déjudiciarisation. Ce plaidoyer serait une forme de coercition visant à accroître l'adhésion au plan de traitement. De plus, il ajoute une condamnation au dossier criminel de l'individu, ce qui engendre en soi une série de conséquences. Peut-on réellement parler de participation volontaire lorsqu'on rattache la liberté et l'accès au traitement à un plaidoyer de culpabilité (Redlich *et al.*, 2010)?

Il est également possible de s'interroger sur la validité d'un consentement obtenu dans une situation de stress aigu. L'individu, vulnérabilisé par la maladie mentale, doit prendre une décision quant à sa participation au tribunal de santé mentale alors qu'il vit le stress de la prise en charge par le système de justice pénale (arrestation, incarcération, transport au palais de justice, etc.). Cette préoccupation est d'autant plus pertinente que cette prise en charge représente souvent, pour l'individu atteint de troubles mentaux, une interruption de son traitement pharmacologique (Kaiser, 2010; Seltzer, 2005; Redlich *et al.*, 2010).

Il est clair que, pour une population pauvre, marginalisée, stressée, instable et stigmatisée, et dont le seul véritable autre « choix » est de faire face à la sévérité du système traditionnel de justice, les concepts de participation « volontaire » et « bien informée » n'ont pas vraiment de sens (Kaiser, 2010, p. 30).

## CONCLUSION

La prise en charge de la maladie mentale par le système de justice pénale a certes évolué depuis les premiers contacts entre le fou et la police civile au XVII<sup>e</sup> siècle. On attend aujourd'hui du système de justice pénale qu'il soit à la fois juge et thérapeute; qu'il assume la responsabilité de rétablir l'ordre, tout en assurant le rétablissement de celui qui a enfreint la loi. Bien qu'ils remplissent des rôles qui peuvent, à première vue, sembler fondamentalement différents, le système de justice pénale et le système de santé mentale sont tous deux des instances de contrôle social vouées, respectivement, à la normalisation des «criminels» et des «fous». Le système de justice pénale a comme rôle de ramener le «criminel» à la norme par l'entremise de la sanction et de ses diverses fonctions (dissuasion, dénonciation, rétribution, réhabilitation et neutralisation). Pour sa part, le système de santé mentale a comme rôle de ramener le «fou» à la norme par l'entremise de diverses formes de traitement, dont la médication. Traditionnellement, ces deux instances, même si elles pouvaient se croiser, fonctionnaient indépendamment l'une de l'autre: le système de justice pénale responsable de la prise en charge du «fou» comme sujet de droit, et le système de santé mentale, ou plutôt la psychiatrie, responsable de la prise en charge du «fou» comme sujet social (Foucault, 1972).

Aujourd'hui, et à la suite de la désinstitutionnalisation, ces deux systèmes sont appelés à gérer les mêmes populations. La création des tribunaux de santé mentale n'a que renforcé leur collusion. Alors qu'on assiste à la psychologisation des problèmes sociaux (Lapierre *et al.*, 2011), le système de justice pénale vient aujourd'hui s'ajouter comme instance de normalisation des comportements déviants en mettant le système de santé mentale à profit dans la gestion des comportements qui portent atteinte à la normativité sociale. Les tribunaux de santé mentale mobilisent le système de santé mentale comme instrument de discipline se substituant alors au système de justice pénale pour ramener le «criminel» à la norme par ce que Castel (1981) a désigné comme toutes ces techniques qui fonctionnent «à la psychologie».

Si la désinstitutionnalisation a pu, en outre, se manifester grâce aux transformations de la normativité sociale, alors l'évolution de la prise en charge de la maladie mentale par le système de justice pénale s'en est aussi vue influencée. Le nouvel «usager» des services de santé mentale, et par le fait même le «client» des tribunaux de santé mentale, est perçu comme un acteur «compétent», c'est-à-dire qui ne fait pas que «pâtir», mais qui devient capable de «gérer» ses symptômes en ce sens qu'il doit s'impliquer en tant qu'individu dans la résolution de «son» problème de santé mentale» (Otero, 2005, p. 78). On reconduit alors dans le processus de déjudiciarisation ces nouvelles règles de l'individualité contemporaine caractérisées par la promotion de l'autonomie, de la responsabilité

individuelle et de la prise d'initiative. L'individu à qui l'on reconnaît une responsabilité mitigée à l'égard du crime se voit confier la responsabilité de sa sanction. Responsable de son rétablissement, qui est la condition de sa déjudiciarisation, l'individu doit assumer les conséquences de ses échecs. Pourtant, le poids de la stigmatisation que vivent les individus atteints de troubles mentaux et les barrières qu'elle représente pour leur rétablissement et leur réinsertion sociale ne sont pas pris en compte. Ainsi, la responsabilisation individuelle vient occulter les inégalités structurelles qui ouvrent la voie à la judiciarisation.

Si les tribunaux de santé mentale peuvent sembler à première vue une alternative prometteuse à cette rationalité pénale moderne nous empêchant de concevoir une réponse au crime qui serait autre que la sanction négative et porteuse de souffrance, ils demeurent des instances d'un système coercitif. Bien que l'on reconnaisse l'échec de la prise en charge de la maladie mentale par le système de justice pénale et que l'on insiste sur l'importance de réorienter ces individus vers le système de santé mentale afin de favoriser leur rétablissement, il demeure impossible de penser une réponse au crime qui ne passe pas de prime abord par la judiciarisation. La sanction négative demeure alors trop souvent une épée de Damoclès menaçant de s'abattre sur un individu vulnérable en quête de rétablissement, un rétablissement qui est la condition de sa déjudiciarisation.

La création des tribunaux de santé mentale a certes permis à plusieurs individus atteints de troubles mentaux d'éviter la prison et, par le fait même, les conditions inhérentes et dommageables du milieu carcéral. De plus, elle a favorisé l'accès aux services de santé mentale pour une population vulnérable et fragilisée. Cependant, les individus participant aux tribunaux de santé mentale sont toujours pris en charge par le système de justice pénale et vivent malgré tout une stigmatisation qui, selon certains critiques, se voit même accrue du fait qu'ils reçoivent un traitement spécial. De plus, ils se voient confier la responsabilité de leur rétablissement et, par le fait même, de leurs échecs qui peuvent éventuellement se traduire en sanction pénale. Les tribunaux de santé mentale, en adoptant une philosophie réhabilitative ou thérapeutique plutôt que répressive, cherchent indéniablement à produire un bien pour les accusés atteints de troubles mentaux; mais allègent-ils pour autant leur souffrance?

## RÉFÉRENCES

- CASTEL, R. (1981). *Le psychanalisme: l'ordre psychanalytique et le pouvoir*, Paris, Flammarion.
- CASTRO, B., S. BAHADORI, A.L. TORTELLI et N. SKURNIK (2007). «Syndrome de la porte tournante en psychiatrie en 2006», *Annales médico-psychologiques*, vol. 165, p. 276-281.

- CAUCHIE, J.-F. et D. KAMINSKI (2007). « Éléments pour une sociologie du changement pénal en Occident. Éclairage des concepts de rationalité pénale moderne et d'innovation pénale », <<http://champpenal.revues.org/613>>, consulté le 10 juin 2012.
- DORÉ, M. (1987). « La désinstitutionnalisation au Québec », *Santé mentale au Québec*, vol. 12, n° 1, p. 144-157.
- DORVIL, H. (1987). « Les caractéristiques de la porte tournante à l'Hôpital Louis-H.-Lafontaine », *Santé mentale au Québec*, vol. 12, n° 1, p. 79-89.
- DORVIL, H. (2005). « Nouveau plan d'action: quelques aspects médicaux, juridiques, sociologiques de la désinstitutionnalisation », *Cahiers de recherche sociologique*, vol. 41-42, p. 209-235.
- EHRENBERG, A. (2000). *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob.
- EHRENBERG, A. (2004). « Les changements de la relation normal-pathologique. À propos de la souffrance psychique et de la santé mentale », *Esprit*, mai, p. 133-156.
- FOUCAULT, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard.
- FOUCAULT, M. (1975). *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard.
- FRAPPIER, A., L. VIGNEAULT et S. PAQUET (2009). « À la fois malade et criminalisé: témoignage d'une double marginalisation », *Santé mentale au Québec*, vol. 34, n° 2, p. 21-30.
- GOFFMAN, E. (1968). *Asile. Études sur la condition sociale des malades mentaux* (trad. de l'anglais par L. Lainé et C. Lainé), Paris, Minuit.
- JACCOUD, M. (2007). « Innovations pénales et justice réparatrice », <<http://champpenal.revues.org/1269>>, consulté le 8 janvier 2013.
- JAIMES, A., A. CROCKER, É. BÉDARD et D.L. AMBROSINI (2009). « Les Tribunaux de santé mentale: déjudiciarisation et jurisprudence thérapeutique », *Santé mentale au Québec*, vol. 34, n° 2, p. 171-197.
- KAISER, H.A. (2010). « C'est trop beau pour être vrai! Réflexion sur la multiplication des tribunaux de santé mentale », *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, vol. 29, n° 1, p. 27-34.
- LABERGE, D. et M. ROBERT (1992). « La judiciarisation de la santé mentale: profil des personnes accusées devant la cour municipale de Montréal », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 5, n° 1, p. 31-46.
- LAPIERRE, S., N. MOREAU et K. LAROSE-HÉBERT (2011). « La psychologisation de l'intervention sociale: enjeux et perspectives », *Reflète, revue d'intervention sociale et communautaire*, vol. 17, n° 1, p. 10-13.
- LECOMTE, Y. (1988a). « Le processus de désinstitutionnalisation aux États-Unis (première partie) », *Santé mentale au Québec*, vol. 13, n° 1, p. 34-47.
- LECOMTE, Y. (1988b). « Le processus de désinstitutionnalisation aux États-Unis (deuxième partie) », *Santé mentale au Québec*, vol. 13, n° 2, p. 35-52.
- LEFEBVRE, Y. (1987a). « Chercher asile dans la communauté », *Santé mentale au Québec*, vol. 12, n° 1, p. 66-78.
- LEFEBVRE, Y. (1987b). « Jalons pour une problématique québécoise de la désinstitutionnalisation », *Santé mentale au Québec*, vol. 12, n° 1, p. 5-13.
- MINISTÈRE DE LA JUSTICE (2012). « Article 718. Objectifs et principes de la détermination de la peine », dans *Code criminel canadien*, <<http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-46/>>, Gouvernement du Canada, consulté le 21 juin 2012.

- MOREAU, D. (2008). «Après l'asile: la reconfiguration des tensions entre soins, sécurité et liberté dans le traitement social des troubles mentaux», *Labyrinthe*, vol. 29, n° 1, p. 53-64.
- MORIN, D., P. LANDREVILLE et D. LABERGE (2000). «Pratiques de déjudiciarisation de la maladie mentale: le modèle de l'Urgence psychosociale-justice», *Criminologie*, vol. 33, n° 2, p. 81-107.
- NAMIAN, D. (2011). «Psychologisation ou singularisation? L'intervention sociale au temps de l'accompagnement». *Reflets, revue d'intervention sociale et communautaire*, vol. 17, n° 1, p. 58-89.
- ORMSTON, E.J. (2010). «La criminalisation des personnes ayant des problèmes de santé mentale», *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, vol. 29, n° 2, p. 11-18.
- OTERO, M. (2005). «Santé mentale, adaptation sociale et individualité contemporaine», *Cahiers de recherche sociologique*, vol. 41-42, p. 65-89.
- PIRES, A.P. (1998). «Aspects, traces et parcours de la rationalité pénale moderne», dans C. Debuyst, F. Digneffe, M. Labadie et A.P. Pires (dir.), *Histoire des savoirs sur le crime et la peine. Tome II: La rationalité pénale et la naissance de la criminologie*, Bruxelles, Montréal et Ottawa, De Boeck, Les Presses de l'Université de Montréal et Les Presses de l'Université d'Ottawa, p. 3-51.
- PIRES, A.P. (2001). «La rationalité pénale moderne, la société du risque et la juridicisation de l'opinion publique», *Sociologie et société*, vol. 33, n° 1, p. 179-204.
- PIRES, A.P. (2007). «Une "utopie juridique" et politique pour le droit criminel moderne?», *Criminologie*, vol. 40, n° 2, p. 9-18.
- PIRES, A.P. et F. ACOSTA (1994). «Les mouches et la bouteille à mouches: utilitarisme et rétributivisme classiques devant la question pénale», *Carrefour. Revue de la Société de philosophie de l'Outaouais*, vol. 16, n° 2, p. 8-39.
- REDLICH, A.D., S. HOOVER, A. SUMMERS et H.J. STEADMAN (2010). «Enrollment in Mental Health Court: Voluntariness, knowingness, and adjudicative competence», *Law and Human Behaviour*, vol. 34, n° 2, p. 91-104.
- SCHNEIDER, R.D., H. BLOOM et M. HEEREMA (2007). *Mental Health Courts. Decriminalizing the Mentally Ill*, Toronto, Irwin Law.
- SELTZER, T. (2005). «Mental Health Courts. A misguided attempt to address the criminal justice system's unfair treatment of people with mental illnesses», *Psychology, Public Policy, and Law*, vol. 11, n° 4, p. 570-586.
- STEADMAN, H.J., S.M. MORRIS et D.L. DENNIS (1995). «The diversion of mentally ill persons from jails to community-based services: A profile of programs», *American Journal of Public Health*, vol. 85, n° 12, p. 1630-1635.
- WACHHOLZ, S. et R. MULLALY (1993). «Policing the deinstitutionalized mentally ill: Toward an understanding of its function», *Crime, Law and Social Change*, vol. 19, n° 3, p. 281-300.



## **L'ÉPREUVE DU TRAVAIL**



## « INTÉGRATION TOXIQUE » AU TRAVAIL FLEXIBLE REPRÉSENTATIONS SOCIALES DU RECOURS AUX DROGUES

Lilian Negura et Marie-France Maranda

Les enjeux politiques, économiques et personnels que soulève la consommation de drogues en milieu de travail sont de plus en plus reconnus dans les pays occidentaux comme une problématique d'envergure nationale et internationale ayant une influence majeure sur la productivité et la santé (Fontaine, 2004; CPLT, 1999). Bon nombre d'études à ce sujet présentent la toxicomanie comme un mode de vie menant à l'exclusion sociale (Castel, 1999); cependant, nous savons peu de choses sur la polyconsommation de drogues au regard de *l'intégration au monde du travail*.

En effet, des études étaient à réaliser sur les liens complexes entre les normes explicites et implicites de la société actuelle de production et sur le fait, pour les salariés, de recourir à des produits licites ou illicites pour socialiser, diminuer la souffrance ou, au contraire, augmenter leur niveau de performance.

La souffrance est une notion difficile à saisir. Comme le dit Hervé (1998), « l'expérience de la souffrance appartient au registre de l'indicible, et reste pour qui ne la vit pas une énigme » (p. 5). La souffrance implique des notions de durée et de compromis. « Souffrir, c'est endurer, éprouver, supporter quelque chose de désagréable » (p. 1-2). La souffrance psychique, dit Musi (2005), est une notion liée à la perception subjective du risque de destruction de la personne qui éprouve un sentiment d'impuissance ou d'épuisement. Foucart (2003), pour sa part, montre une compréhension

sociologique de cette notion : la souffrance est une rupture du sentiment de confiance envers soi, les autres et le monde. C'est une rupture du lien transactionnel dans lequel se manifeste ordinairement un souci de ne pas humilier l'autre et de ne pas se soumettre à lui.

En conséquence, la souffrance renvoie à quelque chose de dynamique : c'est un espace de lutte entre le bien-être et la maladie (Dejours, 2008). C'est un espace instable dans lequel le sujet se débat pour faire face au réel ou pour sauver sa vie (psychique) lorsqu'il est aux prises avec une détresse qui le submerge, par exemple des contraintes pathogènes de travail. C'est le cas des alcooliques et des personnes aux prises avec des addictions consécutives à un mal-être diffus imbriqué dans un malaise social vécu par la collectivité.

De façon plus précise, le *dopage en milieu de travail* (Gasparini, 2004) est une nouvelle problématique à mieux comprendre et à documenter dans le contexte actuel d'une économie axée sur de fortes exigences de productivité et de compétitivité (Van Caloen, 2005 ; Fontaine, 2004). Notre texte vise à explorer ces problématiques par l'étude des représentations sociales des travailleurs et travailleuses sur le travail et par celle des représentations sociales de la consommation d'alcool, de drogues ou de médicaments.

## **1. LA CONSOMMATION DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ET LE TRAVAIL**

### **1.1. Les représentations sociales de la consommation des substances psychoactives**

En s'appuyant sur les travaux d'anthropologues européens, notamment J.-P. Castelain et S. Fainzang, L. Gaussot (1998) a repéré trois représentations sociales de l'alcoolique qui ont donné lieu à des figures stéréotypées de la toxicomanie : celles de l'ivrogne, du malade et de l'artiste. De ces figures, des approches ont été dégagées : 1) une approche médico-psychologique dans laquelle le « savoir boire » est jugé ; 2) une approche symbolique-phénoménologique qui révèle une situation du « trop boire et la chute symbolique qui l'accompagne » ; et 3) une approche morale-sociale qui montre que le « mal-boire » conduit à la rupture du lien social. La pérennité de l'existence d'une représentation sociale générale qui fait l'hypothèse de la déchéance associée à la consommation d'alcool est soutenue.

Or de telles représentations catastrophiques, tout en étant en partie fondées, ne sont pas dissuasives et ne contribuent pas à exercer un poids efficace sur le plan de la prévention. Premièrement, elles n'interpellent pas les usagers « ordinaires » comme les travailleurs et les travailleuses, qui

ne s'y reconnaissent pas; deuxièmement, elles négligent l'aspect «avantage» à consommer, en particulier la question insidieuse du plaisir qui y est associé; finalement, elles négligent le processus dans lequel se déroule l'expérience de la toxicomanie. Seul le «boire» est jugé. Les interrelations avec le contexte, notamment avec le travail (les pratiques sociales de consommation), sont négligées, voire occultées.

Les auteurs nord-américains, quant à eux, se réfèrent davantage à une théorisation liée aux aspects individuels: les traits de personnalité (Longshore et Teruya, 2006; Lukassen et Beaudet, 2005; etc.), les valeurs individuelles (Shim et Maggs, 2005; O'Callaghan et Hannon, 2003; etc.), le contexte familial (Kirby, 2006; Arnett 2005; Miller-Day et Dodd, 2004; etc.), les périodes critiques de développement des individus (Gilmore *et al.*, 2005; Kaukinen et DeMaris, 2005; Demers *et al.*, 2002; etc.) et même l'hérédité (Fagan et Najman, 2005; Gross et McCaul, 1990; etc.). Pour d'autres, les aspects culturels priment dans l'explication de la consommation des substances psychoactives: l'appartenance à un groupe social (Mustaine et Tewksbury, 2004; Page et Marcelin, 2003; etc.) ou ethnique (Kulis *et al.*, 2004; Caldwell *et al.*, 2004; etc.), ou aux normes d'acceptabilité liées à certains métiers ou professions (Finch, 2001). Quelques auteurs ont situé leur analyse de la toxicomanie dans le contexte actuel d'évolution de la société, sans toutefois insister sur le rôle spécifique du changement dans le travail (Marchand *et al.*, 2005; Van Caloen, 2005).

Même si bon nombre d'études montrent l'existence du problème de la toxicomanie en lien avec le travail (Rospenda *et al.*, 2000; Brisson, 2000; Moisan *et al.*, 1999; Grunberg *et al.*, 1998; etc.), elles ne font que rarement un rapprochement entre, d'une part, la hausse de la surconsommation d'alcool, de drogues ou de médicaments et, d'autre part, les nouvelles gestions du travail et les normes sociales qui en découlent.

## **1.2. La transformation du travail et la consommation des substances psychoactives**

Les dernières transformations du monde du travail se traduisent dans les entreprises par l'affirmation de nouvelles normes fondées sur la flexibilité et l'autonomie (Boltanski et Chiapello, 1999). Les nouvelles méthodes de gestion (juste-à-temps, «6 zéros», réingénierie, qualité totale, etc.) cultivent un travail orienté vers la tâche, l'autonomie des travailleurs et travailleuses reliés en réseau, organisés par projet et interconnectés en temps réel, utilisant des compétences polyvalentes et en évolution, totalement engagés dans une production continuellement adaptée aux changements du marché (Negura *et al.*, 2011; Negura, 2006b; Negura et Maranda, 2004).

Des troubles de la santé mentale (Statistique Canada, 2003) associés à cette tendance organisationnelle connaissent une augmentation inquiétante. La hausse et la diversification de la consommation des substances psychoactives (Santé Canada, 2004) sont une autre tendance qui pourrait être associée à cette évolution du monde du travail, car il est prouvé empiriquement (Graves *et al.*, 2005 ; Tjepkema, 2004) que la dépendance aux drogues est en lien direct avec l'instabilité sociale, émotionnelle et économique. À titre d'exemple, près d'un participant sur trois à une enquête menée en 2000 avait recours à des substances légales ou illégales en relation avec son travail: 20% pour être en forme; 12% pour un symptôme gênant et 18% pour se détendre après une journée difficile (Lapeyre-Mestre *et al.*, 2004). Le rapprochement entre ce changement des normes de production explicites et implicites dans les milieux de travail et le recours à des substances psychoactives s'impose aussi lorsque l'on apprend par les professionnels de la santé que 250 000 travailleurs et travailleuses au Québec ont des problèmes liés à l'usage abusif d'alcool, pendant que 40% de ce nombre consomment aussi des drogues, 28% des médicaments, 20% de la cocaïne et 18% du cannabis (CPLT, 1999). Les nombreuses conséquences dans la sphère du travail et en dehors, mesurées par plusieurs enquêtes, sont elles aussi illustratives d'un certain consensus sur la complexité du phénomène: maladies, stress, absentéisme, accidents de travail, conflits relationnels, baisse de productivité. En somme, ce sont là des enjeux sociaux déjà reconnus, notamment par les décideurs politiques (CPLT, 2003, 2001, 1999; CCLAT, 1999).

### **1.3. La consommation des substances psychoactives : délimitation conceptuelle**

Au-delà de certaines explications individualisantes (actes personnels liés par exemple à un état psychologique fragilisé), les prises de substances psychoactives, diversifiées en nature et en fréquence, pourraient traduire tout autant des pratiques liées à des modes obligatoires de socialisation aux normes dominantes, dont les normes organisationnelles, que des pratiques liées à des modes de résistance ou de déviance à ces mêmes normes. Lorsque la consommation de substances psychoactives est « récréative » ou « exploratoire », elle est considérée comme relevant d'un simple usage. C'est lorsque l'usage devient abusif, traduisant une dépendance aux produits, que l'on parle communément du problème posé par « cette situation d'abus ». Dans ce cadre, la surconsommation de substances psychoactives fait particulièrement référence aux drogues consommées sans raison médicale, qui agissent sur le système nerveux central modifiant

la façon dont une personne se sent, pense ou agit et qui, par là même, affectent ou mettent en danger la santé et la sécurité de l'utilisateur ou des autres (Heller et Robinson, 1994).

Cette définition reconnue est intéressante, mais elle tend à réduire le champ de nos investigations sociologiques. Elle écarte d'emblée comme problématique tout aussi essentielle celle d'une polyconsommation qui répond à un besoin de consommer et de combiner tel produit et tel autre pour diverses raisons, valeurs, normes qu'il est important de mieux connaître et de comprendre. De plus, cette définition communément utilisée dans les milieux thérapeutiques de la toxicomanie porte un jugement de valeur d'une société qui ne désapprouverait pas la consommation abusive d'antidépresseurs, de tranquillisants ou de somnifères sous prétexte qu'ils ont été prescrits médicalement. La référence au caractère «dangereux» du produit abusivement consommé, parce qu'altérant l'individu et sa relation aux autres, occulte également une autre dimension : la consommation abusive d'un produit autorise l'intégration de l'individu dans un groupe social en favorisant sa relation aux autres, mais le conduit paradoxalement au retrait de la société lorsque les méfaits de la surconsommation s'accumulent.

Partant du principe qu'«une société sans recours aux psychotropes n'existe pas» (Maestracci, 2001), et n'a jamais existé, nous retenons une définition beaucoup plus large et complexe du phénomène de la dépendance à des substances psychoactives qui tient compte d'un ensemble de paradoxes et de contradictions inhérents au contexte social actuel. L'usage de substances psychoactives, par son effet «positif», pourrait, selon cette perspective, «servir» à court terme les entreprises dans le cadre de la «performance». En effet, au sein de ce processus, la consommation des substances participerait à la fois à l'intégration des individus/usagers dans le milieu de travail ainsi qu'à la régulation de leurs comportements (Rozenblatt *et al.*, 2002).

#### **1.4. L'intégration et les représentations sociales**

En tant que «version contemporaine du mythe» (Moscovici, 1989), la représentation sociale constitue un système de connaissances partagées par un groupe social (Abric, 2001) et sert aux individus de grille de lecture de la réalité sociale et de guide pour le comportement (Moliner, 1992). Les normes sociales du monde du travail sont soit appropriées par les représentations sociales des individus, se retrouvant ainsi à l'origine des dynamiques d'intégration, soit rejetées en produisant l'exclusion. Cela justifie la pertinence d'étudier les représentations sociales afin de mieux

comprendre les dynamiques d'intégration ou de retrait du monde de travail partagées par des travailleurs et travailleuses qui ont eu une expérience de toxicomanie.

Les représentations sociales du travail (secteur d'activité, contexte de production, conditions d'exercice, culture de travail) et les représentations de la consommation individuelle et collective d'alcool ou de drogues convergent vers un objectif d'intégration aux nouvelles transformations du monde du travail (caractérisées par l'affirmation de nouvelles normes d'autonomie, de flexibilité, de polyvalence, de disponibilité, de rendement, etc.). Deux figures se profilent : celle de *l'individu intégré* mais « incertain » (Ehrenberg, 2000), c'est-à-dire celui ou celle qui utilise les produits psychotropes pour faire face aux exigences du travail (psychostimulants, anxiolytiques), et celle de *l'individu qui échoue dans son intégration*, « l'individu par défaut » (Castel, 1999), c'est-à-dire l'individu engagé dans un cycle de consommation et de dépendance (pour des raisons sociales, médicales, etc.) et qui risque d'être exclu, en bout de piste, du milieu du travail. La consommation d'alcool ou des drogues s'avère ainsi un rite paradoxal d'intégration au monde actuel du travail comportant de possibles graves effets pervers qu'il convient de documenter.

### 1.5. La méthode de recherche

L'échantillonnage typique a été effectué en fonction de catégories socio-professionnelles, ainsi que des catégories de sexe et d'âge, qui, selon plusieurs études (Finch, 2001 ; Delaney et Ames, 1995 ; Freels *et al.*, 2005 ; Moore *et al.*, 2003 ; Svare *et al.*, 2004 ; etc.), sont caractérisées par des pratiques spécifiques de consommation de substances psychoactives.

En dehors de ces spécificités des pratiques de consommation selon les catégories socioprofessionnelles, nous nous sommes proposé d'observer l'éventuelle apparition de nouvelles formes génériques de consommation sous l'effet des normes de travail émergentes. Cette nouvelle normativité façonnée par le contexte des modes de gestion flexible, qui ont touché, selon des études (Dessler *et al.*, 2009), la plupart des milieux professionnels, a produit des formes inédites de pression psychologique sur les employés, comme, entre autres, la surresponsabilisation, le sentiment d'instabilité ou la peur de l'échec. Cette pression, selon nos études précédentes (Negura *et al.*, 2011 ; Deslauriers *et al.*, 2012), serait à l'origine du recours de plus en plus fréquent à des substances psychotropes par les salariés des nouvelles entreprises. Nous avons donc visé à comprendre l'effet général sur la consommation des substances psychoactives des nouvelles réalités normatives qui ont marqué le monde de travail et cela à travers toute la diversité des milieux professionnels.

L'échantillon comprend trois sous-catégories de participants, selon les trois types de milieux de travail : les milieux à haute performance, les milieux où le travail manuel prédomine et les milieux comprenant des services personnalisés, c'est-à-dire des emplois de service et en relation d'aide. Le fait d'avoir la représentation de ces trois types de milieux de travail remplit la fonction méthodologique de comparaison (Soulet, 2011). En fait, cela nous permettra de comparer les pratiques qu'on peut qualifier de traditionnelles, liées à la culture de consommation – par exemple la consommation de l'alcool dans l'industrie de la construction ou des stimulants dans l'industrie du spectacle, qui sont des pratiques spécifiques de consommation dans chacun de ces milieux –, avec des pratiques génériques de consommation, présentes dans tous les milieux, imputables à l'effet des nouvelles normes sociales du travail. Trente entrevues (voir le tableau 1) ont été réalisées à Ottawa, Québec et Montréal en 2009. Ces entrevues ont été enregistrées avec l'accord des participants. L'anonymat et la confidentialité ont été garantis dans le formulaire de consentement que nous avons soumis au préalable au comité d'éthique de l'Université d'Ottawa.

**TABLEAU 1.****Composition de l'échantillon**

Région d'origine	Sexe		Âge (ans)			Milieux de travail		
	Homme	Femme	- 30	31-45	46 +	EM <sup>a</sup>	ESP <sup>b</sup>	MHP <sup>c</sup>
Régions de Québec et Montréal	13	3	5	7	3	7	6	2
Région d'Ottawa	12	2	2	5	8	4	5	6
<b>Total : 30</b>	<b>25</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>8</b>

<sup>a</sup> Emplois manuels.

<sup>b</sup> Emplois de services personnalisés.

<sup>c</sup> Milieux à haute performance.

Les participants volontaires ont accepté de témoigner de leur expérience au cours d'une entrevue semi-dirigée d'une durée de 90 à 120 minutes. Le but de l'entrevue était de favoriser la verbalisation du participant ou de la participante à propos du sens qu'il ou elle donne à la consommation des substances psychoactives et au travail. Trois thèmes ont été explorés dans le cadre de ces entrevues : 1) les normes du milieu de travail et les représentations du travail ; 2) le contexte de socialisation au milieu de travail ; 3) le rôle et le sens des substances psychoactives (alcool, drogues, médicaments) et les pratiques de consommation (individuelles et collectives).

Notre objectif n'étant pas d'observer les manifestations spécifiques de certaines substances sur le comportement des employés, mais de comprendre le sens que la consommation des différentes substances psychotropes a pour ces personnes dans le nouveau contexte normatif au travail, nous avons laissé la liberté aux participants d'expliquer la signification de la consommation de la substance de leur choix. Nous avons ainsi pris en considération dans notre étude toutes les substances afin de saisir la signification de ces effets très variés qu'elles peuvent avoir et ne pas limiter la compréhension de l'action des nouvelles normes sociales du travail seulement à une ou quelques substances. Nous avons pu déterminer aussi les effets les plus recherchés de ces substances dans le contexte des nouvelles réalités du monde de travail pour mieux comprendre ces pratiques.

L'analyse des représentations sociales a été effectuée selon une méthode *intégrée* d'analyse de contenu (Negura, 2006a). Les données ont été traitées à l'aide du logiciel Nvivo.

## 2. LA REPRÉSENTATION DU TRAVAILLEUR IDÉAL DANS L'ENTREPRISE ET LA FATIGUE

Dans un premier temps, les répondants ont pu échanger au sujet du travail et de ses représentations. La norme du travailleur idéal est beaucoup ressortie pendant cette discussion. Selon les personnes qui ont participé à notre enquête, l'employeur a une représentation du travailleur idéal qui lui sert de norme lors du recrutement, mais aussi lors de l'évaluation du travail proprement dit.

Le travailleur idéal est l'employé qui, dans le contexte concret du travail demandé, répond idéalement aux attentes de l'employeur: l'employé doit fournir toujours plus de travail, de la meilleure qualité possible, dans le temps le plus court, avec peu de ressources. Il existe beaucoup d'éléments de cette représentation qui renvoient à la capacité productive des travailleurs: il doit être multifonctionnel, disponible, rapide, ponctuel, docile, zélé, motivé, toujours en forme, fort, capable de supporter le stress, capable de gérer les situations difficiles, sociable, impliqué et toujours enthousiaste. Cependant, dans le réel, une personne moyenne n'est pas toujours capable de répondre à cette représentation, surtout quand les ressources disponibles sont insuffisantes pour faire face à des situations concrètes du travail.

*Je ne suis pas sûr que j'ai ce qu'il faut pour résister à la pression constante, gigantesque d'un résident en médecine<sup>1</sup> (Q14).*

1. Les propos sont rapportés tels qu'entendus afin de préserver leur spontanéité, sauf lorsqu'ils contenaient des erreurs de français qui pouvaient en fausser le sens.

Comme réaction à cette pression suggérant de correspondre à un modèle inatteignable du travailleur, et à un moment donné du parcours dans le monde de travail, plusieurs de nos répondants ont témoigné avoir vécu un état d'épuisement dévastateur, qu'ils appellent parfois *la fatigue du travail*. Nous avons essayé d'explorer la représentation des manifestations de cet état d'esprit et de comprendre ses causes perçues.

Selon nos répondants, la fatigue du travail se manifeste d'abord par la perte de l'énergie vitale, nécessaire pour accomplir le travail. Cette perte d'énergie se manifeste également par un manque de motivation à remplir ses tâches et la perte de confiance en ses capacités à faire le travail.

*J'y arrivais mais c'était épuisant pour moi. Là vraiment épuisant... oui. Très... mais j'étais, j'étais compétente. Mais euh... mais c'était en fait un prix très élevé pour moi, de santé, de stress, tout ça (O3).*

## 2.1. La charge de travail

La cause principale de cette fatigue, selon les répondants, est d'abord de nature physique. Les salariés sont appelés à travailler davantage, dans un rythme plus intense, et dans des délais de plus en plus serrés. Le travail dans ces conditions devient difficile à accomplir et les répercussions sur la santé sont dévastatrices.

*Du lundi au vendredi, des bouts même on travaillait jusqu'à 7-8 heures le soir, je me réveillais le lendemain, je recommençais à travailler, samedi-dimanche, de congés (Q7).*

*Le temps y'é plus tight. Y'ont coupé le temps là, so pour faire tes standards, faut que tu rentres un montant de minutes dans une journée. Ça te donne le pourcentage. Sinon, tu vas à l'office, tu te fais écrire, tu te fais suspendre, c'est comme, tu vas au bureau souvent là-bas (O1).*

## 2.2. Le stress

Selon nos répondants, la charge de travail est, donc, si élevée qu'elle dépasse souvent la capacité des personnes à y faire face. Dans ces conditions, il est légitime de se demander comment la gestion arrive à imposer cette charge de travail aux salariés, d'autant plus que certains membres des équipes de travail n'hésitent pas à blâmer les collègues qui n'y arrivent pas. Selon nos données, l'augmentation constante de la charge physique du travail est possible grâce à des pressions de nature plutôt psychologique. L'outil principal utilisé dans les entreprises pour arriver à mobiliser les salariés et leur faire mettre le maximum de leur énergie et de leur santé au profit de la production est le *stress*.

*[...] c'était rock and roll. C'tait ça les conditions; étaient, étaient stressantes (O16). C'est toujours un stress constant, rentrer dans les objectifs de vente (Q2).*

*Beaucoup de situations stressantes, beaucoup de stress (Q3).  
C'est un milieu terriblement stressant... (Q12).*

C'est cet état de stress qui crée les conditions propices pour que les travailleurs s'investissent au maximum dans leur travail, sans même avoir la motivation intrinsèque pour le travail et sans pouvoir donner sens aux tâches qu'ils doivent accomplir. Les répondants faisaient beaucoup le lien entre le stress et la pression de travailler plus.

*Le stress va main en main avec ce travail-là. Y'a beaucoup de pression, euh... c'est un travail qui est orienté vers les résultats. Hum... tous les jours, on examine les résultats hum... et puis euh... comme je vous dis, on se souvient jamais de, de vos succès mais toujours de vos... erreurs (O13).*

Le stress qui sert à imposer aux travailleurs une charge de travail de plus en plus lourde est la conséquence de plusieurs situations qui caractérisent les milieux de travail. Plusieurs caractéristiques de l'organisation de travail, mais aussi le statut d'emploi, ont représenté pour nos répondants une source de stress qui d'un côté avait un effet de pression psychologique pour augmenter la cadence du travail, et de l'autre, un effet dévastateur sur la santé mentale et physique des personnes.

### 2.3. La responsabilisation

La responsabilisation des travailleurs pour le travail accompli, par le lien qui se fait entre la réussite de la réalisation d'une tâche et les conséquences pour l'entreprise, augmente la pression psychologique, selon nos répondants. Par cette politique de responsabilisation, les risques d'un éventuel échec sont transférés sur les épaules des travailleurs. Ce fait amplifie le sentiment d'insécurité et la peur de l'échec, qui augmentent inévitablement le stress des travailleurs.

*Et puis on savait que chaque jour de retard, c'était des pénalités, c'était des... Il y avait aussi, c'était aussi qu'il fallait euh... lancer la fabrication des [produits<sup>2</sup>], donc ça occupait des chantiers, bon, de cinq, de cinq, six cents personnes, pendant trois, quatre ans, donc euh... ça fait beaucoup de, de pression. Donc le moindre retard, on sait que ça l'a des implications aussi (O3).*

### 2.4. L'insécurité

Une autre source de stress résulte de l'insécurité de l'emploi. Travailler dans un milieu où les travailleurs et travailleuses peuvent se faire remercier de leurs services n'importe quand vulnérabilise ces derniers, qui

---

2. Ce mot a été changé pour éliminer la possibilité d'identification du répondant ou de la répondante.

ressentent un sentiment d'impuissance devant l'imminence d'un licenciement en cas d'échec. Devant cette situation, l'enjeu personnel du succès de la réalisation de la tâche et de l'adoption de la norme du travailleur idéal devient extrêmement élevé.

*C'est un milieu où on vous tranche la gorge et puis on vous dit merci, quoi, bonjour, au revoir, salut la compagnie, quoi. Alors c'est (pff), ouais, y'a pas d'allégerance, hein, ouais c'est... c'est mortel quoi. Ouais. Donc il faut être le meilleur qu'on peut, quoi. Ouais. Donc beaucoup de pression. Ouais (O13).*

L'arrivée de certaines technologies, de nouvelles machines, non seulement met en danger certains emplois, mais vulnérabilise aussi la compétence des travailleurs puisqu'ils sont en situation de devoir réapprendre constamment de nouvelles façons de procéder. De plus, les technologies sont souvent adoptées pour améliorer les méthodes de contrôle sur les travailleurs. Pour cette raison, les changements technologiques sont perçus plus comme une source supplémentaire de stress que comme un moyen facilitant le travail.

*Pis le travail, y'ont coupé le bank time, y'ont mis ça plus difficile, on a des nouvelles machines, des nouveaux systèmes. Ah shit, pis ça, t'es habitué à quelque chose, pis là y'a quelque chose de nouveau qui rentre (O2).*

## 2.5. Le conflit éthique

Le stress est aussi déterminé par des pressions de nature éthique, quand le travailleur est mis dans une situation où il doit accepter des compromis avec sa propre conscience. Si le milieu de travail cultive une norme de l'employé idéal docile qui accepte sans aucune résistance les valeurs et les consignes des supérieurs, l'ambiance de travail peut être contradictoire avec les valeurs de l'employé, produisant un conflit de valeurs.

*De voir des situations qui pour moi, n'avaient pas de bon sens, ou d'être témoin ou impliquée dans des affaires de violence... (O16).*

Pour éviter une crise de conscience, certains travailleurs choisissent de jouer le jeu sans adopter vraiment les valeurs et les actions qui sont à la source de ce conflit éthique. Étant dans la situation d'accepter *d'être quelqu'un d'autre*, l'employé se forge une carapace pour se protéger des éléments problématiques du milieu de travail. Cependant, ce n'est pas une bonne solution étant donné que cette tension continue de faire croître le stress.

*Pour moi, ce qui était le pire, c'était d'essayer d'être quelqu'un que je n'étais pas. La pire chose que je ferais encore aujourd'hui, si je retournerais là, essayer d'être quelqu'un que je ne suis pas. Essayer de séduire, de me démarquer des autres dans l'habillement, beaucoup axer sur l'image de soi. Dégager autre chose que je n'avais pas envie de dégager, m'habiller d'une manière que je n'avais pas envie de m'habiller, être quelqu'un d'autre que je n'étais pas vraiment dans le fond (Q4).*

## 2.6. Les relations avec les supérieurs

Une autre série de pression psychologique sur les employés est directement liée au comportement des gestionnaires. Les répondants ont témoigné de plusieurs réalités qui contrastent avec la vision d'une gestion fondée sur le respect et l'égalité entre les membres de l'équipe de travail. En réalité, l'obédience à la hiérarchie est la norme, alors que dans le même temps les doléances légitimes des travailleurs ne sont pas prises en considération.

*Tout le monde craignait le patron. Ça donnait une certaine insécurité du moment qu'il était là, tout le monde se surveillait et c'était difficile pour une personne, quand c'est un travail d'équipe (Q13).*

*Quand un patron parle pas, ben c'est difficile, là il faut deviner tout le temps. Pis ça c'est euh... c'est fatigant. Ça j'me rends compte que ces deux patrons-là, là faut qu'j'devine c'qu'ils veulent (O8).*

Un autre élément de cette réalité considérée par les travailleurs comme problématique est le manque d'ouverture ou d'écoute des gestionnaires. Les travailleurs se sentent marginalisés dans la prise de décision malgré un discours hypocrite qui affirme le contraire. Cette double réalité a des conséquences sur leur moral.

*Ils veulent qu'on leur donne des idées comme ça, mais y'a des fois qu'ils écoutent pas [...] Ça fait qu'eux autres, ils mettent tout ça sur le papier pis tout est beau, mais ils ne travaillent pas avec nous autres... C'est beau pour eux. Ça fait que... Faut travailler toute la gang ensemble (O2).*

Pour les travailleurs, il est important de savoir que le travail réalisé est utile et bien fait. Le manque de reconnaissance du travail accompli peut amener d'autres éléments d'incertitude et de questionnements quant à la qualité du travail fourni ce qui, inévitablement, constitue une source d'inquiétude. Ce manque de reconnaissance sur fond d'une quête de respect par l'employé amplifie la souffrance.

*Oui parce qu'auprès de l'employeur je veux dire euh... c'était ingrat. S'il fallait s'attendre à une tape dans le dos, je veux dire euh: «T'as fait une bonne job»... c'est décevant (O7).*

## 2.7. L'ambiance de compétition

Les relations problématiques avec les supérieurs et les collègues ont des conséquences sur l'ambiance au travail, ambiance qui devient encore plus difficile dans les conditions des nouvelles politiques d'individualisation et de compétition. L'atmosphère de travail est alors perçue comme étant peu reluisante.

*Si on est deux qui n'aimons pas une personne, bien, c'est facile d'aller voir le patron et de travailler contre cette personne-là. Il y a juste quelques thèmes à utiliser, quelques images à utiliser, c'est facile à détruire. Ça ne m'est pas arrivé juste à moi. C'est arrivé à plusieurs personnes dans ce service-là où il y a eu vraiment un travail de fait (Q13).*

Pour conclure, la fatigue du travail, dont témoignent certains de nos répondants, est la conséquence de la charge de travail toujours en hausse. Cependant ce n'est pas la charge physique de travail qui est la seule responsable de cette réalité. Les salariés des nouvelles entreprises doivent également composer avec des pressions psychologiques, qui d'ailleurs peuvent expliquer leur investissement, toujours plus difficiles à soutenir, dans un travail intense et souvent pénible.

Les nouvelles techniques de gestion flexible exploitent les ressources psychologiques des travailleurs pour augmenter la cadence et la quantité du travail. Le stress est au centre de cette dynamique qui est déterminée par plusieurs réalités du monde du travail, comme la responsabilisation individuelle des travailleurs, le sentiment d'insécurité créé par le statut flexible d'emploi, le mouvement de personnel et le renouvellement constant des compétences avec l'arrivée des nouvelles technologies.

La fatigue est aussi, selon nos répondants, la conséquence de la multiplication des conflits éthiques dans les milieux de travail, des relations difficiles avec les supérieurs, du manque de reconnaissance du travail accompli et de l'ambiance de compétition cultivée dans les organisations.

Certains travailleurs ne trouvent pas d'autre moyen pour résister à ces pressions que celui de consommer des substances psychotropes, soit pour mieux intégrer le milieu de travail avec ses exigences inatteignables, soit pour se retirer et oublier les moments pénibles vécus au travail.

### **3. LA SIGNIFICATION DE LA CONSOMMATION DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES EN LIEN AVEC LE TRAVAIL**

Comme réponse à un désir d'intégrer le milieu de travail, la consommation est d'abord rapportée par les répondants comme ayant une fonction stimulante, afin d'avoir l'énergie nécessaire pour faire/poursuivre le travail. La consommation permet à court terme de rester éveillé, d'augmenter les performances de travail par les effets stimulants. Les participants indiquent que la consommation amène à un certain dépassement dans la mesure où elle permet de performer au-delà des limites usuelles. Ces performances démesurées permettraient d'être bien vu par l'employeur.

#### **3.1. La performance à tout prix**

La consommation des drogues est donc, pour la majorité de nos répondants, d'abord un moyen *de satisfaire aux exigences du travail*. Pour certains, il est même impossible d'envisager autrement la performance et de pouvoir être à la hauteur des demandes. Il s'agit d'une pratique qui est similaire au dopage dans le monde sportif.

*Je dirais, oui, j'en avais besoin pour performer. Quand j'en prenais, c'était ça. Je me sentais pas bien dans ma peau, j'avais pas le choix, pour bien performer, c'était ça (Q16).*

La consommation de produits psychoactifs les aide également à pallier le *manque de ressources personnelles* afin de réussir à mieux jouer le rôle de l'employé idéal et surtout d'accepter plus facilement les normes du milieu de travail.

*Je n'étais pas équipé, je n'avais pas les ressources nécessaires dans mon vécu, je vais dire ça comme ça, [...] je ne les avais pas. Ma solution, c'était la consommation (Q3).*

Plus particulièrement, les drogues permettent, selon les répondants, d'améliorer les capacités suivantes des travailleurs à mieux performer, et ce, dans les conditions de fatigue ou de manque de ressources personnelles :

- Améliorer la concentration

*La consommation m'aidait à être plus concentré dans mes tâches. J'étais plus dans ma bulle. J'étais performant, du moins j'avais l'impression, le sentiment de performer (Q5).*

- Gagner en confiance et acquérir une certaine assurance

*Mais j'étais gêné de nature, puis en buvant, ben là c'est... J'avais plus de gêne. J'me sentais plus fort, plus grand... (O2).*

- Améliorer les habiletés communicationnelles

*Donc, je me droguais pour pouvoir discuter avec eux autres parce que je ne suis pas quelqu'un qui nécessairement parle beaucoup (Q4).*

- Mieux gérer le stress

*Je vois ça comme une soupape parce que ce sont de longues heures, stressantes, être sous l'adrénaline, si tu ne consommes pas, tu ne peux pas être normalement constitué, pas péter au fret (Q2).*

*L'alcool m'aidait à gérer le stress (O3).*

### 3.2. La socialisation par la consommation

Certains répondants expliquent que la consommation est imbriquée dans le milieu de travail, dans la *culture du travail*, où elle est omniprésente et normalisée. Ces participants décrivent leur milieu de travail comme étant composé majoritairement de personnes qui consomment. Certains vont même jusqu'à expliquer que leur employeur incite à la consommation en fournissant certaines substances qui sont présentes lors d'activités sociales dans le cadre des fonctions liées au travail, mais aussi dans les activités sportives pratiquées par les employés à l'extérieur du travail.

*C'est fait, c'est sûr, dans le milieu du film, de la télévision et du milieu artistique, on retrouve beaucoup de consommation (O13).*

*On est une gang de gars qui tank, la majorité des gars que j'ai connus dans le paysage [sic], on ne se le cachera pas, c'était des bons vivants (Q1).*

Certains expliquent également que c'est grâce à la consommation qu'ils ont pu mieux *intégrer les stéréotypes* liés au domaine d'emploi. Que ce soit dans le domaine de la construction où les travailleurs doivent atteindre certains objectifs ou encore dans celui des bars où il faut jouer un certain rôle, il semble que la consommation leur ait permis de mieux s'adapter à ces contraintes.

*Dans le domaine de la construction, les exigences, c'est sûr que c'est un domaine de performance. Un bon travaillant, quelqu'un qui veut faire des heures supplémentaires, quelqu'un qui accomplit le travail de façon plus rapide que les autres pis aussi, je dirais, tout le côté compétitif entre les travailleurs. C'est-à-dire, moi, je suis capable de partir avec deux feuilles de gyproc tout seul. L'autre à côté, il n'est pas capable et c'est de ça qu'on parle à la pause. Lui, il a besoin d'un gars pour faire sa job, moi, je suis capable de le faire tout seul. Il y a même un côté [...] macho, c'est stéréotypé beaucoup. Pour remplir les exigences liées à ce stéréotype, la consommation venait d'elle-même (Q3).*

La consommation est parfois décrite comme *facilitant les échanges* dans le cadre du travail. Elle permet de créer plus facilement des liens et de développer ainsi un sentiment d'appartenance. Il devient plus facile de s'approcher des gens et de se sentir à l'aise.

*C'était la porte d'entrée pour se socialiser, créer des liens. C'était vraiment un médium extraordinaire pour faciliter les approches, même entretenir des liens, les garder pis les approfondir parce qu'une fois sur la go, tu parles des affaires que tu ne parlerais pas à jeun. Tu créais des liens incroyables avec certains des fournisseurs, ça t'ouvrait une panoplie de gens au show comme je te disais tantôt, qui te présentaient plein de monde, c'était une très bonne porte d'entrée pour socialiser (Q1).*

La consommation est également perçue comme un *moyen de se récompenser* à la suite du travail accompli, par exemple lors des fêtes organisées par le milieu de travail pour souligner la fin d'un projet précis ou encore simplement après une journée de travail. Certains y voient un cercle vicieux dans la mesure où davantage de succès au travail amène une consommation plus accrue.

*Like, after a conference is over, like, like ten days of hard work, that's how we dealt with it. We partied 'til we dropped, and the boss said It's fine. You can do whatever you want. Uh, we'll carry you to your hotel room, whatever (O9).*

### 3.3. Composer avec un travail ingrat

La recherche de la performance ainsi que le besoin de socialiser et de se créer une identité au travail ne sont cependant pas les seules raisons qui poussent les travailleurs à consommer des substances psychoactives.

Certains utilisent des drogues pour *faire face aux réalités pénibles* des milieux de travail. Il s'agit en général de composer avec un travail qui ne satisfait pas, parce qu'il est ennuyant ou extrêmement désagréable.

*Quand j'ai fait mon retour au travail, j'étais en consommation parce que c'est comme si je m'en allais me faire crucifier pendant huit heures (Q15).*

Un autre besoin comblé par la consommation de substances psychoactives est *l'évasion*, la fuite. Elle sert à masquer les souffrances, à s'évader un certain moment face aux difficultés vécues et à la pression ressentie.

*I just wanted to escape into oblivion I would say. I just wanted to relax and go into a little dreamworld kind of thing, just to escape. I think it became a further thing, and then I just needed it after a while, I just needed it (O12).*

La consommation peut également répondre à une *recherche de bien-être*, pour être bien dans sa peau. Ce bien-être peut être atteint par une consommation qui permet de geler un mal de vivre, de se déconnecter de soi-même. Les substances facilitent dans ce cas la relaxation; elles sont décrites comme permettant de décompresser, de décanter, de se détendre. La consommation est prisée dans ce cas surtout pour son pouvoir sédatif, les participants expliquent qu'ils cherchent à s'endormir, à « s'euthanasier<sup>3</sup> ».

*C'est un sentiment de détente, de bien-être, soulagement parce que, dans la journée, je peux admettre qu'il y avait beaucoup de stress. La compagnie fonctionnait beaucoup sous pression (Q16).*

La consommation est représentée aussi par certains répondants comme un moyen pour *briser la routine*. Après des heures, des jours et des années d'un travail qui n'offre pas beaucoup de sens à la vie et qui est aussi répétitif et très peu créatif, elle devient une réponse à l'ennui ressenti, à la monotonie. Les travailleurs recourent ainsi aux drogues pour sortir du quotidien et avoir le sentiment de vivre.

*I felt bored, um, and then, interconnected with my, my personal relationships that, that have over the, over time to my, in my view of failing. A combination of those two things, uh, can be, that did lead me to, to uh, actually consume drugs on, onsite at work (O10).*

En conclusion, la consommation de drogues a une signification bien précise pour nos répondants. Généralement, les drogues sont utilisées par certains travailleurs pour mieux performer, pour résister aux pressions du monde de travail ou pour socialiser avec les collègues. Or ces modalités d'usage des substances psychotropes servent bien le travail par la finalité

3. Ce sont les mots mêmes d'une participante, montrant là, peut-être, un lapsus fort significatif.

d'intégration au monde de l'entreprise que ces pratiques visent. Les travailleurs deviennent ainsi plus productifs, plus adaptés et intégrés aux collectifs de travail. Pourtant, le recours aux drogues peut être aussi la conséquence d'une énorme souffrance produite par le contexte de travail. Dans ce cas, il s'agit plutôt d'une dynamique de retrait que les travailleurs développent par rapport à une réalité pénible. En tous les cas, le risque reste toujours l'entrée dans un cycle sans issue de la surconsommation qui finalement arrive à détruire la personne et à l'exclure du monde du travail.

## **4. LA CONSOMMATION DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES DANS LES NOUVELLES ENTREPRISES**

### **4.1. De l'identité professionnelle à la productivité à tout prix**

Selon nos données et celles des recherches consultées, la consommation de substances psychoactives, en lien avec le travail, est modulée par deux réalités. D'une part, le recours aux drogues est régulé par une culture de consommation traditionnelle propre à certains milieux de travail où les drogues ont un rôle de socialisation ou d'identification au groupe professionnel. Ce type de consommation peut être observé dans tous les milieux, mais le plus souvent dans l'industrie du spectacle ou les milieux ouvriers. Par exemple, la consommation d'alcool et de drogues dans les usines de pâtes et papiers, le plus souvent à l'extérieur du travail ou lors de certaines activités organisées, était une façon de consolider l'appartenance au groupe de travail (Maranda, 1991). Dans certains milieux d'emploi, la consommation était même vue comme nécessaire à l'intégration des nouveaux employés; sans quoi il était difficile de véritablement faire partie du groupe au même titre que les autres salariés (Beau, 2004). Ce pouvoir socialisateur est un effet souvent recherché dans l'utilisation de certaines drogues (Fontaine et Montana, 2003). Il semble d'ailleurs que l'alcool soit la substance privilégiée en matière d'agent socialisateur (Maranda, 1991).

D'autre part, la consommation des drogues est influencée par un milieu pathogène du travail. Qu'il s'agisse d'un travail pénible, d'une organisation du travail aux effets délétères dans la sphère privée ou familiale, de la pression à atteindre certaines normes difficiles, ou de la performance professionnelle exigée, toutes ces raisons pourraient expliquer en partie le recours des travailleurs aux drogues.

Selon nos recherches précédentes, et nos données actuelles le confirment, la consommation est vue dans certains milieux de travail comme une façon de faire face aux éléments difficiles à supporter, tels que les longues heures de travail, la chaleur, etc. (Maranda, 1991). Selon une analyse psychodynamique du travail (Deslauriers *et al.*, 2012), la consommation d'alcool, de drogues ou de médicaments fait partie des mécanismes

de défense utilisés en contexte de travail pour « résister ». Elle sert d'auto-médication pour répondre à des besoins antalgiques, anesthésiques, euphoriques ou psychostimulants. La consommation de substances psychoactives est alors légitimée par un besoin de faire taire la souffrance.

Par la consommation, dans d'autres contextes, les travailleurs répondent aussi à la culture de l'excellence et aux normes très élevées de la performance associée par exemple à la flexibilité, la rapidité d'exécution, la quantité et qualité du travail rendu, etc. La consommation serait facilitée, dans ce cas, par une vision mécaniciste du corps humain qui explique l'usage très répandu de médicaments psychotropes. Selon Hautefeuille (2004), notre société rend maintenant disponible un remède à tous les maux : « le confort recherché est celui correspondant à l'éradication des petits tracas quotidiens, de plus en plus vécus comme insupportables » (p. 9).

Ces deux réalités peuvent être expliquées par l'évolution du monde du travail. Dans les conditions de l'individualisation et de la responsabilisation individuelle pratiquées par les gestionnaires, dans un contexte néoproductiviste de la nouvelle organisation flexible du travail, la consommation individuelle est la réponse au stress vécu au travail, stress qui semble être un puissant outil de gestion dans les nouvelles entreprises (Negura *et al.*, 2011). Cette réalité contraste avec les pratiques que nous avons observées dans les secteurs empreints d'une culture traditionnelle de consommation, comme la construction ou l'industrie du spectacle, où les drogues sont plutôt vues comme un moyen de socialisation et d'identification professionnelle. Si la consommation dans ces derniers milieux est sociale, dans les milieux où la recherche de la performance et le stress sont les causes principales du recours aux substances, elle est surtout individuelle.

## 4.2. Le nouveau contexte toxique du travail

La consommation d'alcool, en lien avec le travail, est expliquée dans les études sur le stress professionnel, entre autres, par le manque d'autonomie et la faible participation des travailleurs à la prise de décisions (Frone, 2008; Greenberg, 1995). Pourtant, les employés dont le travail permet une plus grande autonomie sont plus à risque de consommer des substances pour mieux performer au travail, surtout de la cocaïne (Zhang et William, 2003). Des recherches ont d'ailleurs révélé que les cadres d'entreprise représentent le groupe de salariés utilisant davantage les stimulants tels que les amphétamines et la cocaïne en réponse aux demandes du contexte organisationnel (Legleye, 2004). Comme la nouvelle gestion

pratique une forte responsabilisation individuelle des travailleurs, notre étude constate que ce type de consommation est présent chez l'ensemble des employés de ces organisations.

De cette manière, ce qui est spécifique aux nouvelles réalités dans les organisations est d'un côté l'ampleur sans égale de la consommation individuelle comme réaction au stress vécu sur le lieu de travail, et de l'autre l'usage des drogues dans le but d'intégrer à tout prix les normes de performance spécifiques pour les milieux où sont pratiquées les nouvelles formes flexibles d'organisation de travail.

Ces pratiques de consommation s'expliquent par un contexte spécifique dans lequel est mis le travailleur (Negura *et al.*, 2011). Il se retrouve devant des normes prescrites souvent inatteignables, normes explicites et implicites correspondant au «travailleur idéal», et des exigences très élevées qu'il doit intégrer en même temps que les ressources et les moyens pour y parvenir sont réduits. C'est ce que l'on appelle «l'efficacité» et qui se traduit pour bon nombre de travailleurs par l'obligation de devoir se débrouiller, souvent seuls, dans des situations complexes. L'état de vulnérabilité des travailleurs, déjà fragilisés par le contraste entre les exigences élevées et les ressources insuffisantes disponibles, est accentué encore plus par des politiques de responsabilisation individuelle (par exemple la reddition des comptes) et de flexibilisation du statut d'emploi (en d'autres mots de la précarité d'emploi), ce qui transfère le poids de la responsabilité pour toute défaillance de la production sur leurs épaules.

Dans ces conditions, les travailleurs font parfois appel à des substances psychoactives selon les deux logiques suivantes. Selon la première logique, ils consomment pour augmenter les ressources individuelles, le plus souvent de nature psychologique, comme pour amplifier l'attention, l'énergie de travail ou diminuer la gêne. Dans ce cas, les travailleurs choisissent de consommer des substances dans une logique d'intégration au monde du travail.

Selon une deuxième logique, ils consomment pour apaiser la souffrance et oublier la réalité pénible d'un travail ingrat. Dans ce dernier cas, les travailleurs ont recours – à leur insu ou de façon plus ou moins consciente – à des drogues dans une logique de retrait. Ces travailleurs recherchent par la consommation un sentiment de détente; consommer leur permet ainsi de décompresser, de faire une coupure par rapport au stress et aux éléments négatifs ressentis en contexte de travail (Fontaine, 2002). Elle est souvent considérée comme permettant de gérer les tensions (Van Caloen, 2005). Sous cet angle, la consommation semble répondre aux souffrances vécues en contexte de travail.

## CONCLUSION

Nous avons proposé d'étudier les représentations sociales des travailleurs et travailleuses pour comprendre les pratiques de consommation dans les milieux de travail où de nouvelles normes de performance sont façonnées par la gestion flexible. La pertinence de cet objectif de recherche s'explique par le fait que les études recensées sur les attitudes ou les représentations sociales de la consommation négligent habituellement le rôle des nouvelles normes sociales du travail. Pourtant, certaines recherches ont mis en relief un niveau inquiétant de consommation des substances psychoactives (alcool, drogues illégales et médicaments psychotropes) dans les organisations.

Nos résultats révèlent l'existence de normes sociales qui reflètent une situation pathogène dans les milieux de travail, propice à la consommation de substances psychoactives. Les travailleurs qui vivent un état de fatigue chronique sous la pression de normes très élevées de performance sont susceptibles de succomber à la tentation de se doper pour faire face aux exigences. Ce type de consommation est le plus souvent toléré par les employeurs tant que la production n'y est affectée. Dans certains milieux, ces pratiques sont même encouragées. En même temps, cette fois-ci dans une logique de retrait, les travailleurs ont tendance à consommer des substances psychotropes pour apaiser leurs souffrances, éliminer les tensions psychologiques produites par le contexte de travail et fuir une réalité qui ne les satisfait pas.

Nous espérons que ces résultats permettront une prise de conscience de la nécessité d'un changement de ces pratiques de gestion dans les entreprises, car le bien-être des travailleurs n'est pas seulement un objectif indispensable pour une société démocratique; il correspond aussi à l'impératif des entreprises de viser la productivité de la force de travail à plus long terme.

## RÉFÉRENCES

- ABRIC, J.-C. (2001). « Les représentations sociales : aspects théoriques », dans J.-C. Abris (dir.), *Pratiques sociales et représentation*, Paris, Presses universitaires de France.
- ARNETT, J. (2005). « The developmental context of *substance* use in emerging adulthood », *Journal of Drug Issues*, vol. 35, n° 2, p. 235-254.
- BEAU, A.-S. (2004). *Un siècle d'emplois précaires*, Paris, Payot.
- BOLTANSKI, L. et É. CHIAPELLO (1999). *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard.
- BRISSON, P. (2000). *L'usage des drogues et la toxicomanie*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur.

- CALDWELL, C., R. SELLERS, D. BERNAT et M. ZIMMERMAN (2004). «Racial identity, parental support, and alcohol use in a sample of academically at-risk African American high school students», *American Journal of Community Psychology*, vol. 34, n° 1-2, p. 71-82.
- CASTEL, R. (1999). *Les métamorphoses de la question sociale: une chronique du salariat*, Paris, Gallimard.
- CENTRE CANADIEN DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME ET LES TOXICOMANIES – CCLAT (1999). «L'usage des drogues en milieu de travail», dans *Profil canadien: l'alcool, le tabac et les autres drogues*, Ottawa, Canadian Centre on Substance Abuse, p. 229-249.
- COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE – CPLT (1999). «Prévention de la toxicomanie en milieu de travail: agir ensemble, là où ça compte», *Les cahiers du CPLT*, mars, Gouvernement du Québec.
- COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE – CPLT (2001). «Développer la concertation en toxicomanie. Guide pour les intervenants et les gestionnaires», *Les cahiers du CPLT*, février, Gouvernement du Québec.
- COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE – CPLT (2003). *Le point sur la situation de la toxicomanie au Québec*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- DEJOURS, C. (2008). *Travail, usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail*, Paris, Bayard.
- DELANEY, W.P. et G. AMES (1995). «Work team attitudes, drinking norms, and workplace drinking», *Journal of Drug Issues*, vol. 25, n° 2, p. 275-290.
- DEMERS, A., S. KAIROUZ, E. ADLAF, L. GLIKSMAN, B. NEWTON-TAYLOR et A. MARCHAND (2002). «Multilevel analysis of situational drinking among Canadian undergraduates», *Social Science and Medicine*, vol. 55, n° 3, p. 47-56.
- DESLAURIERS, J.-S, M.-F. MARANDA et L. NEGURA (2012). «Le sens de la consommation de substances psychoactives dans les parcours d'insertion, d'intégration et de maintien dans le monde du travail», dans G. Fournier, B. Bourassa et C. Gauthier (dir.), *Les dynamiques d'insertion et d'intégration en emploi dans tous leurs états: événements-clés, transitions et bifurcations du cheminement professionnel*, Québec, Les Presses de l'Université Laval.
- DESSLER, G., L. DESAULNIERS, J.-F. FORGUES et P. GRENON (2009). *La gestion des organisations: principes et tendances au XXI<sup>e</sup> siècle*, Québec, Renouveau pédagogique.
- DURKHEIM, E. (1981). *Le suicide, étude de sociologie*, Paris, Presses universitaires de France.
- EHRENBERG, A. (2000). *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob.
- FAGAN, A. et J. NAJMAN (2005). «The relative contributions of parental and sibling substance use to adolescent tobacco, alcohol, and other drug use», *Journal of Drug Issues*, vol. 35, n° 4, p. 869-883.
- FINCH, E. (2001). «Social and transcultural aspects of substance misuse», *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 14, n° 3, p. 173-177.
- FONSÉCA, F. (2004). *De homine et toxico. Essai sur les théories contemporaines de la toxicomanie et les politiques à son endroit*, thèse de doctorat en sociologie, Québec, Faculté des études supérieures, Université Laval.
- FONTAINE, A. (2002). *Usage de drogue et vie professionnelle: recherche exploratoire*, Paris, Observatoire français des drogues et des toxicomanies.

- FONTAINE, A. (2004). «Drogues et travail, des enjeux politiques, économiques et personnels», *Toxibase*, numéro thématique *Drogues et travail: le new deal*, 3<sup>e</sup> trimestre, p. 1-4.
- FONTAINE, A. et C. MONTANA (2003). *Drogues, activités professionnelles et vie privée. Deuxième volet de l'étude qualitative sur les usagers intégrés en milieu professionnel*, Paris, Observatoire français des drogues et des toxicomanies.
- FOUCART, J. (2003). *Sociologie de la souffrance*, Bruxelles, De Boeck, coll. «Ouvertures sociologiques».
- FREELS, S.A., J.A. RICHMAN et K.M. ROSPENDA (2005). «Gender differences in the causal direction between workplace and drinking», *Addictive Behaviors*, vol. 30, n° 7, p. 1454-1458.
- FRONE, M.R. (2008). «Are work stressors related to employee substance use? The importance of temporal context in assessments of alcohol and illicit drug use», *Journal of Applied Psychology*, vol. 93, n° 1, p. 199-206.
- GASPARINI, W. (2004). «Le corps performant par le dopage: notes sociologiques», *Drogues, santé et société*, vol. 3, n° 1, p. 57-68.
- GAUSSOT, L. (1998). «Les représentations de l'alcoolisme et la construction sociale du "bien boire"», *Sciences sociales et santé*, vol. 1, p. 5-42.
- GILMORE, A., N. RODRIGUEZ et V.J. WEBB (2005). «Substance abuse and drug courts: The role of social bonds in juvenile drug courts», *Youth Violence and Juvenile Justice*, vol. 3, n° 4, p. 287-315.
- GRAVES, K.N., M.E. FERNANDEZ, T.L. SHELTON, J.M. FRABUTT et A.P. WILLIFORD (2005). «Risk and protective factors associated with alcohol, cigarette, and marijuana use during adolescence», *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 34, n° 4, p. 379-387.
- GREENBERG, L. (1995). «Work alienation and problem alcohol behavior», *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 36, n° 1, p. 83-102.
- GROSS, J. et M. McCAUL (1990). «A comparison of drug use and adjustment in urban adolescent children of substance abusers», *The International Journal of the Addictions*, vol. 25, n° 4, p. 495-511.
- GRUNBERG, L., S. MOORE et E.S. GREENBERG (1998). «Work stress and problem alcohol behavior: A test of the spillover model», *Journal of Organisational Behavior*, vol. 19, p. 487-502.
- HAUTEFEUILLE, M. (2004). «Drogue et monde du travail: le dopage au quotidien», *Toxibase*, numéro thématique *Drogues et travail: le new deal*, 3<sup>e</sup> trimestre, p. 9-11.
- HAUTEFEUILLE, M. (2007). «Drogues et travail. Un très mauvais ménage», *Travail et sécurité*, novembre, p. 16-27.
- HELLER, D. et E.A. ROBINSON (1994). *L'abus toxicomaniaque chez les travailleurs. Guide de gestion des problèmes de l'abus toxicomaniaque*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- HERVÉ, F. (1998). «Souffrance psychique et toxicomanies», *Toxibase*, n° 4, <[http://www.toxibase.org/Pdf/Revue/dossier\\_souffr.pdf](http://www.toxibase.org/Pdf/Revue/dossier_souffr.pdf)>.
- KAUKINEN, C. et A. DEMARIS (2005). «Age at first sexual assault and current substance use and depression», *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 20, n° 10, p. 1244-1270.
- KIRBY, J. (2006). «From single-parent families to stepfamilies: Is the transition associated with adolescent alcohol initiation?», *Journal of Family Issues*, vol. 27, n° 5, p. 685-711.

- KULIS, S., F. MARSIGLIA, T. NIERI, D. SICOTTE et B. HOHMANN-MARRIOTT (2004). «Majority rules? The effects of school ethnic composition on substance use by Mexican heritage adolescents», *Sociological Focus*, vol. 37, n° 4, p. 371-392.
- LAPEYRE-MESTRE, M. *et al.* (2004). «Conduite dopante en milieu professionnel: étude auprès d'un échantillon de 2106 travailleurs de la région toulousaine», *Thérapie*, vol. 59, n° 6, p. 615-623.
- LEGLEYE, F. (2004). «Différenciation des usages de produits psychoactifs au sein de la population active en France», *Toxibase*, vol. 15, p. 14-18.
- LONGSHORE, D. et C. TERUYA (2006). «Treatment motivation in drug users: A theory-based analysis integrated substance abuse programs», *Dependence*, vol. 81, n° 1-2, p. 179-188.
- LUKASSEN, J. et M.-P. BEAUDET (2005). «Alcohol dependence and depression among heavy drinkers in Canada», *Social Science & Medicine*, vol. 61, n° 8, p. 1658-1667.
- MAESTRACCI, N. (2001). *Drogues et dépendances*, Paris, INPES.
- MARANDA, M.-F. (1991). «L'effet du travail sur la consommation d'alcool et de drogue dans une usine de pâtes et papiers», *Recherches sociographiques*, vol. 32, n° 1, p. 55-67.
- MARCHAND, A., A. DEMERS et P. DURAND (2005). «Does work really cause distress? The contribution of occupational structure and work organization to the experience of psychological distress», *Social Science & Medicine*, vol. 61, n° 1, p. 1-14.
- MILLER-DAY, M. et A. DODD (2004). «Toward a descriptive model of parent-offspring communication about alcohol and other drugs», *Journal of Social and Personal Relationships*, vol. 21, n° 1, p. 69-91.
- MOISAN, J., R. BOURBONNAIS, C. BRISSON, M. GAUDET, M. VÉZINA, A. VINET et J.-P. GRÉGOIRE (1999). «Job strain and psychotic drug use among white-collar workers», *Work & Stress*, vol. 13, n° 4, p. 289-298.
- MOLINER, P. (1992). «Structure de représentations sociales et structure de schème», *Cahiers internationaux de psychologie sociale*, vol. 14, n° 2, p. 48-52.
- MOORE, S., L. GRUNBERG et E. GREENBERG (2003). «A longitudinal exploration of alcohol use and problems comparing managerial and nonmanagerial men and women», *Addictive Behaviors*, vol. 28, n° 4, p. 687-703.
- MOSCOVICI, S. (1989). «Des représentations collectives aux représentations sociales», dans D. Jodelet (dir.), *Les représentations sociales*, Paris, Presses universitaires de France.
- MUSI, M. (2005). «Le concept de souffrance en médecine: un modèle théorique, son application et son intérêt», *Revue québécoise de psychologie*, vol. 26, n° 2, p. 9-23.
- MUSTAINE, E. et R. TEWKSBURY (2004). «Profiling the druggie lifestyle: Characteristics related to Southern College student's use of illicit drugs», *Sociological Spectrum*, vol. 24, n° 2, p. 157-189.
- NEGURA, L. (2006a). «L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales», *Sociologies*, vol. 1, n° 1, p. 46-62.
- NEGURA, L. (2006b). «L'évolution de la représentation sociale du travail dans le contexte des mutations économiques en Occident», *Carièrologie*, vol. 10, n° 3, p. 393-410.
- NEGURA, L. et M.-F. MARANDA (2004). «L'intégration socioprofessionnelle des toxicomanes: les représentations sociales des questionnaires d'entreprises», *Recherches sociographiques*, vol. 45, n° 1, p. 129-145.
- NEGURA, L. et M.-F. MARANDA (2008). «Hiring substance abusers: Attitudes of managers and organizational needs», *Drugs: Education, Prevention & Policy*, vol. 15, n° 2, p. 129-144.

- NEGURA, L., M.-F. MARANDA et C. GENEST (2011). «La consommation de substances psychoactives en lien avec le travail. L'impératif d'adapter les services aux causes réelles», dans M. Landry, S. Brochu et C. Patenaude (dir.), *L'intégration des services en toxicomanie*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, p. 199-225.
- O'CALLAGHAN, F. et T. HANNON (2003). «Normalization of marijuana use: Its effects on adolescents' intentions to use marijuana», *Substance Use & Misuse*, vol. 38, n° 2, p. 185-199.
- PAGE, J.B. et L. MARCELIN (2003). «Formation of Gangs and involvement in drug use among marginalized youth: Uses of the anthropological view», *Free Inquiry in Creative Sociology*, vol. 31, n° 2, p. 175-182.
- ROSPENDA, K.M., J.A. RICHMAN, J.S. WISLAR et J.A. FLATHERTY (2000). «Chronicity of sexual harassment and generalized work-place abuse: Effects on drinking outcomes», *Addiction*, vol. 95, n° 12, p. 1805-1820.
- ROZENBLATT, P., I. AURIEL et D. SEHILI (2002). *Savoir être, faire valoir et processus de recours à des substances psychoactives. Recherche sociologique exploratoire*, Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), Convention n° AH024G.
- SANTÉ CANADA (2004). *Enquête sur les toxicomanies au Canada. Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens. La prévalence de l'usage et les méfaits. Points saillants*, Ottawa, Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies.
- SHIM, S. et J. MAGGS (2005). «A psychographic analysis of college students' alcohol consumption: Implications for prevention and consumer education», *Family and Consumer Sciences Research Journal*, vol. 33, n° 3, p. 255-273.
- SOULET, M.-H. (2011). «Interpréter, avez-vous dit!», *SociologieS*, <<http://sociologies.revues.org/3471>>, consulté le 20 février 2013.
- STATISTIQUE CANADA (2003). «Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes: santé mentale et bien-être», *Le Quotidien*.
- SVARE, G.M., L. MILLER et G. AMES (2004). «Social climate and workplace drinking among women in a male-dominated occupation», *Addictive Behaviors*, vol. 29, n° 8, p. 1691-1698.
- TJEPKEMA, M. (2004). *Dépendance à l'alcool et aux drogues illicites*, Ottawa, Statistique Canada.
- VAN CALOEN, B. (2005). «Dilemmes de l'individualisme: un contexte sociétaire de l'usage de drogues», *Drogues, santé et société*, vol. 3, *Dépendance à l'alcool et aux drogues illicites* 1, p. 69-86.
- ZHANG, Z. et W.E. SNIZEK (2003). «Occupation, job characteristics, and the use of alcohol and other drugs», *Social Behavior and Personality: An International Journal*, vol. 31, n° 4, p. 395-412.

## **COMPRENDRE LE QUESTIONNEMENT ACTUEL SUR LA SOUFFRANCE AU TRAVERS DE LA PRISE EN CHARGE DE LA SUBJECTIVITÉ DES TRAVAILLEURS PAR LE MANAGEMENT**

Audrey Laurin-Lamothe<sup>1</sup>

Folie et travail se sont toujours entremêlés dans l'histoire du capitalisme. Une illustration en est donnée déjà en 1936 dans les *Temps modernes* de Charlie Chaplin où Charlot, l'ouvrier, incapable de suivre le rythme que lui impose la chaîne de travail et terrorisé par la surveillance patronale qui s'immisce jusque dans les toilettes de l'usine, perd son rapport à la réalité et court hors de l'usine. Toujours muni de ses deux clés anglaises, il s'acharne alors sur tous les boulons qu'il trouve, répétant ainsi à l'infini le mouvement de son corps dressé à n'accomplir que la tâche.

Cette scène nous montre ce qui pouvait être considéré comme aliénant tout en désamorçant sur un mode comique la possibilité de comprendre la teneur souffrante de l'aliénation elle-même. La mise à distance comique, cependant, trouve une connivence inattendue avec le minimum d'esprit historiciste qui est exigé de nous : les motifs et la nature des souffrances ne sont pas des absolus et doivent toujours être compris dans leur contexte historico-matériel.

---

1. Je tiens à remercier Michel Ratté pour sa lecture méticuleuse, ses commentaires éclairants et ses critiques constructives.

Ce chapitre porte sur les transformations récentes du travail, de son organisation et de sa finalité avec comme pivot le management. La corporation et, avant elle, le capitaliste bourgeois considèrent que la jouissance pleine et entière de leur droit de propriété inclut le droit d'organiser les différents éléments productifs. C'est en se fondant sur ce principe que le management fera de la subjectivité des travailleurs un objet de pouvoir et de savoir. Avec les nouveaux outils de mobilisation des employés, l'organisation corporative a réussi à incorporer les impératifs managériaux dans l'acte de travail lui-même. Plus précisément, nous proposons un concept de prise en charge de la subjectivité par le management, qui nous permet d'interroger la souffrance en tant qu'objet de gestion, c'est-à-dire à la fois en tant que source de productivité et en tant que conséquence de celle-ci. En esquissant la figure du normopathe, produit du management opposé à la figure de l'individu dit souffrant, nous avons l'intention de réinterroger la catégorie de souffrance.

## 1. LA CORPORATION ET L'ORGANISATION DU CORPS

D'abord regroupés sous la surveillance d'un capitaliste, les ouvriers de métier ont perdu graduellement la maîtrise de leur activité et de leur savoir par l'introduction progressive de la coopération des métiers, c'est-à-dire la supervision des métiers sous l'œil du capitaliste (XIV<sup>e</sup> et XV<sup>e</sup> siècles), de leur recomposition par celui-ci selon un même procès de travail (XVI<sup>e</sup> et XVII<sup>e</sup> siècles), de la machine (XVIII<sup>e</sup> siècle), puis du manager (fin XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles). L'artisan, possesseur d'un savoir-faire et dont l'activité était soumise à des règles de qualité hors des normes marchandes, fut par ce processus de dépossession transformé en ouvrier, dont le pouvoir résidait (dans les institutions du capitalisme) à négocier le prix de sa seule possession : la marchandise que constituait sa force de travail. Ainsi, par la liberté des institutions bourgeoises qui lui était octroyée, l'ouvrier ayant un métier se tournait vers le marchandage de son prix de travail pour conserver son indépendance comme travailleur, mais aussi comme sujet dans la société :

En outre, la possession d'un métier leur confère une forme de propriété à l'intérieur de la propriété capitaliste, ce qui leur permet de partager la capacité d'organisation capitaliste dans l'atelier. Ces ouvriers sont à même de résister au conditionnement de la fabrique fondée sur l'association additive des parties d'un mécanisme (Pinard, 2000, p. 97-98).

Du point de vue du capitaliste, la maîtrise ouvrière du travail représente une propriété (étrangère) à l'intérieur de sa propriété et cela lui est intolérable. En effet, l'ouvrier est forcé de se soumettre aux méthodes de

rationalisation du travail, méthodes dont l'emploi se justifie principalement par le droit, pour le capitaliste, d'exercer son droit de propriété, qui est de surcroît un droit d'organiser (Pinard, 2000, p. 97).

Le travail une fois transformé en capital, c'est-à-dire en un facteur de production, est soumis à l'*organisation* dans la fabrique des éléments constitutifs de la propriété du capitaliste. Dans ce contexte, on comprendra aisément que la première tâche de Taylor ait été d'attaquer et de détruire le métier afin de casser la maîtrise ouvrière des temps de production :

De là cette équation taylorienne : *qui maîtrise et dicte les modes opératoires se rend aussi maître des temps de production*. Entre les mains ouvrières, ce « savoir » pratique de fabrication devient, dira Taylor, une « flânerie systématique » qui paralyse l'essor du capital (Coriat, 1979, p. 46).

Le fordisme est instauré dans une volonté de continuité par rapport au taylorisme, mais c'est en usant de ses droits de propriété et en ayant recours à la technologie que Ford parvient à un plus grand contrôle du corps et des mouvements des ouvriers. En effet, il met sur pied en 1913 la chaîne de montage, par laquelle une cadence est imposée à l'ouvrier, cadence à laquelle celui-ci n'a d'autre choix que de se plier (Linhart, 1981, p. 12-15) :

La technologie n'est donc pas simple moyen de production ; c'est aussi une structure intermédiaire, une forme de médiation indispensable entre le travail et le capital, qui a joué dès ses débuts un rôle organisateur de la production et régulateur des rapports sociaux. C'est parce qu'il est propriétaire des moyens de production que le capitaliste peut imposer cette forme technologique de « médiation », c'est-à-dire la domination du travail concret par le travail abstrait, du travail vivant par le travail mort (Pinard, 2000, p. 41).

L'apport principal de la chaîne de montage est donc cette injonction des rythmes de façon systématique. L'image des engrenages du film *Temps modernes* (1936) de Charles Chaplin est intéressante à cet égard. D'abord elle peut représenter Charlot qui, libéré de l'emprise de la folie et par ce fait transformé en sujet comique, fait apparaître les engrenages comme un partenaire-machine à chorégrapheur. Ensuite, elle peut évoquer l'ouvrier contorsionné à l'intérieur de la machine, dont le corps épouse parfaitement le sillage formé par les différents engrenages, où le travailleur n'est plus un sujet autonome qui maîtrise un savoir particulier, mais un sujet du capital qui s'impose à lui.

En résumé, depuis l'émergence de la forme corporative d'entreprise, en 1880, à l'intérieur de laquelle le taylorisme et le fordisme se sont préoccupés du processus de travail, celui-ci n'est plus considéré comme un savoir-faire appartenant aux travailleurs, lui permettant ainsi d'avoir un pouvoir relatif de négociation, mais comme une activité déterminée par la corporation qui doit être accomplie par un employé. Ce renversement

de pouvoir sur son action, son corps et son travail exprime le passage du travail à l'emploi. La forme prédominante du rapport entre individu et organisation dans le régime de l'emploi est passive. Conjugué au droit d'organiser sur lequel repose la puissance managériale, l'emploi est à la source de l'extirpation et du modelage de la dimension subjective des travailleurs, la rendant ainsi fragilisée et constamment sollicitée.

## 2. LES TEMPS MODERNES DU MANAGEMENT

La nature juridique de la corporation commande une différenciation formelle entre d'un côté les actionnaires, qui deviennent des possédants passifs, et de l'autre côté, le management, qui lui est actif dans la gestion de l'organisation. L'entité juridique qu'est la corporation existe donc en vue d'organiser le capital mieux que ne le faisaient les capitalistes bourgeois avant elle. C'est le management, comme expertise s'insérant entre les travailleurs et les actionnaires, qui met en œuvre cette organisation.

La puissance que le management a acquise dans l'organisation des choses nécessaires au développement de la corporation s'étend jusque dans les dimensions psychologiques des travailleurs. Déjà à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle se développaient des études de psychologie appliquée qui alliaient des méthodes psychologiques et médicales sur la base de postulats positivistes. Avec l'appropriation du travail par le management, on a assisté à l'essor de la physiologie, qui investit le cerveau comme s'il était un muscle à développer. La conjugaison de la physiologie et de la psychologie appliquée du travail a produit une psychophysiologie où s'entretiennent « l'illusion techniciste et mécaniste d'un homme simplifié calqué sur la machine, et celle d'une machine exigeant pour son bon fonctionnement un homme adapté, doté d'un certain nombre d'aptitudes qu'il convient de sélectionner et d'utiliser de façon optimale » (Billard, 2001, p. 43-44). Le déploiement organisationnel du management jumelé à cette psychophysiologie donnera naissance au courant des relations humaines, dont le chef de file est Mayo et son concept maître, la « motivation », une notion qu'il empruntera aux psychologues états-uniens d'inspiration behavioriste.

La capacité organisatrice du management entre dans une deuxième phase avec l'instauration des principes toyotistes durant les années 1970 (Durand, 2004). Les solutions adaptatives attribuables aux contingences impondérables de production et les incertitudes liées à l'environnement que la corporation doit affronter sont intensivement transférées aux employés à qui l'on demande « flexibilité » et dévouement. Avec les nouveaux outils de mobilisation des employés (qualité totale, méthode Lean les équipes de travail, etc.), l'indépendance des travailleurs vis-à-vis de la corporation se trouve considérablement affaiblie.

### **3. CONCEPTUALISER LA PRISE EN CHARGE DE LA SUBJECTIVITÉ DU TRAVAILLEUR PAR LE MANAGEMENT**

L'investissement subjectif est une exigence née des transformations du travail dans l'ère postfordiste. Construit, établi et évalué par le management, il est un impératif pour les employés de mise en œuvre dans l'activité de travail de traits de personnalité précis, d'affects et de valeurs. La domination de la corporation sur l'employé et l'investissement dont il doit faire preuve ne seront entiers qu'à partir des années 1970, moment où s'amorcent la perte de pouvoir des syndicats et le transfert vers les salariés des incertitudes liées à l'environnement économique.

En tant que méthode d'organisation de la production propre au toyotisme qui suppose que la production est désormais ajustée en aval selon la quantité voulue dans une période de temps précise, le flux tendu renforce la capacité d'injonction aux normes de l'entreprise, puisqu'il oblige une constante réactivité de la part des employés par rapport aux exigences en amont de la production. L'avènement du flux tendu et de l'insécurité comme moyen d'enferment des employés dans leur relation à la corporation rendent incontournables subjectivement les normes managériales. Pour comprendre de façon systématique cette relation employé-corporation, nous avons élaboré un concept d'investissement subjectif comportant quatre dimensions : la flexibilité, les compétences, la coopération et l'ethos.

#### **3.1. La flexibilité**

La flexibilité est née de l'anéantissement du lien de fidélité par les corporations. Au début du <sup>XX</sup>e siècle, la sécurité d'emploi avait servi à mater la mobilité des travailleurs et, par là, à sécuriser un environnement externe susceptible d'être instable pour le développement de l'organisation. Par le fordisme, les corporations ont jugulé cet aspect du marché du travail en fidélisant les salariés et en créant des possibilités de carrière à l'intérieur de leur organisation. Or de nouveaux éléments d'instabilité dans la période postfordiste (compétition asiatique, nouveaux modèles de gouvernance, imposition de la valeur actionnariale comme norme de référence) amènent les corporations à se dégager de leurs responsabilités envers les employés en leur faisant porter le poids des aléas économiques. La flexibilité ne saurait toutefois se réduire à la seule relation entre individu et corporation ; elle devient le mode d'existence de toute relation entre les choses. C'est la raison pour laquelle nous discuterons successivement de la flexibilité organisationnelle, de la flexibilité temporelle, de la flexibilité de la tâche et de la flexibilité psychique.

Le tournant néolibéral provoque un réaménagement des structures de l'entreprise, qui passent de la forme pyramidale à la forme réseautique. On pourrait même dire que nous sommes face à une entreprise sans forme puisque c'est précisément l'adaptabilité au flux tendu qui caractérise sa structure; et qui dit adaptabilité au flux dit absence de rigidité.

Le «souci du client» illustre bien la mutation structurelle de l'entreprise. Le client est présenté comme l'instance finale vers laquelle chaque geste des employés devrait tendre, en tant que fin du circuit du flux tendu. Pour reprendre la formule d'Ohno, le concepteur du flux tendu, il s'agit de penser à l'envers, c'est-à-dire d'orienter toute action vers la satisfaction de celui qui suit dans la chaîne de production.

Cette flexibilité organisationnelle en appelle une autre, la flexibilité temporelle. L'horizon temporel actuel est défini par le projet; ce qui s'oppose diamétralement à l'horizon temporel fordiste, qui reposait principalement sur l'exécution de la tâche, toujours prédéterminée, et sur la carrière de type pyramidal (axé sur l'avancement dans les échelons internes d'une compagnie), ponctuée d'évaluation de performance sous forme de bilan. Le projet n'est pas forcément détaillé; il oblige par sa souplesse l'employé à gérer des paramètres qui jadis étaient du ressort du manager (coordination, organisation). L'activité organisée autour du projet entraîne nécessairement l'abandon du poste et de la tâche prédéfinie et cherche plutôt le perfectionnement par la polyvalence, c'est-à-dire la flexibilité dans la tâche.

La flexibilité de la tâche s'accompagne, en outre, d'une flexibilité psychique, qui exige des individus une résilience inédite face aux conflits générés par l'organisation du travail. Censée mener à une meilleure organisation du travail et de la production, cette conception nous renvoie aux travaux récents en psychologie, qui, toujours dans un souci d'adaptation de l'individu à son environnement, posent la flexibilité psychique comme un incontournable critère dans l'évaluation contemporaine de la santé mentale<sup>2</sup>: adaptation aux demandes fluctuantes; capacité de reconfigurer ses «ressources psychiques»; capacité de changer de perspective et d'équilibrer vie privée et vie professionnelle (Kashdan et Rottenberg, 2010, p. 4).

---

2. «After all, a healthy person is someone who can manage themselves in the uncertain, unpredictable world around them, where novelty and change are the norm rather than the exception. In many forms of psychopathology, these flexibility processes are absent. If interventions to increase flexibility can be informed by strong basic science, we believe there great untapped potential to aid people suffering from pathology, as well help highly functioning people find greater efficacy and fulfillment in their daily lives» (Kashdan et Rottenberg, 2010, p. 33).

## 3.2. Les compétences

Alors que, durant la période fordiste, la prise en compte de l'attitude, la personnalité et le dévouement de la main-d'œuvre n'étaient pas possibles puisque la satisfaction à l'égard du salarié se limitait au strict accomplissement de ce prescrivait sa tâche, la période postfordiste permet, grâce à la nouvelle organisation du travail, l'objectivation de la subjectivité du salarié par les compétences.

Les compétences sont fondées sur la porosité de la frontière entre savoir-faire et savoir-être, où les exigences se sont déplacées de la tâche proprement dite à la façon d'être, à l'attitude. On peut distinguer comparativement la qualification et les compétences en disant que la première désigne l'imbrication d'un savoir institutionnalisé (diplôme) et d'un savoir-faire (issu de l'expérience pratique), alors que les secondes engloberaient non seulement la qualification, mais également l'attitude adéquate du salarié vis-à-vis de ses pairs, de la hiérarchie, des tâches à effectuer et des objectifs à atteindre. En ce sens, les compétences sont une catégorie du management contemporain, c'est-à-dire que lui seul en détermine les modalités d'évaluation et de contenu.

Le savoir-être mérite une attention particulière, puisqu'il constitue une voie privilégiée par le management, tandis que le savoir et le savoir-faire ont toujours fait partie des facteurs productifs que considéraient les capitalistes bourgeois puis les managers. Le savoir-être est flou, difficile à évaluer et peut même s'avérer une sous-dimension «fourre-tout». À cet égard, il renvoie à de multiples normes: l'excellence, la performance, la créativité, l'initiative, la disponibilité, la sociabilité, l'autonomie et la responsabilisation.

On cherche à amener l'employé devant l'obligation de gérer ce que le management appelle son propre «portefeuille» (ou capital ou portfolio) de compétences. Ce phénomène est présenté par le patronat comme l'occasion pour l'employé de démontrer sa contribution dans l'entreprise, sans égard à ses diplômes, et d'arrimer ses aspirations personnelles aux objectifs de l'entreprise. Dans ce contexte, on voit que l'intérêt corporatif s'est déplacé de la valorisation d'un rapport salarial stable et échelonné sur plusieurs décennies vers la mise en place de ressources qui assistent les salariés dans le développement de leur employabilité. Il y a là une usurpation de la promesse d'avancement à long terme de l'employé. Celle-ci, qui s'objectivait dans un salaire augmenté, n'est désormais possible que dans de très rares contextes et uniquement avec une clause conditionnelle de participation active à l'acquisition de compétences définies par les ingénieurs de l'organisation.

Schwartz (1995, p. 143-148) nous instruit d'ailleurs sur la substitution lexicale par le management de « travailler » à « gérer ». Cette transformation dans la terminologie est en lien, selon lui, avec la généralisation de la société de service, dans laquelle les aléas des relations avec les clients sont scénarisés au plus haut degré. C'est précisément parce que la prévision des relations sociales présente des limites, qu'elle n'est donc pas à l'épreuve de la complexité du réel, que l'investissement subjectif du travailleur devient une clé dans l'amélioration et la consolidation de l'entreprise et de ses services.

### 3.3. La coopération

Marx envisageait la coopération sous l'angle de l'individu se trouvant dans une dynamique d'émulation qui le pousse soit à conformer son action à celle des autres, soit à la coordonner dans la continuité de toutes les actions. La coopération était en ce sens essentiellement entendue comme un processus de normalisation du rythme et du mouvement de travail. Qui se conformait, coopérait. Dans sa forme contemporaine, la coopération inclut, en plus de la normalisation, la prise en compte de l'unité de l'équipe en tant que lieu susceptible de médier les relations entre employés et supérieurs et de consolider l'adhésion aux objectifs de l'entreprise.

Les équipes de travail reposent sur l'accroissement de la communication informelle, sur des relations entre collègues sous un mode décontracté et sur le transfert d'informations, qui permettent tous les trois la mise en commun des efforts de résolution de problèmes. La participation à des équipes de « résolution de problèmes » (officielles ou officieuses) et, dans une moindre mesure, à des équipes autonomes de travail ne constitue pas une forme de solidarité, même si elle peut en susciter l'émergence ; elle est la solution que le management a mise en œuvre pour exploiter le savoir-faire et s'aider dans la résolution de problèmes. Ces groupes sont au cœur de ce que Linhart (1991) appelle l'implication paradoxale : les employés sont contraints de jouer le jeu de la concurrence entre eux tout en étant prêts à coopérer au sein d'entités collectives de travail qui n'en portent plus que le nom, puisque le caractère fédérateur et créateur d'identité collective y est complètement évacué.

Puisque la hiérarchie n'est plus la forme par excellence pour inculquer des normes et corriger, l'équipe est devenue le lieu par lequel s'exerce la coercition et la responsabilisation. Les bénéfices que le management retire du travail d'équipe sont de trois ordres : des effets éducatifs découlant de la prise en compte par les salariés des problèmes et des valeurs de l'entreprise, des effets communicationnels, qui rendent consensuelles la

perception de ce qui doit être fait et les pratiques qui doivent être promues, et des effets sur la participation des employés, qui s'en trouve améliorée.

L'adhésion aux objectifs et à la vision générale des dirigeants et de l'entreprise est tributaire de la participation des employés au capital (actions détenues par les employés ou participation des employés à la gestion du budget), de la sollicitation de leur opinion et de leur mobilisation dans leur travail et au-delà. Cette coopération neutralise les conflits résultant des positions antagonistes de classes; autant dans la structure pyramidale de l'entreprise que dans la disparition progressive du poste, on voit poindre un aplanissement des contradictions et la montée d'un rapport consensuel dans l'univers du travail.

### 3.4. L'éthos

Pour Weber (1964), l'éthos n'est pas qu'une éthique (au sens de maximes ou de morales), mais bien un ensemble inculqué de normes et de valeurs, venant réguler les conduites individuelles. Nous entendons nous servir de cette notion en la comprenant comme un ordre normatif intériorisé qui oriente la pratique et qui lui octroie une signification qui dépasse le vécu quotidien par l'inclusion d'une visée éthique. Il s'agit donc bien d'intériorisation au sens de processus d'incorporation des idées: mécanismes subjectifs et mécanismes sociaux ne sauraient être compréhensibles sinon dans leur rapport mutuel.

Notre hypothèse est que les trois premières dimensions du concept d'investissement subjectif, flexibilité, compétences et coopération, ne font sens qu'avec un éthos qui les tient ensemble, un imaginaire social instituant, c'est-à-dire constitué de valeurs et d'appréciation sur chaque chose de la vie, notamment sur la place de l'économie dans la société. Cette partie symbolique de la vie collective, qui s'oppose dans son principe même à la fonctionnalité inhérente des faits réels, est constituée de significations imaginaires dont le rôle est de répondre aux questionnements relatifs à l'identité collective, à son origine et à sa finalité (Castoriadis et Tomès, 2008, p. 52-53). Nous avançons ici que le management proposerait son propre imaginaire, en tirant à son compte des éléments de la philosophie pragmatique, une philosophie que Zask (2007) présente en ces termes:

L'expérience est l'épicentre de cette intervention philosophique: elle est aux hommes vivant en société ce que l'adaptation des espèces est vis-à-vis de leur milieu. Le vouloir conscient ou le projet de s'adapter est la forme générale de l'expérience, et une expérience est une adaptation réussie dont le moteur est la conscience de faire ou le vouloir faire (p. 132).

L'ethos managérial fait écho aux catégories d'action, d'expérimentation, du réalisme, de la mise en œuvre et d'application des idées et de projets concrets ayant une valeur tangible. La seule connaissance valable est, selon cette perspective, celle tournée vers des visées utilitaires et pratiques, se donnant à voir non plus comme une fin en soi, mais comme un outil au service de l'adaptation de l'humain. Les dualismes philosophiques traditionnels (sujet/objet, corps/esprit, action/contemplation) sont abolis au profit de l'action dans un environnement où les fins ne sont plus ultimes, mais utiles. En effet, la catégorie au cœur de cet ensemble est l'action, entendue comme levier d'innovation. Elle prend la forme principale de l'expérimentation, qui s'oppose à l'analyse théorique dite paralysante. Les idées ne doivent pas demeurer lettre morte et simples suggestions abstraites; elles nécessitent une transformation en projets aux applications concrètes et des modalités de mise en œuvre claires.

#### 4. LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL

La flexibilité, les compétences, la coopération, et l'ethos qui les assemble, forment une nouvelle mobilisation de la subjectivité à l'œuvre depuis trois décennies. Une époque qui est également marquée par l'émergence de la notion de souffrance. À l'époque de Charlot (la décennie 1930, rappelons-le), la souffrance liée au travail ne portait pas ce nom. Elle était plutôt associée au processus politique d'aliénation qui renvoyait à la dépossession à laquelle l'individu faisait face à l'intérieur du procès de production capitaliste. Plus tard, au fil du xx<sup>e</sup> siècle, les scientifiques de tout horizon ont plutôt alternativement discuté de stress, d'insatisfaction ou de surcharge de travail. Parler de souffrance est donc une façon tout à fait contemporaine de souligner les possibles affaissements physiques ou psychiques dont les employés peuvent faire l'expérience aujourd'hui.

Dejours (1993), dans ses premiers travaux en psychopathologie du travail, parlait d'usure mentale. La souffrance y était comprise non pas comme la conséquence du travail, mais comme la source de la production du travail lui-même. Dejours rapporte, par l'intermédiaire des propos d'une opératrice, comment la frustration alimente la disciplinarisation et produit du conditionnement :

Du point de vue des cadences, on constate que quand on est énervée, ce que l'on veut le plus, c'est que l'abonné s'en aille, qu'il raccroche, qu'on en soit débarrassée. De sorte que l'on réponde plus vite. Mais dès qu'il a raccroché, un autre appel succède. Finalement, plus on est énervée, plus on va vite, plus on fait d'appels (p. 156).

Il ne s'agit pas véritablement d'exhorter les gens à travailler plus vite, mais de créer une atmosphère qui maintient des facteurs irritants pour assurer un meilleur rendement. Il existe pour toute action subjective

répétée une auto-organisation immanente qui cherche à neutraliser les effets néfastes du caractère répétitif de l'action, par exemple en rendant habituel le mouvement, ce qui permet à celui qui la réalise de prendre plus ou moins de distance, de s'en accommoder. Autrement, l'effort conscient pour chaque répétition de l'action séquencée serait insoutenable. Il apparaît dans l'exemple cité que la performance découle principalement du fait que cette accommodation n'est pas parfaite, laissant des traces d'irritabilité. On y transforme l'agressivité en capacité productive de travail. Ce n'est pas la souffrance en elle-même qui est exploitée, mais les mécanismes corporels et psychiques que l'employé déploie contre elle.

La planification du travail prend en compte et exploite la réception subjective négative de l'activité de salarié; cette composante de l'organisation du travail est celle qui s'applique au cas de Charlot, tout autant qu'aux opératrices téléphoniques depuis le début xx<sup>e</sup> siècle. Cependant, les bouleversements contemporains du travail ont déplacé l'objet d'intérêt des scientifiques vers la souffrance que le travail peut produire. Dejours (2006, p. 127) distingue d'un côté les pathologies de la surcharge (troubles musculo-squelettiques, épuisement professionnel et même le *Karôshi*), qui touchent de plus en plus de personnes dans des contextes de travail toujours plus élargis et diversifiés; d'un autre côté, les pathologies qui trouvent leur source dans le harcèlement (syndromes dépressifs et syndromes confusionnels, qui incluent troubles de la mémoire, syndromes de persécution et troubles psychosomatiques – comme les pathologies qui affectent les zones utérine, mammaire et thyroïdienne).

Nous faisons nôtre la thèse de Dejours (2006, p. 127-128) selon laquelle la montée des pathologies liées au travail serait explicable en grande partie par l'organisation du travail qui déstructure les ressources défensives, dont on retrouve en premier lieu la solidarité, qui pouvait agir comme force opposée aux tentatives organisationnelles du management. Son effritement par la faiblesse du pouvoir des syndicats et par l'individualisation de l'évaluation des performances a conduit à une insécurité dans le lien entre les employés qui pousse à la suspicion et aux conflits horizontaux. Les conflits de pouvoir ne se jouent donc plus entre direction et employés, mais entre employés eux-mêmes.

Si le management vante les mérites de l'« autonomie » dans la tâche, qui est en fait une intégration du statut de gestionnaire, c'est avant tout parce que cela engendre un aménagement de l'économie psychique. La libre organisation de la contrainte managériale permet le renforcement de l'oppression qu'elle produit; autrement dit, le fait que les managers transfèrent sur les employés des exigences et des responsabilités qui étaient de leur ressort pendant la période fordiste engendre une plus grande charge de travail. Ce qui explique que l'absence de conflits, ou la normalité, soit non pas l'absence de souffrance, mais le conflit censuré

par l'autocensure de l'oppressé ou le résultat d'un « compromis entre la souffrance et la lutte (individuelle et collective) contre la souffrance dans le travail » (Dejours, 1998, p. 39). La normalité n'est pas seulement l'adaptation de l'individu dans l'environnement qu'est le travail, mais surtout le triomphe du fragile équilibre de la psyché face aux contraintes organisationnelles, par les processus de sublimation (l'orientation des pulsions vers des objets non sexuels), de valorisation (la gratification en vue de laquelle la souffrance est endurée) ou de consolidation d'identité de métier.

## 5. LA FIGURE DU NORMOPATHE

Le management recherche une absence de conflit qui a un double sens : d'abord dans sa relation à l'employé en tant que subjectivité susceptible de s'opposer à lui et ensuite dans le rapport de l'employé face à lui-même qui doit demeurer non conflictuel. La production par le management de cadres dans lesquels se forge la subjectivité contribue à l'épanouissement du normopathe. Celui-ci est un type, dont la définition des contours nous aidera à comprendre en quoi il se présente comme l'individu par excellence produite par le management.

Dejours (1998) comprend la souffrance actuelle en tant que la résultante d'un laisser-faire vis-à-vis de la détresse d'autrui, comme une banalisation du mal, en référence aux écrits d'Arendt sur la question. C'est en assistant au procès du nazi Eichmann qu'Arendt est étonnée par la personnalité banale de l'individu. En effet, bien qu'il s'agisse d'un grand criminel nazi, Eichmann paraît tout à fait sans originalité. Il n'est ni paranoïaque, ni malade mental, ni pervers, ni aliéné. Il est terne, ne suscite pas la curiosité, n'est pas énigmatique. Il respire la platitude.

Dejours (1998, p. 108), en analysant le texte d'Arendt, relève chez Eichmann les caractéristiques qui font de lui cet être profondément normopathique : l'emploi occasionnel du mensonge afin de redorer son blason (et non pas par mégalomanie) ; l'obéissance à la hiérarchie et le respect des conventions ; la dépendance face aux directives bureaucratiques et la tendance à la désorganisation intérieure qui en découle lorsque les directives changent de cap ; l'entêtement du fait de son extrême rigueur ; l'absence d'esprit critique.

Globalement, ce qui nous est décrit ici correspond au prototype psychologique de l'ère du fordisme et de la bureaucratie. Mais l'idée ne change que dans son contenu. L'importance à nos yeux du texte d'Arendt est l'alignement des aspirations individuelles et politico-économiques qui permettent la perpétuation d'une souffrance sociale qu'on attribue à ce normopathe généralisé. Bien que Dejours axe l'analyse d'Arendt et de la

normopathie sur la propension chez un individu à « faire le mal », nous pensons que la normopathie gagne à être articulée avec le cadre managérial. Le normopathe est de notre point de vue l'individu de la société organisationnelle dont le champ d'action privilégié est celui des services.

McDougall (1978) rend compte dans *Plaidoyer pour une certaine anormalité* des rencontres avec des patients non analysables qu'elle voyait dans le cadre de sa pratique. Elle fut en effet frappée par l'impossibilité pour ces personnes de mettre en œuvre une véritable analyse d'elles-mêmes et de leur relation à autrui. En outre, ces anti-analysants présentent un caractère banal et une forte incorporation des idées reçues. Ce sont des êtres dépourvus de curiosité et inexpressifs devant leur propre malheur. « [I]ls vivent au moyen d'une série de règles de conduite, d'un système immuable quant à l'extérieur, détachés de référence objectale quant à l'intérieur. Ils sont comme les personnes dont il est dit qu'elles connaissent les règlements et ignorent la loi » (p. 108).

La normopathie désignerait ainsi ces personnalités extrêmement normales, c'est-à-dire peu imaginatives et peu créatives. Leur adaptation à l'organisation sociale est parfaite, si bien qu'il leur est difficile, voire impossible, d'envisager que certaines personnes puissent souffrir d'une telle réalité des choses, qu'elles ne puissent s'adapter à elle. En somme, la personnalité normopathique ressemble à ce que Marcuse (1968) désigne sous le terme de l'individu unidimensionnel, celui qui se trouve dans un rapport complet de conformation face à la société organisationnelle généralisée: « Les divers processus d'introjection se sont cristallisés dans des réactions presque mécaniques. Par conséquent il y a une *mimésis*, une identification immédiate de l'individu avec sa société et, à travers elle, avec la société en tant qu'ensemble » (p. 38).

Pour le formuler en d'autres mots, le normopathe est le nom que nous avons choisi pour décrire, à la manière de l'idéal-type chez Weber, l'employé généré par le management. Cette figure du travailleur pouvait dans la période du capitalisme bourgeois s'arrimer avec l'image de l'ouvrier inscrit dans le mouvement révolutionnaire de sa classe, alors que la période fordiste a plutôt forgé un salarié satisfait du compromis de l'aliénation au travail contre salaire, consommation et loisir de masse. Le normopathe est en somme la figure de l'employé de l'époque néolibérale, dont la représentation de lui-même et du monde est traversée par le management et l'esprit entrepreneurial.

Ainsi, ce que Dejours ne semble pas voir et que nous voulons éclairer, c'est précisément que cette normalité est issue d'une société contemporaine organisée par une rationalité instrumentale, rendue possible par la généralisation des services qui permettent l'émergence d'une classe moyenne capable de s'identifier à la classe dominante et de faire sienne

une vision du monde orientée vers la croissance matérielle. Le normopathe est celui dont la réflexivité est noyée dans cette personnalité normale, dont une part des origines revient à l'ethos managérial.

Le normopathe est le sujet désinvolte de Fischbach (2009) ou celui qui affiche l'attitude réifiante décrite par Honneth (2007). Fischbach (2009, p. 101) souligne la transformation par le capitalisme des choses en marchandises, des humains à des agents de l'échange marchand et des valeurs attribuées à l'humain à des critères marchands. La normativité actuelle produit un individu qui se caractérise en outre par la réduction des éléments de son monde à l'état de choses susceptibles de faire l'objet d'une gestion, et le calcul est la matrice sur laquelle son rapport au monde se fonde. La théorie de Honneth reste quant à elle muette devant la capacité du capitalisme à produire une sphère de normativité des individus non pas en tant que personnes, mais en tant qu'employés et managers. Tout dans son raisonnement repose sur une recherche de reconnaissance, détachée de son ancrage sociohistorique façonné par le capitalisme. Du point de vue de l'individu, celui-ci se rapporte de façon gestionnaire vis-à-vis une réalité dont il ne se pense plus le producteur, mais l'organisateur.

## CONCLUSION

On peut schématiquement distinguer trois moments dans l'aliénation managériale de la subjectivité du travailleur. Ces moments correspondent à trois éléments du procès de valorisation : le sujet (sujet qui ne s'appartient plus), la médiation (activité commandée par le management) et l'objet (produit sans visée culturelle particulière). Ce sont les moments qui appartiennent au procès de valorisation et que le management a toujours tenté de dominer pour supprimer les inconvénients inhérents à l'aliénation. Le sujet se trouverait dans la propriété de type coopératif, la médiation dans l'activité par l'autonomie dans la tâche et la qualité totale, alors que l'objet dans la consommation et les loisirs organisés.

Or l'histoire du travail et des travailleurs qui la font montre qu'aucun de ses trois palliatifs, seul ou conjugué, n'arrive à juguler une souffrance multiple et multiforme, pas forcément toujours nommée ni comprise, mais qui persiste.

## RÉFÉRENCES

- BILLARD, I. (2001). *Santé mentale et travail : l'émergence de la psychopathologie du travail*, Paris, La Dispute.
- BOURDIEU, P. (1979). *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Minuit.

- BRUNEL, V. (2004). *Les managers de l'âme: le développement personnel en entreprise, nouvelle pratique de pouvoir?*, Paris, La Découverte.
- BURNHAM, J. (1947). *L'ère des organisateurs*, Paris, Calmann-Lévy.
- CASTORIADIS, C. et A. TOMÈS (2008). *L'imaginaire comme tel*, Paris, Hermann.
- CHANDLER, A.D. (1988). *La main visible des managers: une analyse historique*, Paris, Economica.
- CORIAT, B. (1979). *L'atelier et le chronomètre: essai sur le taylorisme, le fordisme et la production de masse*, Paris, Christian Bourgois.
- DEJOURS, C. (1993). *Travail: usure mentale*, Paris, Bayard.
- DEJOURS, C. (1998). *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Seuil.
- DEJOURS, C. (2006). «Aliénation et clinique du travail», *Actuel Marx*, vol. 1, n° 39, p. 123-144.
- DURAND, J.-P. (2004). *La chaîne invisible. Travailler aujourd'hui: flux tendu et servitude volontaire*, Paris, Seuil.
- FISCHBACH, F. (2005). *La production des hommes: Marx avec Spinoza*, Paris, Presses universitaires de France.
- FISCHBACH, F. (2009). *Sans objet: capitalisme, subjectivité, aliénation*, Paris, Librairie philosophique J. Vrin.
- FREITAG, M. et M. FREITAG (2011). *La connaissance sociologique: prolégomènes épistémologiques à l'étude de la société*, Montréal, Liber.
- GAUCHET, M. (2002). «Essai de psychologie contemporaine. I: Un nouvel âge de la personnalité», dans M. Gauchet (dir.), *La démocratie contre elle-même*, Paris, Gallimard, p. 229-262.
- HOCHSCHILD, A.R. (1983). *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*, Berkeley, University of California Press.
- HONNETH, A. (2007). *La réification: petit traité de théorie critique*, Paris, Gallimard.
- KASHDAN, T.B. et J. ROTTENBERG (2010). «Psychological flexibility as a fundamental aspect of health», *Clinical Psychology Review*, vol. 30, n° 7, p. 865-878.
- LAPOUJADE, D. (2008). *Fictions du pragmatisme: William et Henry James*, Paris, Minuit.
- LINHART, D. (1991). *Le torticolis de l'autruche: l'éternelle modernisation des entreprises françaises*, Paris, Seuil.
- LINHART, R. (1981). *L'établi*, Paris, Minuit.
- MARCUSE, H. (1968). *L'Homme unidimensionnel. Essai sur l'idéologie de la société industrielle avancée*, Paris, Minuit.
- MARX, K. et F. ENGELS (1976). *Le capital. Critique de l'économie politique*, Montréal, Nouvelle frontière.
- MARX, K. et F. FISCHBACH (2007). *Manuscrits économique-philosophiques de 1844* (traduits, présentés et annotés par F. Fischbach), Paris, J. Vrin.
- McDOUGALL, J. (1978). *Plaidoyer pour une certaine anormalité*, Paris, Gallimard.
- PÉRILLEUX, T. (2003). «La subjectivation du travail», *Déviance et Société*, vol. 27, n° 3, p. 243-255.
- PINARD, R. (2000). *La révolution du travail de l'artisan au manager*, Montréal, Liber.
- PLAS, R. (2008). «Aux origines des thérapies comportementales et cognitives: psychanalyse, behaviorisme et scientisme 1906-1970», dans F. Champion (dir.), *Psychothérapie et société*, Paris, Colin, p. 143-166.

- RENAULT, E. (2008). *Souffrances sociales. Sociologie, psychologie et politique*, Paris, La Découverte.
- SCHWARTZ, Y. (1995). « Circulation, dramatiques, efficacités de l'activité industrielle », dans J. Bidet et J. Texier (dir.), *La crise du travail*, Paris, Presses universitaires de France, p. 133-153.
- WEBER, M. (1964). *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme suivi d'un autre essai* (trad. de l'allemand par J. Chavy), Paris, Plon.
- ZASK, J. (2007). « Anthropologie de l'expérience », dans D. Debaise (dir.), *Vie et expérimentation. Peirce, James, Dewey*, Paris, Vrin, p. 129-146.

CHAPITRE

# 12

## **ENTRE SOUFFRANCE, VALORISATION ET RÉALISATION DE SOI** REPENSER LE TRAVAIL COMME SUPPORT EXPRESSIF DE L'INDIVIDUALITÉ CONTEMPORAINE

Laurie Kirouac

*Le caractère étranger du travail apparaît nettement dans le fait que, dès qu'il n'existe pas de contrainte physique ou autre, le travail est fui comme la peste.*

Karl Marx, *Manuscrits de 1844.*  
*Économie, politique et philosophie*

*Si le travail n'a pas disparu de notre horizon, c'est autrement que dans la période des Trente Glorieuses qu'il contribue au mouvement d'individuation propre à notre modernité. Étrange chassé-croisé néanmoins. Hier, nous déplorions la séparation du travail de ses œuvres; aujourd'hui, c'est l'excès d'attachement à ses activités ou à son entreprise qui façonne les pathologies identitaires.*

Michel Lallement, *Le travail.*  
*Une sociologie contemporaine*

La souffrance associée au travail a rarement revêtu des formes aussi diverses qu'aujourd'hui. Stress, anxiété, dépression, *burnout* et même suicide servent désormais, et de plus en plus, à qualifier les maux et les revers de l'expérience que l'individu fait du travail aujourd'hui. Déjà en 1992-1993, une

étude relevait que 26,3% de la population active du Québec montrait des signes clairs de détresse psychologique en lien avec le travail (cité dans Syndicat des fonctionnaires municipaux, 2001, p. 88). À peu près au même moment, Santé Québec révélait qu'entre 1992 et 1998, le nombre moyen de journées d'incapacité de travail par personne causée par des problèmes de santé mentale avait plus que triplé, passant de 7,4 à 24,6 jours par tranche de 100 personnes, l'équivalent d'une hausse de 200% (Vézina et Bourbonnais, 2001). Des enquêtes plus récentes donnent d'ailleurs à penser que cette tendance serait toujours d'actualité. À titre d'exemple, une étude menée auprès d'un échantillon représentatif de 5071 travailleurs québécois conclut qu'environ 18% de ces travailleurs présentent un niveau élevé de détresse psychologique (Vézina *et al.*, 2011, p. 15), qui contraint une partie significative d'entre eux à s'absenter du milieu de travail, le temps de retrouver un meilleur état de santé. De même, la littérature montre que le nombre de ces absences connaît depuis quelque temps une recrudescence, si bien que les troubles de santé mentale représentent à ce jour le principal facteur responsable de l'augmentation générale de l'absentéisme au travail au Québec (Vézina et Bourbonnais, 2001)<sup>1</sup>. En réalité, l'augmentation dans les milieux de travail de la prévalence des troubles mentaux transitoires<sup>2</sup>, en particulier, est telle que plusieurs spécialistes laissent entendre que ce sont à présent toutes les catégories professionnelles et sociodémographiques qui seraient à risque, même si certaines le seraient plus que d'autres<sup>3</sup>. Autre manière de dire, avec Vézina (2008), qu'avec la montée de ces cas de troubles de santé mentale, qui supposent chaque

- 
1. Une étude anglaise a d'ailleurs montré que l'augmentation du nombre d'absences liées à la santé psychologique serait plus largement imputable aux troubles mentaux transitoires (dépression, trouble d'adaptation, anxiété, etc.) qu'aux troubles graves (schizophrénie, troubles bipolaires, etc.) (Henderson, Glozier et Elliot, 2005).
  2. Ces troubles font référence à la plupart des cas de dépression, de trouble d'adaptation (*burnout*), d'anxiété, etc., à l'opposé des troubles mentaux graves qui, eux, correspondent davantage aux cas de schizophrénie et de troubles bipolaires.
  3. Par exemple, une étude menée en Ontario rapporte des prévalences de troubles mentaux comorbides plus élevées chez les cadres, cadres intermédiaires et employés de bureau non spécialisés que chez les autres types d'emplois (Dewa et Lin, 2000). D'autres études montrent aussi que, toutes proportions gardées, les travailleurs situés au bas de l'échelle hiérarchique ou occupant des positions intermédiaires dans des relations de service, ayant un faible niveau de scolarité, qui comptent sur une situation précaire d'emploi (peu qualifié, à temps partiel ou sans sécurité d'emploi) ou qui vivent dans un ménage à faible revenu sont plus nombreux à connaître des troubles de santé mentale (Vézina *et al.*, 2011; Gilmour et Patten, 2007; Kleppa, Sanne et Tell, 2008). Également, les études montrent que les troubles mentaux au travail seraient plus fréquents chez les femmes que chez les hommes (Gilmour et Patten, 2007; Institut de la statistique du Québec, 2008), chez les plus jeunes (Institut de la statistique du Québec, 2008) et chez les personnes seules (Gilmour et Patten, 2007).

fois la présence d'une plus ou moins grande détresse psychologique ou souffrance, nous avons affaire à un « très préoccupant » problème de santé publique.

Mais, à côté de ces indicateurs de souffrance au travail, d'autres résultats de recherche permettent de croire que le travail comporterait aussi son lot de gratifications expressives pour l'individu. En témoigne, par exemple, l'enquête réalisée par D'Amours et Lesemann (1999) auprès des chômeurs de longue durée, qui conclut que la souffrance symbolique rattachée à la perte d'emploi durable est, dans bien des cas, plus difficile à supporter que l'appauvrissement matériel. Ici, comme l'avait d'ailleurs déjà observé Cousin (2007) à propos d'une enquête similaire menée par Linhart et son équipe (2002) auprès des ex-salariés de l'entreprise Chausson, le désarroi psychologique et les difficultés identitaires des chômeurs révèlent « en creux » le rôle déterminant joué par les gratifications expressives du travail dans la manière d'être un individu aujourd'hui :

[...] lorsque l'on se penche sur ceux qui viennent de perdre leur travail, ce sont moins les conditions de travail, les contraintes, l'exploitation ou la domination subies qui ressortent que les différentes faces du travail et ce qu'elles engagent pour les individus. C'est le cas, par exemple, pour les salariés de l'entreprise Chausson que Danièle Linhart et son équipe ont rencontrés après la fermeture inique de l'entreprise. Les auteurs ne cherchent pas à gommer la réalité des conditions de travail, ils n'enjolivent pas une situation. Néanmoins, c'est tout ce qui est apparemment masqué, ce qui est nié, qui est mis ici en avant pour rappeler que la fermeture d'une usine ce n'est pas seulement une perte d'emploi, mais aussi une perte de soi, pour ceux qui la faisaient vivre. En ce sens, ces retours a posteriori confirment que le travail ne se réduit pas aux modèles productifs. Mettre de côté le travail, dans un premier temps, et tenter de l'analyser en tant que tel, c'est finalement réaffirmer sa dimension expressive (Cousin, 2007, p. 67).

L'observation de ces apports proprement expressifs du travail va d'ailleurs dans le sens de récents résultats de recherche (D'Amours et Kirouac, 2011; Mercure et Vultur, 2010; Morin, 2008) qui montrent qu'un travail vécu comme intéressant, utile ou riche de sens et favorisant la valorisation de ses compétences, la reconnaissance personnelle et la réalisation de soi coïncide avec ce que bon nombre de travailleurs attendent et, pour une part d'entre eux, obtiennent du travail dans la période contemporaine.

Cela étant dit, comment comprendre l'importance prise, simultanément, par les formes de souffrance (dépression, *burnout*, anxiété, etc.) et de gratifications expressives<sup>4</sup> (valorisation de ses compétences, reconnaissance personnelle, réalisation de soi, etc.) associées à l'expérience que les

4. Celles-ci correspondent aussi à ce que d'autres ont préféré qualifier d'apports « postmatériels » du travail (Goldthorpe *et al.*, 1972; Inglehart, 1977; Ferreras, 2007; Méda, 2010), par opposition aux apports « matériels » du travail qui renvoient, eux, à la rémunération, à la protection sociale, etc.

individus font du travail dans la période actuelle? Dans quelle réalité sociale ces effets foncièrement ambivalents du travail sur la vie individuelle s'inscrivent-ils? Sans prétendre pouvoir venir à bout de cette interrogation, en réalité extrêmement complexe, nous visons à y apporter quelques éléments de réponse. Nous défendrons ici, dans le sillage des travaux de Martuccelli, que la valorisation certaine dont font aujourd'hui l'objet les apports expressifs du travail participe d'un mode d'individuation, caractéristique de la socialité postfordiste contemporaine. Ce mode d'individuation suppose lui-même un lot particulier de supports – dont le travail fait partie – qui permettent à l'individu de «porter son individualité», c'est-à-dire d'exister comme individu (Castel, 1995; Martuccelli, 2002, 2006). Nous verrons ainsi que, support socioéconomique hier, le travail s'imposerait au moins autant aujourd'hui comme support expressif, propice, donc, à la valorisation des compétences, à la reconnaissance personnelle et à la réalisation de soi. Et, cela, dans un contexte où, passant de l'expérience collective dans laquelle il s'inscrivait, le travail serait de plus en plus ancré dans un registre personnel, singulariste (Martuccelli, 2010). À l'échelle de l'expérience que l'individu fait de la vie sociale, l'une des conséquences en serait la montée des cas de souffrance pour traduire certaines des insatisfactions liées à cette «nouvelle» conception du travail. Nous mobiliserons différentes enquêtes qualitatives et quantitatives récentes portant sur les facteurs de satisfaction et aspirations des travailleurs québécois et canadiens pour illustrer notre raisonnement.

## 1. INDIVIDU, MODE D'INDIVIDUATION ET SUPPORT

Depuis l'affirmation créatrice de l'individu, né des bouleversements modernes de redéfinition du monde, certains l'ont pensé comme l'unique dépositaire de son individualité, c'est-à-dire des moyens lui permettant de «porter son individualité» (Castel, 1995) ou de «se tenir» comme individu (Martuccelli, 2002) dans la socialité moderne.

L'individu était censé, à la suite d'une certaine dissolution du collectif, se constituer en tant qu'être indépendant, et donc contraint à la fois de se donner personnellement sa propre loi, de légitimer par son accord l'ordre collectif, de se singulariser en faisant face à tous les autres grâce à sa maîtrise de soi, moyen implicite pour parvenir à s'exprimer (Martuccelli, 2002, p. 45).

Avec Martuccelli (2002), nous considérons qu'il s'agit bien là d'une méprise: «Oublier à quel point l'individu ne "se tient" que dans la mesure où il est tenu de l'extérieur c'est retomber dans la plus formidable des illusions de la modernité» (p. 72). Porter seul son individualité, posséder en soi les moyens de «se tenir de l'intérieur» au sein du monde moderne n'a jamais été l'apanage d'une majorité de personnes, et cela demeure une constante dans l'histoire moderne. L'homme, pour exister comme

individu, a besoin de conditions objectives, c'est-à-dire de supports (Castel, 1995; Martuccelli, 2002) qui assurent la possibilité même de son individualité.

Le fait, ici comme ailleurs, d'exister comme individu n'est pas une donnée immédiate de la conscience. Paradoxe dont il faut sonder la profondeur : on vit d'autant plus à l'aise sa propre individualité qu'elle s'étaie sur des ressources objectives et des protections collectives (Castel, 1995, p. 767).

Prolongeant les travaux de Castel, Martuccelli (2002) rappelle que les supports dont use l'individu pour exister « comme individu » et se protéger des aléas de la vie moderne outrepassent le champ de la protection sociale et des ressources socioéconomiques. Car, même si le mouvement d'autonomisation des individus modernes a nécessité des conditions sociales (sécurité sociale, statut d'emploi ou salarial, etc.) ayant permis aux individus de garder à distance les risques inhérents à la vie moderne (vieillesse, accident, maladie, conjoncture économique), ces supports, comme l'observe à juste titre Corcuff (2007), ne sauraient lui suffire à « se projeter dans le temps et bâtir une vie personnelle dans la réalité moderne » (p. 93).

Certes les droits ou les ressources monétaires sont sans doute des supports majeurs de l'individuation dans la condition moderne, mais ce ne sont ni les seuls ni toujours les plus importants. [...] Si importante ou désirable que soit la protection sociale, elle n'est pas la seule, parfois même pas la principale source de support des individus dans la condition moderne. En fait, en ce qui concerne les conditions objectives de possibilité de l'individuation, les droits ne sont que la pointe de l'iceberg (Martuccelli, 2002, p. 97).

Les supports, chez Martuccelli, font ainsi référence à l'ensemble des appuis à l'œuvre qui permettent à l'individu d'exister socialement. Plurielles, les formes de ces appuis sont le reflet des transformations sociales et, en cela, participent chaque fois, mais différemment, au mode d'individuation propre à une époque (Martuccelli, 2006). Toujours selon l'auteur, deux modes d'individuation ou processus de fabrication de l'individu auraient marqué l'histoire moderne. Un premier, associé à la socialité fordiste axée sur la place du collectif et l'idéal d'égalité et, un second, associé, lui, à la socialité postfordiste contemporaine davantage centrée sur l'individu et sa singularité (Martuccelli, 2010, 2006, 2005). Chacun de ces modes d'individuation, historiquement ancrés, supposerait ainsi la présence d'un ensemble différencié de supports, renvoyant respectivement à deux manières distinctes d'« être un individu » dans la vie moderne (Martuccelli, 2007b, 2006). Dans la suite de ce chapitre, nous chercherons à montrer que, dans ce passage du mode d'individuation fordiste au mode postfordiste contemporain, de support essentiellement socioéconomique, le travail devient un support au moins aussi expressif pour l'individu d'aujourd'hui, et que cela ne saurait être sans lien avec la recrudescence des cas de souffrance au travail.

## 2. LES APPORTS DU TRAVAIL D'HIER ET D'AUJOURD'HUI : ENTRE « AVOIR » ET « ÊTRE »

Au sein du modèle industriel, le travail moderne fit miroiter des promesses au monde ouvrier qui demeurèrent pendant longtemps fortement influencées par les conceptions marxistes du travail et du dessein révolutionnaire. En effet, il était répandu de croire à cette époque que tant que le travail ne parviendrait pas à être autodéterminé et que la force de travail des hommes ne profiterait pas à autre chose qu'au seul capital, le travail moderne demeurerait une source inacceptable d'oppression, d'aliénation et d'exploitation que l'homme avait pour destin politique de dépasser. Car, faut-il le rappeler, chez Marx, le travail comme « activité vitale » ne pouvait permettre aux hommes de créer leur monde, de se constituer comme individus et de s'épanouir qu'à condition qu'ils se promulguent individuellement détenteurs de leur force de travail et collectivement propriétaires des moyens de production et de la plus-value générée.

Supposons que nous produisons comme des êtres humains, chacun de nous s'affirmerait doublement dans sa production, soi-même et l'autre. Dans ma production, je réaliserais mon individualité, ma particularité; j'éprouverais, en travaillant, la jouissance d'une manifestation individuelle de ma vie, et dans la contemplation de l'objet, j'aurais la joie individuelle de reconnaître ma personnalité comme une puissance réelle, concrètement saisissable et échappant à tout doute (Marx, 1972, p. 33).

Cependant, la volonté ouvrière d'appropriation des moyens de production, tout au cours de la première moitié du <sup>xx</sup>e siècle, perdit de sa force politique. Progressivement, les ouvriers, par l'intermédiaire des organisations syndicales notamment, convenèrent du caractère irréalisable de ce dessein et envisagèrent le salariat plutôt comme une réalité sans solution de rechange ou, du moins, vouée à s'installer dans la durée longue de l'histoire. Le terrain gagné par cette position aura d'ailleurs des répercussions significatives sur la tangente empruntée par les revendications ouvrières qui allaient suivre. De fait, les années passant, c'est surtout une protection sociale contre les aléas sociaux et économiques de la vie moderne (chômage, vieillissement, maladie, etc.) et une amélioration des conditions de travail (salaire suffisant, modération du temps de travail, etc.) que cherchèrent à obtenir les salariés en échange de leur force de travail qui, elle, tendait de plus en plus à s'imposer comme le principal moyen d'assurer leur subsistance et leur intégration sociale. Ainsi, ces quelques transformations contribuèrent à faire en sorte que, jusqu'aux années 1970, le travail demeura, certes, synonyme de subordination, d'usure et de contraintes physiques, mais devint aussi, progressivement, vecteur de sécurité sociale et économique (par l'intermédiaire de l'emploi) et d'une certaine forme de bien-être et d'épanouissement personnel, obtenue par l'accès aux loisirs, à la consommation et, pour certains, à la propriété.

D'ailleurs, la production taylorienne de type parcellaire et répétitive, si répandue durant cette période, allait de pair avec l'importance montante alors prise par la consommation et les loisirs chez les ouvriers. Cela parce qu'elle exigeait de leur part une renonciation « à toute espèce de satisfaction en tant que producteur » (Friedmann, 1963, p. 321). Dans de telles circonstances, ajoute Friedmann, il ne fallait ainsi pas s'étonner que le travailleur cherche à se procurer des satisfactions et à s'épanouir, cette fois, « en tant que consommateur » (p. 321). Ce point de vue sera repris quelques années plus tard par Rousselet (1978) pour parler du rapport au travail des salariés, en France notamment. Dans les années 1960, jusqu'au début de la décennie suivante, ce dernier observe en effet que plusieurs individus adoptaient volontairement des comportements de « désaffection » à l'égard du travail, à mesure que s'allongeait leur expérience professionnelle. Leurs motifs ? Rousselet en énumère quelques-uns :

[...] parce que le travail se met peu à peu à les ennuyer, parce que la lente élévation de leur pouvoir de consommation leur propose d'autres intérêts ou enfin parce qu'une fois leur situation sociale stabilisée, il leur devient plus facile de la comparer à d'autres supposées plus attrayantes (p. 38).

Autrement dit, conscients de la pauvreté des satisfactions intrinsèques et expressives procurées par le travail, ou « se rendant compte qu'il leur est impossible d'être mieux grâce à leur métier », les travailleurs étaient alors nombreux à ne chercher dans le travail que le « moyen d'avoir plus » (p. 38). Et, précise Rousselet, cette réorientation donnée à leurs attentes vis-à-vis du travail se faisait sans grande amertume ni douleur morale particulière ou, du moins, lorsqu'elle suscitait pareille réaction, celle-ci n'était le plus souvent que passagère. À vrai dire, c'est plutôt par la voie de l'indifférence que les travailleurs répondaient à la fin de non-recevoir que l'univers du travail adressait à leurs attentes expressives : « Pour beaucoup, le travail n'est déjà plus qu'une simple contribution due à la société qu'il est permis de payer en heures de présence sans rien y ajouter d'autre de soi » (p. 166). Une observation également confirmée par les enquêtes conduites par Friedmann (1963) sur le rapport au travail des ouvriers anglais, qu'il considérait comme étant tout à fait représentatif de la situation qui, au même moment, prévalait en France :

[...] chez beaucoup de travailleurs des deux sexes dans la grande industrie, il y a – dus à l'organisation générale de l'entreprise et à la nature des tâches, à la frustration constante, aux déceptions – un refoulement des tendances personnelles, une progressive érosion de la personnalité. Ceux qui maintiennent leur désir de coopérer conservent des buts à longue échéance, parviennent à imprimer quelques-unes de leurs idées à leur atelier, à devenir contremaître ou chef d'équipe : des exceptions. Il s'agit ici de l'immense majorité des individus. Ceux-là sont vaincus. Parfois, ils tentent d'aller « ailleurs ». Mais, s'ils en ont un, l'attraction du *home* les retient. Ou bien, quittant cette usine pour une autre, ils perdent plusieurs heures chaque jour

plutôt que d'abandonner leur foyer. Après une ou deux expériences, l'homme « a compris » et il ne change plus. C'est partout « du pareil au même ». Alors, il adopte définitivement une attitude d'indifférence: « Faites comme vous voudrez, puisque vous le voulez. Je ne me mêle plus de vos affaires. Toute ma capacité et mes buts, je les chercherai, je les placerai dans ma vie privée » (p. 275).

Ainsi, chez beaucoup de travailleurs de la grande industrie, observe Friedmann, les nuisances et désagréments du travail les convainquirent de centrer leurs buts et capacités personnelles sur la sphère privée de leur existence. En effet, à l'instar de ce que Hoggart (1970) avait observé à propos de la classe populaire anglaise, une large part des ouvriers français préféreraient délaisser « les mirages de l'ambition professionnelle » pour « donner la priorité aux rapports humains et à la chaleur des relations familiales et amicales » (p. 324). La vocation de la famille ou du *home* n'en était d'ailleurs pas seulement une de réparation vis-à-vis du travail et de la dépense énergétique qu'il nécessitait. En réalité, la famille se présentait à l'individu comme l'assurance de gratifications expressives et symboliques, toutes propices à sa construction identitaire. Car, comme le note Schwartz (1990) à propos de la population ouvrière<sup>5</sup>, la famille fonctionnait comme une sorte de « garantie d'identités légitimes », c'est-à-dire qu'elle conférait à chacun et chacune, de manière quasi inconditionnelle, une identité sexuelle et parentale investie comme « une orientation certaine de leur existence » (p. 516). Cela, parce que la famille représentait pour l'individu l'assurance d'un « pouvoir sur les choses et sur soi », c'est-à-dire l'occasion de s'approprier ou de maîtriser une portion de son existence et d'en saisir des occasions de réalisation et de valorisation personnelle. La parentalité constituait l'une de ces opportunités. Se consacrer à l'éducation de ses enfants, les voir réussir ce qu'ils entreprennent s'offraient « en miroir de l'œuvre parentale » (p. 95): c'était pour l'individu d'alors la preuve tangible de sa valeur et de celle de son action sur les choses. Il en allait de même pour l'aspect général de la maison et du jardin. Eux aussi représentaient des espaces d'« auto-appartenance », comme les appelle Schwartz, dont l'individu profitait pour explorer ses goûts et ses talents, et où pouvait se réverbérer sa personnalité. À l'inverse du travail, donc, la famille ou le *home* représentait le lieu où l'on se sent chez soi, valorisé, et où l'on pouvait se dépenser à sa façon et selon ses capacités personnelles propres.

---

5. Les observations de Schwartz (1990), rappelons-le, même si elles ont été réalisées au cours des années 1980, sont le reflet sur bien des points de la réalité ouvrière typique du milieu du xx<sup>e</sup> siècle.

Bref, les travailleurs fordistes ne cherchaient pas dans le travail la garantie de gratifications expressives susceptibles de favoriser la consolidation de leur individualité. Le travail demeurait avant tout pour eux un support socioéconomique : il leur procurait les moyens matériels (protection sociale et rémunération) d'investir les registres hors-travail de leur vie (consommation, loisirs, *home*, etc.), c'est-à-dire ceux qu'ils considéraient comme les plus à même de participer à leur épanouissement personnel. D'où, en définitive, le rapport d'abord instrumental qui était reconnu lier les individus de la période fordiste au travail taylorien.

Il convient d'ajouter qu'à cette époque les apports du travail étaient aussi, pour partie, expressifs, en particulier chez les hommes. Les travaux de Sainsaulieu (1977) sur l'identité professionnelle en fournissent un bon exemple. Mais, avant ces travaux, d'autres aussi avaient montré que l'ouvrier fordiste avait tendance à faire du travail sa priorité, que l'activité productive représentait pour lui le « temps dominant » de la vie (Lallement, 2007). Il paraît ainsi logique d'en conclure que l'identité masculine d'alors se construisait essentiellement à partir du travail. Sans doute cela est-il juste, à condition cependant de rester précis sur la manière dont les hommes envisageaient, en règle générale, leur rapport au travail. Les travaux de Chombart de Lauwe (1956) fournissent quelques éclaircissements sur ce dernier point. L'auteur a pu en effet observer que le rapport au travail de l'ouvrier de l'époque fordiste se déclinait principalement selon trois principaux types d'attachement : 1) au métier et au savoir-faire qu'il suppose, 2) à l'emploi en tant qu'il l'enracine dans une sociabilité forte et 3) à l'action syndicale comme possibilité de défense des droits. D'après les conclusions de Chombart de Lauwe, donc, le rapport au travail de l'ouvrier ne se fondait pas, la majorité du temps, sur les satisfactions intrinsèques et expressives associées au déroulement même de l'activité de travail. Certes, l'ouvrier était heureux de pouvoir y développer son savoir-faire, de s'approcher du « bel ouvrage ». Mais l'importance accordée à la sociabilité ouvrière de même qu'à l'exercice de ses droits politiques et sociaux, par le truchement de l'action syndicale, se retrouvait tout autant, sinon plus, à la base de son rapport au travail. Or ces deux dernières formes d'attachement font référence à des registres d'activité qui, même s'ils dépendent foncièrement du travail, n'en sont pas moins détachés. Surtout, et c'est là une différence de taille, comme nous le verrons, avec la réalité d'une large part des travailleurs d'aujourd'hui, ces formes d'attachement reposent sur une conception du travail axée sur ses ressorts collectifs (collectif de travail, appartenance syndicale et politique), beaucoup plus que sur ses ressorts individuels et personnels.

Les évolutions sociales survenues avec la fin des Trente Glorieuses viennent toutefois passablement transformer ces apports principalement matériels (rémunération, protection sociale, etc.) escomptés du travail, de

même que le rôle avant tout de support socioéconomique qu'il remplissait pour les individus au temps de la socialité fordiste. En effet, dans la mouvance de l'après-Mai 68, bon nombre de travailleurs du Québec et de la France commencent à exiger du travail les aménagements et progrès sociaux obtenus dans les autres dimensions de leur vie – religion, sexualité, etc. Une appréciation plus ouvertement critique du travail se développe alors et gagne les esprits, notamment à la suite de la crise économique des années 1980. En France, sans doute encore plus qu'au Québec, une partie des luttes syndicales perdent de leur vigueur, au fur et à mesure qu'une partie des travailleurs se démobilisent des luttes collectives pour maximiser leur chance de survivre à titre de travailleurs individuels (Bibeau, 1985). De même, comme le note aussi Bibeau, à partir du moment où l'économie est frappée par une brutale décroissance, beaucoup de travailleurs du Québec se désinvestissent des milieux de travail qui, à leur avis, ne présentent que peu d'attraits du point de vue de leurs aspirations individuelles. Toutefois, loin de concrétiser ces observations de Bibeau, qui en son temps prédisait un désinvestissement massif du travail, les transformations que connaîtra le rapport au travail des individus dans les années qui allaient suivre donneront plutôt raison aux intuitions de Lasch (1979).

Dès 1979, ce dernier constate en effet que le travailleur moderne d'Amérique du Nord « attend de plus en plus de gratifications narcissiques, là où auparavant il ne s'agissait que de produire » (cité dans Cathébras, 1991, p. 77). Et depuis lors, et particulièrement dans les dernières années, plusieurs enquêtes donnent à penser que ce qui, hier encore, pouvait ressembler à un phénomène marginal s'est depuis transformé en une tendance passablement plus lourde : une proportion croissante de contemporains attendent du travail l'occasion de gratifications personnelles, expressives.

Un rapport prospectif publié en France en 1995, intitulé *Le travail dans vingt ans*, rapportait déjà cette tendance : « Le travail bénéficie [...] d'un surcroît de valorisation tout à fait important. [...] [Il a pour ressort] la fonction de moyen d'insertion et d'épanouissement personnel » (Boissonnat, 1995, p. 158, cité dans Ehrenberg, 2010, p. 394). À sa suite, les enquêtes soulignant ce phénomène se multiplient en France, mais aussi au Québec et au Canada. Une enquête récente conduite auprès de travailleurs québécois de secteurs d'activité diversifiés – santé et services sociaux, recherche et ingénierie – conclut, par exemple, qu'un travail auquel on attribue du « sens », c'est-à-dire un travail considéré comme « utile », en accord avec certains principes moraux personnels et offrant des occasions d'apprentissage, de développement, d'autonomie et de reconnaissance, favoriserait une bonne santé mentale (Morin, 2008). Également, les conclusions de Marchand, Durand et Demers (2006) confirment à leur tour la corrélation positive entre le bien-être psychologique

et certains des apports expressifs du travail: «Le renforcement de l'utilisation des compétences, dans une limite qui permet de réduire la routinisation du travail, semble être une source de bonification de la santé mentale au travail» (p. 21). L'étude réalisée quelques années plus tôt par Hughes, Lowe et Schellenberg (2003), à partir de données de Statistique Canada, va dans le même sens. Les auteurs y soulignent que, loin de se limiter au rôle instrumental du travail, les salariés canadiens auraient aujourd'hui à l'égard du travail des préoccupations multiples, parmi lesquelles figurent en tête de la liste des «plus importantes»: le fait d'«être traité avec respect» (73,8%), «de faire un travail intéressant» (71,4%), d'éprouver un «sentiment d'accomplissement professionnel» (70,6%), de compter sur une «bonne communication avec les compagnons de travail» (70,2%) et d'avoir la possibilité de «concilier travail-famille» (69,8%). Des préoccupations qui ont d'ailleurs tendance à prendre le pas sur la sécurité d'emploi (69,4%), la «bonne» rémunération (62,6%) et les avantages sociaux (56%).

Les résultats d'une enquête qualitative menée par D'Amours (2009) auprès d'une soixantaine de travailleurs indépendants québécois de domaines professionnels variés – techniciens, ouvriers, professionnels et artistes – corroborent une fois de plus la plupart des dernières observations. Interrogés sur les aspects satisfaisants de leur statut d'emploi et de leur travail, une majorité significative des travailleurs ont mentionné la liberté, la flexibilité et la variété de contenu de leur travail. Sur une base comparative avec l'ensemble de l'échantillon, les plus vulnérables au regard des risques socioéconomiques citaient un peu moins la liberté et un peu plus la flexibilité comme aspects satisfaisants de leur travail, mais, de manière générale, les mêmes aspects revenaient dans une majorité d'entretiens, et cela, indépendamment du sexe, de l'âge, de la trajectoire et du statut professionnel<sup>6</sup>. Toujours dans cette même enquête, il a été montré que plus de la moitié des travailleurs indépendants, tous domaines professionnels confondus, témoignaient d'un rapport au travail plus identitaire qu'instrumental, c'est-à-dire qu'ils avaient tendance à se définir *par* les satisfactions intrinsèques et gratifications expressives associées à l'activité de travail, en ce sens, à «faire corps avec le travail» (D'Amours et Kirouac,

6. Notons que ces dimensions «positives» sont rarement citées comme motifs d'établissement dans le statut d'indépendant. Une proportion significative des répondants ont mentionné avoir opté pour ce statut dans un contexte davantage marqué par la contrainte que par l'attrait de l'indépendance, c'est-à-dire soit pour échapper au chômage, soit en l'absence d'alternative salariée autre que celle marquée par la précarité, soit encore parce que le travail indépendant est devenu la norme dans certains secteurs d'activité (p. ex. médecines alternatives, arts et culture, etc.). Ainsi, pour une majorité d'entre eux, ces «aspects positifs» se sont révélés *a posteriori*, comme s'ils les avaient perçus et appréciés au fil de leur trajectoire et, souvent, à la suite d'expériences antérieures comme salariés.

2011). Enfin, une enquête menée par Mercure et Vultur (2010) sur un important échantillon de travailleurs québécois rapporte que, pour 58 % d'entre eux, le travail a pour finalité principale (et non exclusive) la nature même de l'expérience vécue au travail – par exemple le développement personnel, la reconnaissance de ce que l'on fait au sein du milieu de travail, l'établissement de liens riches avec d'autres individus ou encore le fait de vivre une activité signifiante et utile (p. 250).

Au fond, malgré leur aspect sommaire, ces quelques résultats d'enquête mettent en relief une même constante: ce sont chaque fois les apports intrinsèques et expressifs du travail qui ressortent comme prioritairement valorisés par les travailleurs. Qui plus est, certaines données laissent même croire que le terrain gagné par le registre de ces apports expressifs aurait eu tendance à l'être au détriment des apports matériels du travail – protection sociale, rémunération, etc. – qui, depuis un certain temps, occuperaient moins le rang des priorités, voire ne représenteraient plus ni la motivation ni la rétribution première du travail. À l'évidence, cela ne saurait vouloir dire que ces apports matériels soient devenus, depuis peu, secondaires et, encore moins, accessoires. Seulement, on peut plus modestement faire l'hypothèse, selon ce que les études susmentionnées donnent à penser, que ces apports n'épuiseraient vraisemblablement plus de nos jours le spectre des rétributions que les individus attendent du travail, alors qu'ils dominaient dans la période fordiste, notamment parce qu'ils ont été des préalables cruciaux à la mise en place de la société salariale (Castel, 1995).

En somme, dans la socialité postfordiste contemporaine, ce ne serait plus seulement ce que le travail permet d'*avoir* – donc sa valeur instrumentale (salaire, protection sociale, consommation, etc.) –, mais bien surtout ce qu'il permet d'*être* – donc sa valeur expressive (valorisation des compétences, reconnaissance personnelle, réalisation de soi, etc.) – qui motiverait de plus en plus de travailleurs à s'y investir, sans promesse de réussite à la clé. Plus encore, comme nous le verrons, alors qu'il renvoyait, hier, à une expérience collective, du fait des appartenances politiques, syndicales ou professionnelles notamment, tout porte à penser que le travail serait de plus en plus vécu aujourd'hui dans un registre personnel, singulariste (Martuccelli, 2010), propice, donc, aux rétributions expressives.

### **3. DU TRAVAIL COMME EXPÉRIENCE COLLECTIVE AU TRAVAIL COMME EXPÉRIENCE PERSONNELLE**

L'individu contemporain s'élabore dans un rapport plus distant et «relâché» avec les appartenances collectives (Linhart, 2008; Dubet, 2002, 2009; Beck, 1998) qui, jusqu'à la fin des années 1970, participaient activement à son

inscription sociale. Une transformation qui serait en partie attribuable à la complexification du rapport des individus aux collectifs qu'ont vu naître les dernières années: «les individus sont pris dans des collectifs et déçus par eux, presque structurellement déçus tout en leur appartenant toujours» (Martuccelli, 2007a, p. 47). Or c'est bien à l'aune de ces quelques mutations sociales que gagnent à être pensés les récents changements intervenus dans la manière dont les individus conçoivent le travail aujourd'hui.

Faut-il le rappeler, jusqu'à la fin des années 1970 «la bonne fortune des salariés était aux mains des grandes organisations politiques et syndicales en charge de mener le combat pour l'émancipation collective» (Lallement, 2007, p. 45). Or, de nos jours, l'émancipation se conjuguerait aussi au singulier, revêtirait une dimension plus personnelle. Diverses enquêtes le laissent supposer, l'individu aurait en effet tendance à moins puiser que jadis les conditions objectives de son individualité dans des entités collectives ou groupales, telles que les syndicats, les corps de métier, l'appartenance de classe ou au parti, etc. Ces enquêtes montrent, par exemple, que l'adhésion syndicale, en règle générale, stagne ou décline, que les identités professionnelles se recomposent et se conjuguent à d'autres appartenances – genre, ethnie, génération, etc. – (D'Amours, 2010), que les formes d'action collective se diversifient (en comparaison du seul syndicalisme), etc. Sur ce dernier point, une étude a montré que les travailleurs non syndiqués étaient nombreux à aspirer à des formes de représentation collective non syndicale, notamment de type «association professionnelle». Un choix motivé, surtout pour les plus qualifiés d'entre eux, par le fait qu'ils considèrent que cette forme de représentation est plus à même de soutenir l'importance de la «formation continue» et qu'elle se fonde sur l'attachement à l'occupation plus qu'à l'employeur (Bergeron et Renaud, 2000).

Ces quelques transformations donnent ainsi à penser que les collectifs protecteurs et les appartenances collectives n'auraient plus la même centralité qu'hier dans l'expérience que les individus d'aujourd'hui font du travail, ou, du moins, la manière dont ils sont investis par les travailleurs aurait depuis passablement changé. Comme si, finalement, les rapports sociaux de travail et d'emploi étaient de plus en plus perçus et vécus comme des relations personnalisées, humaines (Martuccelli, 2010). Or, de notre point de vue, ce sont bien ces transformations du rôle joué par les collectifs protecteurs et d'appartenance qui expliquent, parmi d'autres facteurs, que nos contemporains, comme on l'a vu, investissent le travail moins dans sa dimension «égalitaire» et «collective» – appartenance syndicale, politique, professionnelle, etc. – que dans un registre plus personnel, les interpellant à titre de personnes singulières (Martuccelli, 2010): le travail comme occasion de valorisation de ses compétences, de reconnaissance personnelle et de réalisation de soi et, donc, comme support expressif de l'individualité. Donnant ainsi raison à la lecture de Lallement

(2007) pour qui, de «devoir moral et symbole d'appartenance sociale, le travail s'impose de plus en plus aujourd'hui comme un moyen d'affirmation de soi» (p. 547).

Les propos de ces deux travailleurs indépendants ne semblent guère signifier autre chose (D'Amours et Kirouac, 2011):

*Comme je te dis, c'est un travail oui parce que ça me rapporte de l'argent. Mais c'est pas un travail comme je faisais avant dans le milieu hospitalier [qui] n'allait pas dans le sens de mes convictions. On m'imposait une façon de faire les choses, on m'imposait une façon de penser, une façon de voir qui n'allait pas avec moi. Ce n'était pas comme ça que je voyais la santé moi. Il y avait tellement de choses avec lesquelles j'étais en désaccord, des comportements que je voyais qui n'avaient pas de sens. [...] J'allais travailler puis avant d'aller travailler j'avais mal au cœur. [...] Tandis que maintenant, ça fait partie de moi (femme, homéopathe, autrefois secrétaire en milieu hospitalier).*

*Il y a aussi que je trouve que c'est valorisant d'être toute seule, de bien mener sa barque. Tu sais, quand on est dans une équipe, justement on sait que c'est l'équipe qui est forte. Quand on est toute seule, pis que les affaires marchent bien, je trouve que ça a quelque chose de valorisant. [Quand] je travaillais pour [nom de l'entreprise], c'était [nom de l'entreprise] qui offrait un bon service, là c'est moi. Donc, là je sais que quand mes clients sont satisfaits, ils sont satisfaits de moi (femme, technicienne en programmation Web) (p. 62).*

Cela ne pourrait être plus clair: ici, le travail est investi dans un registre personnel, singulariste, et conçu comme riche de sens et propice à l'épanouissement personnel. Mais il ne s'agit là, au fond, que d'une illustration de ce que les enquêtes citées précédemment indiquaient déjà: pour de nombreux travailleurs québécois et canadiens, le travail s'affiche au moins autant comme un support socioéconomique que comme un support expressif de leur individualité.

#### **4. LA SOUFFRANCE, OU QUAND LE TRAVAIL EST PRIVÉ DE SES APPORTS EXPRESSIFS**

Mais, parallèlement, d'autres enquêtes aussi conduites dans les dernières années mettent en lumière quant à elles le caractère incertain de la concrétisation de ces apports expressifs attendus du travail. C'est qu'à les suivre, la quête de valorisation de ses compétences, de reconnaissance personnelle et de réalisation de soi par le travail, dans de nombreux cas, finirait par achopper, voire par s'anéantir à un moment ou l'autre du parcours professionnel.

Signe que les apports expressifs du travail sont loin d'être une réalité pour tous, les données obtenues par Duxbury et Higgins (2001) montrent, par exemple, que le nombre de travailleurs qui éprouvent une satisfaction professionnelle élevée a significativement chuté au cours des

dernières années, passant de 62 % (1991) à 45 % (2001). Dans l'étude portant sur des travailleurs indépendants québécois précitée, bien que les apports expressifs attendus du travail correspondent à la conception d'une majorité de répondants, de nombreuses contraintes risquent en pratique de compromettre leur matérialisation. En particulier, l'absence d'un filet de protection oblige certains d'entre eux à mettre en place des stratégies d'adaptation (diversification de l'offre de service, disponibilité maximale offerte à la clientèle au détriment des temps sociaux, etc.) pour répondre aux incertitudes et aux risques du marché (manque d'ouvrage, volatilité de la clientèle, etc.) qui, dans les faits, freinent ostensiblement les apports expressifs tirés de leur activité professionnelle (D'Amours et Kirouac, 2011).

Ainsi, ce type d'écart entre apports expressifs « attendus » et « réels » du travail incite à penser que, globalement, les chances que ces apports expressifs ont de se matérialiser demeurent pour l'heure, pour nombre de travailleurs, plus prospectives que réellement tangibles. Cela donne raison à Linhart (2008) et Méda (2010) selon qui subsisterait, à ce jour, un profond décalage entre la conception du « travail idéal » et celle du « travail réel ».

Or, et c'est l'hypothèse que nous faisons, faut-il y voir là un lien avec la multiplication des formes de souffrance – *burnout*, dépression, anxiété, stress, etc. – associées au travail aujourd'hui? En d'autres termes, se peut-il que certaines de ces formes de souffrance renvoient à ce qui survient lorsque le travail, vécu dans un registre plus individuel/singulaliste que collectif/égalitaire, ne débouche pas sur les apports expressifs escomptés? Si tel est le cas, cela signifierait que la souffrance au travail, sous ses différentes déclinaisons, s'offrirait à l'individu d'aujourd'hui comme une manière toute désignée pour exprimer une douloureuse déception: celle d'un travail qui ne parvient pas, réellement, à être autre chose qu'un support socioéconomique.

## RÉFÉRENCES

- BECK, U. (1998). «Le conflit des deux modernités et la question de la disparition des solidarités», *Lien social et politiques*, n° 39, p. 15-25.
- BERGERON, J.-G. et S. RENAUD (2000). «Les formes de représentation collective désirées par les salariés des services privés au Québec», *Relations industrielles*, vol. 55, n° 2, p. 250-272.
- BIBEAU, G. (1985). «Le burnout: 10 ans après», *Santé mentale au Québec*, vol. 10, n° 2, p. 30-43.
- CASTEL, R. (1995). *La métamorphose de la question sociale: une chronique du salariat*, Paris, Fayard.

- CATHÉBRAS, P. (1991). «Du "burnout" au "syndrome des yuppies": deux avatars modernes de la fatigue», *Sciences sociales et santé*, vol. 9, n° 3, p. 65-94.
- CHOMBART DE LAUWE, P.-H. (1956). *La vie quotidienne des familles ouvrières*, Paris, Éditions du CNRS.
- CORCUFF, P. (2007). *Les nouvelles sociologies*, Paris, Armand Colin.
- COUSIN, O. (2007). «Quelle place accordée au travail?», *L'Homme et la société*, vol. 162, p. 59-77.
- CRANFORD, C., J. FUDGE, E. TUCKER et L.F. VOSKO (2005). *Self-Employed Workers Organize: Law, Policy and Unions*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press.
- D'AMOURS, M. (2010). «Les logiques d'action collective d'associations regroupant des travailleurs indépendants», *Relations industrielles*, vol. 65, n° 2, p. 257-279.
- D'AMOURS, M., avec la coll. de L. KIROUAC (2009). *Les travailleurs indépendants face au risque: vulnérables, inégaux et responsabilisés*, rapport de recherche, Québec, Université Laval.
- D'AMOURS, M. et L. KIROUAC (2011). «Les travailleurs indépendants et leur rapport au travail à l'épreuve de l'impératif de l'activité: occasions de subjectivation ou de contrainte?», *Revue multidisciplinaire sur l'emploi, le syndicalisme et le travail*, vol. 6, n° 1, p. 59-78.
- D'AMOURS, M. et F. LESEMANN (1999). «Les chômeurs de longue durée de plus de 45 ans: entre exclusion et réflexivité», *Lien social et Politiques*, vol. 42, p. 121-133.
- DELAGE, B. (2002). «Résultats de l'Enquête sur le travail indépendant au Canada», Ottawa, Développement des ressources humaines Canada (DRHC), RH 64-11/2001E.
- DEWA, C.S. et E. LIN (2000). «Chronic physical illness, psychiatric disorder and disability in the workplace», *Social Science & Medicine*, vol. 51, n° 1, p. 41-50.
- DUBET, F. (2002). *Le déclin des institutions*, Paris, Seuil.
- DUBET, F. (2009). *Le travail des sociétés*, Paris, Seuil.
- DUXBURY, L. et C. HIGGINS (2001). *Work-Life Balance in the New Millenium: Where are we? Here do we need to go?*, Document n° W/12, Ottawa, Canadian Policy Research Networks.
- DUXBURY, L., C. HIGGINS et K.L. JOHNSON (1999). *An Examination of the Implications and Costs of Work-Life Conflict in Canada*, Ottawa, Human Resources Development Canada, Work Life Balances in Canadian Workplaces.
- EHRENBERG, A. (2010). *La société du malaise*, Paris, Odile Jacob.
- FERRERAS, I. (2007). *Critique politique du travail: travailler à l'heure de la société des services*, Paris, Presses de Sciences Po.
- FRIEDMANN, G. (1963). *Où va le travail humain?*, Paris, Gallimard.
- GARNER, H., D. MÉDA et C. SENIK (2006). «La place du travail dans les identités», *Économie et statistique*, nos 393-394, p. 21-39.
- GILMOUR, H. et S.P. PATTEN (2007). «La dépression et les problèmes au travail», dans *Rapports sur la santé*, Statistique Canada, <<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2006001/article/9566-fra.htm>>.
- GOLDTHORPE, H.J., D. LOCKWOOD, F. BECHHOFFER et J. PLATT (1972). *L'ouvrier de l'abondance*, Paris, Seuil.
- HENDERSON, M., N. GLOZIER et K.H. ELLIOT (2005). «Long term sickness absence», *British Medicine Journal*, vol. 33, p. 802-803.
- HOGGART, R. (1970 [1957]). *La culture du pauvre*, Paris, Minuit.

- HUGHES, K., G.S. LOWE et G. SCHELLENBERG (2003). *Men's and Women's Quality of Work in the New Canadian Economy*, document de recherche, n° WI19, Ottawa, Réseau du travail, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques.
- INGLEHART, R. (1977). *The Silent Revolution Changing Values and Political Styles among Western Publics*, Princeton, Princeton University Press.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2008). *Stress au travail et santé mentale chez les adultes québécois : enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, Québec, Canada.
- KLEPPA, E., B. SANNE et G.S. TELL (2008). « Working overtime is associated with anxiety and depression : The Hordaland Health Study », *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 50, n° 6, p. 658-666.
- LALLEMENT, M. (2007). *Le travail. Une sociologie contemporaine*, Paris, Gallimard.
- LASCH, C. (1979). *The Culture of Narcissism*, New York, Norton.
- LINHART, D. (dir.) (2008). *Pourquoi travaillons-nous? Une approche sociologique de la subjectivité au travail*, Ramonville Saint-Agne, Érès.
- LINHART, D., B. RIST et E. DURAND (2002). *Perte d'emploi, perte de soi*, Ramonville Saint-Agne, Érès.
- MARCHAND, A., P. DURAND et A. DEMERS (2006). « Un modèle multiniveaux des déterminants de la santé mentale dans la main-d'œuvre », *Revue canadienne de santé mentale et communautaire*, vol. 25, n° 2, p. 11-30.
- MARTUCCELLI, D. (2002). *Grammaire de l'individu*, Paris, Gallimard.
- MARTUCCELLI, D. (2005). *La consistance du social. Sociologie pour la modernité*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- MARTUCCELLI, D. (2006). *Forgé par l'épreuve. L'individu dans la France contemporaine*, Paris, Armand Colin.
- MARTUCCELLI, D. (2007a). « L'ère des états d'âme : le sentimentalisme sans solidarité concrète », *Cahiers de recherche sociologique*, vol. 43, p. 47-59.
- MARTUCCELLI, D. (2007b). « La sociologie aux temps de l'individu », *Interrogations*, vol. 5, <<http://www.revue-interrogations.org>>.
- MARTUCCELLI, D. (2010). *La société singulariste*, Paris, Armand Colin.
- MARX, K. (1972). *Manuscrits de 1844. Économie politique et philosophie*, Paris, Éditions sociales.
- MÉDA, D. (2010). « Comment mesurer la valeur accordée au travail? », *Sociologie*, vol. 1, n° 1, p. 121-140.
- MERCURE, D. et M. VULTUR (2010). *La signification du travail : nouveau modèle productif et ethos du travail au Québec*, Québec, Les Presses de l'Université Laval.
- MORIN, E. (2008). *Sens du travail, santé mentale et engagement organisationnel*, Études et recherches / Rapport R-543, Montréal, IRSST.
- ROUSSELET, J. (1978). *L'allergie au travail*, Paris, Seuil.
- SAINSAULIEU, R. (1977). *L'identité au travail*, Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques.
- SCHWARTZ, O. (1990). *Le monde privé des ouvriers : hommes et femmes du nord*, Paris, Presses universitaires de France.
- SYNDICAT DES FONCTIONNAIRES MUNICIPAUX DE MONTRÉAL (2001). *Rapport de recherche sur le stress, l'épuisement professionnel et la violence au travail*, Montréal, Syndicat des fonctionnaires municipaux de Montréal.

- VÉZINA, M. (2008). «La prévention des problèmes de santé psychologique liés au travail : nouveau défi pour la santé publique», *Santé publique*, vol. 20, p. 121-128.
- VÉZINA, M. *et al.* (2011). *Enquête québécoise des conditions de travail, d'emploi et de SST*, (EQCOTESST) – Sommaire RR-691, Montréal, IRSST.
- VÉZINA, M. et R. BOURBONNAIS (2001). «Incapacité au travail pour des problèmes de santé mentale», dans *Portrait social du Québec – Données et analyses*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chap. 12.



# CONCLUSION

## L'ÉTHIQUE DE LA SOUFFRANCE

Nicolas Moreau et Katharine Larose-Hébert

*La liberté est la condition ontologique de l'éthique.  
Mais l'éthique est la forme réfléchie que prend la liberté.*

Michel Foucault, *Dits et écrits II*, 1976-1988

La souffrance est aujourd'hui une véritable grammaire sociale. Si, comme nous l'avons mentionné en introduction, elle est une épreuve (Martuccelli, 2006, 2010), la souffrance est aussi devenue un espace de légitimation sociale important des sociétés contemporaines occidentales (Fassin, 2004). Elle permet ainsi de réclamer des droits ou de meilleures conditions de travail, de dénoncer des injustices sociales, d'accéder à des services de santé et à des services sociaux, etc. La souffrance est donc *sociale* non pas simplement à cause de sa possible étiologie ou encore du sens qu'on lui accorde, mais du fait qu'elle demeure au cœur de la légitimation de certains mécanismes d'aide et de revendications. Elle est souvent le canal nécessaire pour se faire entendre socialement. En effet, quel meilleur argument que le nombre de suicides d'employés pour dénoncer les conditions de travail dans une multinationale? L'épuisement professionnel dans certaines professions n'est-il pas le signe du trop faible nombre de ses représentants sur le marché du travail? C'est ainsi que nombre d'enquêtes et de sondages se multiplient dans le but de dénoncer des problématiques d'ordre social. La souffrance est simultanément épreuve et instrumentalisation de cette même épreuve, pourrait-on dire. C'est ainsi que nous la qualifions de « sociale-instrumentale », puisqu'elle porte en elle une forme de revendication sociale.

La souffrance est devenue aussi un vecteur de socialisation ordinaire. Cette socialisation résulte de deux phases qui eurent lieu simultanément dans les sociétés contemporaines occidentales: la démocratisation et la «déclincisation». La première fut donc celle d'une démocratisation de la souffrance. Ainsi, tout le monde aujourd'hui a le droit de souffrir: du chômeur au cadre supérieur, du col bleu au chef d'entreprise. Bien entendu, on souffre différemment selon les catégories socioprofessionnelles (et les mécanismes de prise en charge ne sont pas non plus les mêmes), mais cela n'est pas le plus important. Ce qu'il nous faut retenir est qu'on est tous égaux devant la possibilité et le droit de souffrir, et ce, quelles que soient les formes (et les conséquences) de la souffrance. Il y a cependant une étape supplémentaire à cette démocratisation: sa «déclincisation». En effet, on parle aujourd'hui de sa souffrance en famille, au travail, dans son couple, avec ses amis, etc. Cette dernière ne relève donc plus de l'exclusivité du cabinet du psychiatre, du médecin de famille, du psychologue ou encore du travailleur social, autrement dit de ces institutions sociales censées la juguler ou la prendre en charge. La souffrance est sortie des murs de la «clinique» et fait partie de notre langage commun. D'ailleurs, chacun d'entre nous joue régulièrement et à tour de rôle le métier de psychologue, de psychiatre tout en revêtant également le costume de patient. C'est ainsi qu'on entend souvent des personnes lambda (c'est-à-dire n'étudiant pas ou ne travaillant pas dans le champ médical, psychologique ou du travail social) établir des diagnostics sauvages. «As-tu vraiment besoin de médicaments psychotropes?» «Ton problème vient plutôt de ton couple. Voici ce que je te conseille de faire.» Que la souffrance soit une norme sociale à laquelle chacun d'entre nous peut se référer facilement fait que nous sommes tous simultanément patients et thérapeutes. En ce sens, elle s'inscrit directement dans notre socialisation contemporaine.

Si la souffrance est au cœur de notre vivre ensemble, comme grammaire sociale et vecteur de légitimation/revendication, elle n'en demeure pas moins une expérience humaine qui se vit dans les profondeurs de l'intériorité. La souffrance interpelle donc le soi, qui n'est en fait que le reflet, la réponse, l'entité subjective qui se forme au contact de l'autre. Cela dit, la souffrance est une réalité publique, située dans l'espace partagé de deux sphères partiellement superposées: soi – souffrance – autrui. Analysant le sujet de Foucault, Deleuze (1988) nous rappelle que l'individu ne se rencontre point à l'extérieur de lui-même, il retrouve plutôt l'autre en soi. La souffrance «en soi» est donc historique et ne peut être comprise qu'en rapport au contexte précis duquel elle émerge. Elle ouvre à la possibilité de communiquer (Gagnon, 2005), puisque le besoin de dire – afin de vérifier, comparer, nous apercevoir en celui à qui la plainte est adressée – se lie au besoin d'entendre, de reconnaître en l'autre la part de soi qui nous échappe, de faire sens de l'incapacité d'être dans laquelle nous propulse le «souffrir».

Paul Ricœur (1992) sépare le phénomène du « souffrir » en deux axes se recoupant perpendiculairement. Le premier est le rapport soi-autrui, qui souligne justement le rapport paradoxal du « soi souffrant » à autrui ; un rapport à l'autre en mode négatif, pouvant être compris en termes de séparation, mais qui demeure néanmoins l'un de ses éléments constitutifs. Le second est l'agir/pâtir, qui implique la diminution de la puissance d'agir – impuissance à dire, à faire, à s'estimer soi-même – mettant le sujet face à ce qu'il fut, à ce dont il était en mesure d'être hors de la souffrance, engendrant par le fait même le sentiment « d'exister », même si celui-ci s'est forgé à travers une violence envers soi. Ce second axe n'est d'ailleurs pas sans rappeler le vécu de la dépression tel que présenté par Otero dans le présent ouvrage.

Ainsi, comme le dira Ricœur (1992), « la souffrance appelle », se donne à voir, sollicitant de ce fait le regard d'un tiers, qui sera capable d'objectiver la plainte du sujet souffrant. C'est par l'intermédiaire d'autrui, par son évaluation de nature éthique pourrions-nous dire, que l'indicible pourra être dit. L'enjeu se joue donc initialement à l'échelle microsociale de l'interaction. Toutefois, qu'advient-il lorsqu'à l'échelle macrosociale, certaines souffrances sont ignorées (volontairement ou non)? Les revendications sociales inhérentes à cette souffrance deviennent-elles alors illégitimes? Si le regard d'un tiers (généralement un professionnel de la santé ou de services sociaux) est nécessaire à la validation de cette difficile expérience, sous quelle forme pourra-t-elle exister et se faire entendre? Bibeau et Fortin (2008) expliquent :

Or la souffrance qui n'est pas nommée, parce que ne cadrant pas avec les modèles gestionnaires et avec les pratiques d'intervention, en vient à perdre toute existence, ce qui est une façon de perpétuer la violence qui la produit en même temps qu'elle manifeste un aveuglement à l'égard des sources sociales des souffrances personnelles (p. 112-113).

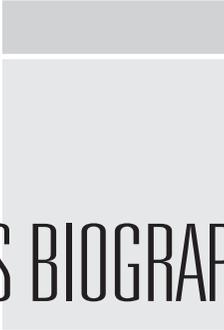
La souffrance « en soi » est avant tout subjective. Ainsi, nous souhaitons conclure cet ouvrage sur une note de précaution quant à son utilisation conceptuelle. Détacher l'affect de son substrat ouvre au risque de décontextualiser l'expérience, d'oublier, d'effacer le sujet et l'indicible de sa souffrance. Ce collectif fut en ce sens un effort de traduire un phénomène social sensible, de révéler le tracé collectif qui oriente les parcours, d'offrir une voix à la souffrance et de souligner les injustices et le contexte qui la sous-tend. Tel que Bibeau et Fortin (2008) le mentionnent, nous considérons qu'« il ne faut certes pas moins d'éthique et il en faut même beaucoup plus ; il faut cependant surtout une éthique sociale qui soit mieux enracinée dans les conditions locales et une éthique qui soit ouverte sur la solidarité » (p. 120). L'intérêt de la science pour la souffrance aura-t-il conduit à la réduire? Y a-t-il moins ou plus de souffrance depuis sa

prise en charge médicale? Dans ce contexte, que signifie la croissance des catégories diagnostiques et du nombre d'individus catégorisés par un trouble mental?

Comme la souffrance se situe au point médian du continuum individu-société, il est nécessaire d'inclure des points de vue interdisciplinaires afin d'en comprendre les formes et les sources, permettant (nous le souhaitons) de proposer des modalités d'intervention afin d'ouvrir le dialogue, de réduire les injustices et de soulager l'ensemble d'une société, plutôt que l'individu seul. La multidisciplinarité de cet ouvrage témoigne en fait d'une chose: la souffrance n'appartient plus qu'aux professionnels de l'aide. Reste à savoir si cette démocratisation ira de pair avec le respect d'une certaine éthique, de sa compréhension au-delà des lieux qui s'occupent souvent de la faire taire et non de l'entendre.

## RÉFÉRENCES

- BIBEAU, G. et S. FORTIN (2008). « Inégalités et souffrance sociale: une approche anthropologique », dans K. Frohlich, M. De Koninck, A. Demers et P. Bernard (dir.), *Les inégalités sociales au Québec*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, p. 111-140.
- DELEUZE, G. (1988). *Foucault* (trad. du français par Sean Hand), Minneapolis, University of Minnesota Press.
- FASSIN, D. (2004). *Des maux indicibles: sociologie des lieux d'écoute*, Paris, La Découverte, coll. « Alternatives sociales ».
- GAGNON, É. (2005). « Figures de la plainte: la douleur, la souffrance et la considération », *M/S: médecine et sciences*, vol. 21, n° 6, p. 648-651.
- MARTUCCELLI, D. (2006). *Forgé par l'épreuve*, Paris, Armand Colin.
- MARTUCCELLI, D. (2010). *La société singulariste*, Paris, Armand Colin.
- RICCEUR, P. (1992). *La souffrance n'est pas la douleur*, communication présentée au Colloque *Le psychiatre devant la souffrance*, organisé par l'Association française de psychiatrie à Brest les 25 et 26 janvier, <<http://www.fondsriceur.fr/photo/la%20souffrance%20n%20est%20pas%20la%20douleur.pdf>>, consulté le 26 février 2013.



# NOTICES BIOGRAPHIQUES

**Martine Delvaux** est professeure titulaire au Département d'études littéraires de l'Université du Québec à Montréal (UQAM). Elle a publié, entre autres, trois romans, dont *Rose amer* (2009), des essais, dont *Histoires de fantômes. Témoignage et spectralité dans des récits féminins contemporains* (2005), et un essai-fiction épistolaire en collaboration avec Catherine Mavrikakis, *Ventriloquies* (2003).

**Marie-Chantal Doucet** a obtenu un doctorat en sociologie de l'Université de Montréal et elle est professeure à l'École de travail social de l'Université du Québec à Montréal (UQAM). Elle est responsable du regroupement « Santé mentale » de l'Institut Santé et société (ISS). Ses intérêts de recherche portent sur la connaissance de l'individu contemporain et du lien social, sur la sociologie clinique et sur les fondements épistémologiques de l'intervention sociale.

**Alex Drolet-Dostaler** est candidate au doctorat en psychologie à l'Université du Québec en Outaouais (UQO). Elle s'intéresse particulièrement aux phénomènes entourant la crise psychopathologique. Elle est boursière du Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQSC). Elle est également intervenante psychosociale en santé mentale à la Maison Réalité.

**Laurie Kirouac** est titulaire d'un doctorat en sociologie, réalisé en cotutelle à l'Université du Québec à Montréal (UQAM) et à l'Université Charles-de-Gaulle Lille 3. Ses intérêts de recherche, qui s'inscrivent dans une sociologie de l'individu, portent sur les troubles mentaux et les transformations du travail.

**Katharine Larose-Hébert** est candidate au doctorat en service social à l'Université d'Ottawa. Ses activités de recherche portent principalement sur l'organisation des soins en santé mentale et sur l'expérience subjective de l'utilisateur. Les parcours institutionnels, les modalités d'évaluation des besoins, les relations de pouvoir et les formes d'intervention dans le système de santé et des services sociaux font également partie de ses champs d'intérêt.

**Audrey Laurin-Lamothe** est candidate au doctorat en sociologie à l'Université du Québec à Montréal (UQAM). Ses activités de recherche et ses intérêts sociologiques portent sur le management, la corporation, la subjectivité et le travail. Ils s'inscrivent dans ceux du Collectif d'analyse sur la financiarisation du capitalisme avancé (CAFCA), affilié à la Chaire de recherche du Canada en mondialisation, citoyenneté et démocratie.

**Marie-France Maranda** est titulaire d'un doctorat en sociologie et elle est professeure titulaire à la Faculté des sciences de l'éducation de l'Université Laval depuis 1995. Elle a été directrice du Centre de recherche et d'intervention sur l'éducation et la vie au travail (CRIE-VAT) de 2003 à 2006. Son champ de recherche est la santé mentale au travail.

**Danilo Martuccelli** est titulaire d'un doctorat en sociologie de l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS) et il est professeur à l'Université Paris Descartes. Il est membre du Centre de recherche sur les liens sociaux (CERLIS). Ses intérêts de recherche portent, entre autres, sur la théorie sociale, la sociologie politique ainsi que la sociologie de l'individu et de l'individuation.

**Catherine Mavrikakis** est professeure titulaire au Département de littératures de langue française de l'Université de Montréal. Également écrivaine, elle a publié cinq romans, quatre essais. Ses projets de recherche, élaborés pour la plupart avec sa collègue Martine Delvaux, ont porté sur le deuil, le sida, les liens entre la littérature et la photographie et, plus récemment, sur la colère des femmes en art.

**Daniel Moreau** est titulaire d'un doctorat en médecine et d'un diplôme interuniversitaire en soins palliatifs. Il est membre du centre d'éthique médicale de Lille et participe en tant que praticien et enseignant à la diffusion de la culture palliative en France.

**Nicolas Moreau** a obtenu un doctorat en sociologie de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) et il est professeur adjoint à l'École de service social de l'Université d'Ottawa. Il s'intéresse aux questions de santé mentale et a publié, en 2009, *État dépressif et temporalité. Contribution à la sociologie de la santé mentale*. Les pratiques sportives constituent un autre de ses champs d'intérêt, comme en témoigne le livre qu'il vient de codiriger, *Le Canadien de Montréal. Une légende repensée*.

**Dahlia Namian** est titulaire d'un doctorat en sociologie de l'Université du Québec à Montréal (UQAM). Elle est professeure adjointe à l'École de service social de l'Université d'Ottawa. Ses intérêts de recherche portent, entre autres, sur le renouvellement des modalités de désignation et de prise en charge des populations vulnérables, marginales et exclues au sein de sociétés démocratiques libérales.

**Geneviève Nault** est étudiante à la maîtrise en service social à l'Université d'Ottawa. Titulaire d'une maîtrise en criminologie de l'Université d'Ottawa, elle s'intéresse aux questions de santé mentale ainsi qu'au processus de la déjudiciarisation.

**Lilian Negura** est docteur en sociologie de l'Université Laval et il est professeur à l'École de service social de l'Université d'Ottawa. Ses intérêts de recherche portent sur le rôle des représentations sociales dans le rapport entre les professionnels de la santé et les usagers des services sociaux, ainsi que sur la dimension représentationnelle des changements dans le monde du travail.

**Marcelo Otero** est titulaire d'un doctorat en sociologie de l'Université de Montréal et il est professeur au Département de sociologie de l'Université du Québec à Montréal. Il est chercheur-boursier au Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS). Sa programmation de recherche actuelle porte sur les nouveaux problèmes de santé mentale et les nouvelles thérapies mentales comme analyseurs des formes normales et pathologiques de l'individualité contemporaine.

**Florence Vinit** est titulaire d'un diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS) en psychologie clinique et d'un doctorat en sociologie. Elle est professeure au Département de psychologie à l'Université du Québec à Montréal (UQAM). Ses domaines de recherche sont la phénoménologie du corps et de la sensorialité, notamment en contexte de soin.



## COLLECTION

### PROBLÈMES SOCIAUX ET INTERVENTIONS SOCIALES

HENRI DORVIL – directeur  
GUYLAINE RACINE – codirectrice

**La gestion des risques  
en protection de l'enfance**  
Logiques d'action et quête de sens  
*Annie Lambert*  
2013, ISBN 978-2-7605-3742-2, 272 pages

**Qu'est-ce qu'un problème social  
aujourd'hui**  
Repenser la non-conformité  
*Sous la direction de Marcelo Otero et Shirley Roy*  
2013, ISBN 978-2-7605-3652-4, 412 pages

**Expériences d'intervention psychosociale  
en contexte de violence conjugale**  
*Sous la direction de Sonia Gauthier  
et Lyse Montminy*  
2013, ISBN 978-2-7605-3631-9, 314 pages

**Entre itinérance et fin de vie**  
Sociologie de la vie moindre  
*Dahlia Namian*  
2012, ISBN 978-2-7605-3515-2, 236 pages

**Innover pour mobiliser**  
L'actualité de l'expérience de Michel Blondin  
*Michel Blondin, Yvan Comeau  
et Ysabel Provencher*  
2012, ISBN 978-2-7605-3498-7, 192 pages

**Regards critiques sur la maternité  
dans divers contextes sociaux**  
*Sous la direction de Simon Lapierre  
et Dominique Damant*  
2012, ISBN 978-2-7605-3495-7, 268 pages

**Contrer le décrochage scolaire  
par l'accompagnement éducatif**  
Une étude sur la contribution  
des organismes communautaires  
*Danielle Desmarais*  
2012, ISBN 978-2-7605-3416-2, 216 pages

**Les transitions à la vie adulte des jeunes  
en difficulté**  
Concepts, figures et pratiques  
*Martin Goyette, Annie Pontbriand et Céline Bellot*  
2011, ISBN 978-2-7605-3203-8, 344 pages

**Minorités de langue officielle du Canada  
Égales devant la santé?**  
*Louise Bouchard et Martin Desmeules*  
2011, ISBN 978-2-7605-3197-0, 118 pages

**Le mouvement de l'être**  
Paramètres pour une approche alternative  
du traitement en santé mentale  
*Ellen Corin, Marie-Laurence Poiré  
et Lourdes Rodriguez*  
2011, ISBN 978-2-7605-3072-0, 218 pages

**Arts martiaux, sports de combat  
et interventions psychosociales**  
*Sous la direction de Jacques Hébert*  
2011, ISBN 978-2-7605-2980-9, 376 pages

**Viellir au pluriel**  
Perspectives sociales  
*Sous la direction de Michèle Charpentier, Nancy  
Guberman, Véronique Billette, Jean-Pierre Lavoie,  
Amanda Grenier et Ignace Olazabal*  
2010, ISBN 978-2-7605-2625-9, 532 pages

**Mais oui c'est un travail!**  
Penser le travail du sexe au-delà  
de la victimisation  
*Colette Parent, Chris Bruckert, Patrice Corriveau,  
Maria Nengeh Mensah et Louise Toupin*  
2010, ISBN 978-2-7605-2549-8, 158 pages

**Adolescence et affiliation**  
Les risques de devenir soi  
*Sous la direction de Robert Letendre  
et Denise Marchand*  
2010, ISBN 978-2-7605-2512-2, 246 pages

**Le monde des AA**  
Alcooliques, gamblers, narcomanes  
*Ammon Jacob Suissa*  
2009, ISBN 978-2-7605-2464-4, 134 pages

**Vivre en famille d'accueil jusqu'à mes 18 ans**  
Voir ou ne pas voir mes parents?  
*Louise Carignan, Jacques Moreau et Claire Malo*  
2009, ISBN 978-2-7605-2426-2, 222 pages

**Hébergement, logement  
et rétablissement en santé mentale**  
Pourquoi et comment  
faire évoluer les pratiques?  
*Sous la direction de Jean-François Pelletier,  
Myra Piat, Sonia Côté et Henri Dorvil*  
2009, ISBN 978-2-7605-2432-3, 168 pages

**Mobilité, réseaux et résilience**  
Le cas des familles immigrantes  
et réfugiées au Québec  
*Michèle Vatz Laaroussi*  
2009, ISBN 978-2-7605-2400-2, 268 pages

**Proximités**  
Lien, accompagnement et soin  
*Sous la direction de Michèle Clément,  
Lucie Gélinau et Anaïs-Monica McKay*  
2009, ISBN 978-2-7605-1605-2, 386 pages

**Visages multiples de la parentalité**  
*Claudine Parent, Sylvie Drapeau,  
Michèle Brousseau et Eve Pouliot*  
2008, ISBN 978-2-7605-1591-8, 486 pages



### **Penser la vulnérabilité**

*Sous la direction de Vivianne Châtel et Shirley Roy*  
2008, ISBN 978-2-7605-1563-5, 264 pages

### **Violences faites aux femmes**

*Sous la direction de Suzanne Arcand, Dominique Damant, Sylvie Gravel et Elizabeth Harper*  
2008, ISBN 978-2-7605-1561-1, 624 pages

### **L'habitation comme vecteur de lien social**

*Sous la direction de Paul Morin et Evelyne Baillergeau*  
2008, ISBN 978-2-7605-1540-6, 324 pages

### **Vivre son enfance au sein d'une secte religieuse**

Comprendre pour mieux intervenir  
*Lorraine Derocher*  
2007, ISBN 978-2-7605-1527-7, 204 pages

### **L'itinérance en questions**

*Sous la direction de Shirley Roy et Roch Hurtubise*  
2007, ISBN 978-2-7605-1524-6, 408 pages

### **Solitude et sociétés contemporaines**

Une sociologie clinique de l'individu et du rapport à l'autre  
*Marie-Chantal Doucet*  
2007, ISBN 978-2-7605-1519-2, 198 pages

### **Problèmes sociaux – Tome IV**

Théories et méthodologies de l'intervention sociale  
*Sous la direction de Henri Dorvil*  
2007, ISBN 978-2-7605-1502-4, 504 pages

### **Amour et sexualité chez l'adolescent – Fondements, Guide d'animation, Carnet de route**

Programme qualitatif d'éducation sexuelle pour jeunes hommes  
*Hélène Manseau*  
2007, ISBN 978-2-7605-1513-0, 194 pages

### **Les transformations de l'intervention sociale**

Entre innovation et gestion des nouvelles vulnérabilités?  
*Sous la direction de Evelyne Baillergeau et Céline Bellot*  
2007, ISBN 978-2-7605-1504-8, 258 pages

### **Problèmes sociaux – Tome III**

Théories et méthodologies de la recherche  
*Sous la direction de Henri Dorvil*  
2007, ISBN 978-2-7605-1501-7, 550 pages

### **Lutte contre la pauvreté, territorialité et développement social intégré**

Le cas de Trois-Rivières  
*Pierre-Joseph Ulysse et Frédéric Lesemann*  
2007, ISBN 978-2-7605-1490-4, 168 pages

### **Pas de retraite pour l'engagement citoyen**

*Sous la direction de Michèle Charpentier et Anne Quéniart*  
2007, ISBN 978-2-7605-1478-2, 210 pages

### **Enfants à protéger – Parents à aider**

Des univers à rapprocher  
*Sous la direction de Claire Chamberland, Sophie Léveillé et Nico Trocmé*  
2007, ISBN 978-2-7605-1467-6, 480 pages

### **Le médicament au cœur de la socialité contemporaine**

Regards croisés sur un objet complexe  
*Sous la direction de Johanne Collin, Marcelo Otero et Laurence Monmais*  
2006, ISBN 2-7605-1441-2, 300 pages

### **Le projet Solidarité Jeunesse**

Dynamiques partenariales et insertion des jeunes en difficulté  
*Martin Goyette, Céline Bellot et Jean Panet-Raymond*  
2006, ISBN 2-7605-1443-9, 212 pages

### **La pratique de l'intervention de groupe**

Perceptions, stratégies et enjeux  
*Ginette Berteau*  
2006, ISBN 2-7605-1442-0, 252 pages

### **Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté**

Changer de perspective  
*Lourdes Rodriguez, Linda Bourgeois, Yves Landry et al.*  
2006, ISBN 2-7605-1348-3, 336 pages

### **L'intervention sociale en cas de catastrophe**

*Sous la direction de Danielle Maltais et Marie-Andrée Rheault*  
2005, ISBN 2-7605-1387-4, 420 pages

### **Trajectoires de déviance juvénile**

*Natacha Brunelle et Marie-Marthe Cousineau*  
2005, ISBN 2-7605-1372-6, 232 pages

### **Revenu minimum garanti**

*Lionel-Henri Groulx*  
2005, ISBN 2-7605-1365-3, 380 pages

### **Amour, violence et adolescence**

*Mylène Fernet*  
2005, ISBN 2-7605-1347-5, 268 pages

### **Réclusion et Internet**

*Jean-François Pelletier*  
2005, ISBN 2-7605-1259-2, 172 pages

### **Au-delà du système pénal**

L'intégration sociale et professionnelle des groupes judiciairisés et marginalisés  
*Sous la direction de Jean Poupart*  
2004, ISBN 2-7605-1307-6, 294 pages

**L'imaginaire urbain et les jeunes**

La ville comme espace d'expériences  
identitaires et créatrices

*Sous la direction de Pierre-W. Boudreault  
et Michel Parazzelli*

2004, ISBN 2-7605-1293-2, 388 pages

**Parents d'ailleurs, enfants d'ici**

Dynamique d'adaptation du rôle parental  
chez les immigrants

*Louise Bérubé*

2004, ISBN 2-7605-1263-0, 276 pages

**Citoyenneté et pauvreté**

Politiques, pratiques et stratégies d'insertion  
en emploi et de lutte contre la pauvreté

*Pierre-Joseph Ulysse et Frédéric Lesemann*

2004, ISBN 2-7605-1261-4, 330 pages

**Éthique, travail social**

**et action communautaire**

*Henri Lamoureux*

2003, ISBN 2-7605-1245-2, 266 pages

**Travailler dans le communautaire**

*Jean-Pierre Deslauriers,*

*avec la collaboration de Renaud Paquet*

2003, ISBN 2-7605-1230-4, 158 pages

**Violence parentale et violence conjugale**

Des réalités plurielles, multidimensionnelles  
et interreliées

*Claire Chamberland*

2003, ISBN 2-7605-1216-9, 410 pages

**Le virage ambulatoire: défis et enjeux**

*Sous la direction de*

*Guillaume Pérodeau et Denyse Côté*

2002, ISBN 2-7605-1195-2, 216 pages

**Priver ou privatiser la vieillesse ?**

Entre le domicile à tout prix  
et le placement à aucun prix

*Michèle Charpentier*

2002, ISBN 2-7605-1171-5, 226 pages

**Huit clés pour la prévention  
du suicide chez les jeunes**

*Marlène Falardeau*

2002, ISBN 2-7605-1177-4, 202 pages

**La rue attractive**

Parcours et pratiques identitaires  
des jeunes de la rue

*Michel Parazzelli*

2002, ISBN 2-7605-1158-8, 378 pages

**Le jardin d'ombres**

La poétique et la politique  
de la rééducation sociale

*Michel Desjardins*

2002, ISBN 2-7605-1157-X, 260 pages

**Problèmes sociaux – Tome II**

Études de cas et interventions sociales

*Sous la direction de Henri Dorvil et Robert Mayer*

2001, ISBN 2-7605-1127-8, 700 pages

**Problèmes sociaux – Tome I**

Théories et méthodologies

*Sous la direction de Henri Dorvil et Robert Mayer*

2001, ISBN 2-7605-1126-X, 622 pages







COLLECTION

PROBLÈMES SOCIAUX  
ET INTERVENTIONS SOCIALES

HENRI DORVIL – directeur  
GUYLAINE RACINE – codirectrice

QU'ELLE SOIT PSYCHIQUE OU PHYSIQUE, la souffrance, bien qu'appartenant à l'expérience profondément intime de la personne, se révèle socialement constituée. À l'encontre des injonctions de santé parfaite, de performance, de projet de vie ou encore de responsabilisation, elle devient une épreuve, un obstacle freinant la réalisation de soi qui appelle une renégociation identitaire de l'individu. Car, si l'individu contemporain peut exprimer légitimement sa souffrance, il est surtout encouragé à la traiter, à lui donner sens et à la surmonter par différents moyens (médicaments psychotropes, thérapies de toutes sortes, travail sur soi, etc.).

Mettant à l'épreuve le concept de souffrance dans toute sa complexité, cet ouvrage réunit des réflexions pluridisciplinaires qui offrent des analyses renouvelées et contextualisées sur le sujet. Les auteurs s'emploient d'abord à circonscrire le concept de souffrance en lien avec l'expérience individuelle, pour ensuite plonger dans les épreuves de la maladie et de la mort, éprouvantes tant pour le corps que pour la psyché. Enfin, ils s'intéressent à l'épreuve que représente le travail, une source de souffrance grandissante dans le monde contemporain occidental.

En cherchant à comprendre les formes et les sources de la souffrance, ils ne s'occupent pas de la faire taire, mais plutôt de l'entendre, de proposer des modalités d'intervention afin d'ouvrir le dialogue, de réduire les injustices et de soulager l'ensemble d'une société, plutôt que l'individu seul.

**Nicolas Moreau** est professeur à l'École de service social de l'Université d'Ottawa. Il s'intéresse particulièrement aux questions de santé mentale et étudie, en outre, comment certaines pathologies mentales peuvent être révélatrices des comportements et des conduites à adopter.

**Katharine Larose-Hébert** est candidate au doctorat en service social à l'Université d'Ottawa. Ses activités de recherche portent principalement sur l'organisation des services en santé mentale, les parcours institutionnels et l'expérience subjective de l'utilisateur.

#### **Ont collaboré à cet ouvrage**

Martine Delvaux, Marie-Chantal Doucet, Alex Drolet-Dostaler, Laurie Kirouac, Katharine Larose-Hébert, Audrey Laurin-Lamothe, Marie-France Maranda, Catherine Mavrikakis, Daniel Moreau, Nicolas Moreau, Dahlia Namian, Geneviève Nault, Lilian Negura, Marcelo Otero, Florence Vinit

PUQ.CA



9 782760 537712

ISBN 978-2-7605-3771-2