

SOMMAIRE

Remerciements	7
Sommaire	11
Introduction	16
I. Approches théoriques	18
1. La démoratisation	19
1.1. Un construit psychiatrique	20
1.2. Étiopathogénie	28
1.3. Clinique de la démoratisation	31
1.4. La progression clinique de la démoratisation	36
1.5. Diagnostics différentiels	38
1.6. Évaluer la démoratisation	42
1.7. Implication thérapeutique	48
2. Place dans la clinique psychosociale	51
2.1. La souffrance sociale	51
2.2. Clinique(s)	57

II. Étude	83
3. Matériel et méthode	84
3.1. Problématique et hypothèses	84
3.2. Préparation de l'enquête	85
3.3. Population choisie	86
3.4. Les outils d'évaluation	87
4. Résultats	90
4.1. Facteurs sociodémographiques	90
4.2. Diagnostics psychiatriques de la MINI	91
4.3. Démoralisation	92
4.4. Risque suicidaire	93
4.5. Démoralisation et dépression	93
5. Discussion	95
5.1. Troubles psychotiques	95
5.2. Troubles dépressifs et troubles anxieux	95
5.3. Risques suicidaires	96
5.4. Addictions	96
5.5. Suivi	96
5.6. Démoralisation	97
5.7. Limites	97
Conclusion	100
Bibliographie	103
Annexes	115
Échelle de Démoralisation	115
Facteurs de l'Échelle de Démoralisation	118

TABLE DES FIGURES

1.1. Modèle de la démoralisation par Clarke et Kissane (2002)	27
1.2. Lien entre démoralisation, impuissance et désespoir d'après de Figueiredo (2013a)	32

LISTE DES TABLEAUX

1.1. Le processus de démoralisation d'après Clarke (2012)	37
1.2. Types de détresses chez les patients atteints de pathologies somatiques d'après Clarke (2012)	41
1.3. Différences entre incompétence subjective, dépression endogène et démo- ralisation (de Figueiredo, 1993)	42
2.1. Relations entre démoralisation et changement socioculturel proposées par de Figueiredo et Frank (1982)	80
4.1. Facteurs sociodémographiques	90
4.2. Résultats de la MINI	91
4.3. Résultats de l'Échelle de démoralisation	92
4.4. Facteurs de démoralisation	93
4.5. Risque suicidaire	93
4.6. Sujets démoralisés avec un risque suicidaire	93
4.7. Démoralisés présentant un épisode dépressif majeur	94

LISTE DES SYMBOLES

- CHRS Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
- CIDI Composite International Diagnostic Interview
- CIM Classification Internationale des Maladies
- CPAM Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- CPSS Centre de Prévention Sanitaire et Sociale
- DCPR Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research
- DSM Diagnostic and Statistical Manual
- HCSP Haut Comité de Santé Publique
- MINI Mini International Neuropsychiatric Interview
- MMPI-2-RC Minnesota Multiphasic Personality Inventory-second Edition-restructured
Clinical
- OMS Organisation Mondiale de la Santé
- PERI-D Psychiatric Epidemiology Research Interview-Demoralization Scale
- RMI Revenu Minimum d'Insertion
- RSA Revenu de Solidarité Active
- SCID Structured Clinical Interview for DSM-III-R
- SDF Sans Domicile Fixe

SIS Subjective Incompetence Scale

SWS Subjective Well-Being Scale

INTRODUCTION

La clinique dite psychosociale émerge de deux mouvements : d'une part celui du glissement de la psychiatrie vers la santé mentale, d'autre part celui d'une relative confusion entre le champ social et le champ psychologique dans le domaine de la précarité. Ces deux phénomènes se conjuguent et, d'un point de vue nosologique, aboutissent, entre autres, à un travail de redéfinition sémiologique. Ces nouveaux symptômes s'agrègent en de nouveaux syndromes voire de nouvelles pathologies. Les syndromes d'exclusion sont ainsi le produit de cette clinique.

Cette nouvelle clinique pose à nouveau des questions anciennes dans le champ psychiatrique : s'agit-il de réaction normale ou pathologique ? S'agit-il de social ou de psychiatrie ? Par ailleurs, les entités psychiatriques se construisent en fonction du contexte sociétal dans lequel ils émergent (Jacques, 2004). Ainsi, en France, la souffrance sociale naît dans le cadre du développement de l'exclusion, du chômage et de la désaffiliation. Les pathologies qui en découlent sont donc des pathologies du lien, voire au maximum de lien à soi-même.

Le concept de démoralisation, élaboré dans le contexte de la médecine palliative et de l'oncologie, tente de se centrer sur la souffrance existentielle qui résulte de l'expérience de la maladie chronique ou incurable. Il bénéficie depuis peu de temps d'un regain d'intérêt ainsi que le montre un nombre de publications croissantes depuis une dizaine d'années. Nous émettons l'hypothèse que la confrontation de ce concept aux cliniques de la précarité peut être utile dans le cadre dans la clinique psychosociale. En effet, nous considérons que la précarité est, au niveau de l'expérience vécue, une situation dans laquelle la démoralisation émerge préférentiellement.

Il peut être malaisé de parler de clinique lorsque l'on a, par notre parcours, peu d'expérience. C'est pourquoi nous aurons surtout un abord théorique que nous appuierons par une étude pour tenter d'objectiver notre impression clinique.

Nous verrons dans une première partie les principes généraux de la démoralisation à travers sa construction, son étiopathogénie, ses symptômes, son évaluation et ses aspects thérapeutiques. Puis, nous nous centrerons sur la clinique de la précarité, ses enjeux cliniques, ses théorisations et enfin ses liens avec la démoralisation. Enfin, nous étayerons avec une étude que nous avons réalisée auprès d'une population de précaire, dans un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale.

Première partie .
Approches théoriques

LA DÉMORALISATION

La démoralisation peut être définie ainsi (CNTRL, 2014) :

DÉMORALISATION, subst. fém. : Action de démoraliser, état résultant de cette action.

A. – Destruction du sens moral.

B. – Destruction de la confiance, du courage.

C'est une notion qui apparaît parfois en psychiatrie, mais qui n'est jamais définie cliniquement. Aussi, nous avons pu retrouvé quatre occurrences du terme dans le DSM-IV TR (?)¹ et deux dans le DSM 5 (APA, 2013).² Elle est à chaque fois présente en tant que trait associé possible au diagnostic ou comorbidité possible.

Pourtant une littérature grandissante tente de la définir le plus précisément possible et d'en étudier son intérêt clinique. Nous verrons dans un premier temps, l'histoire de sa constitution, puis son étiopathogénie et sa clinique propre. Nous aborderons ensuite ses diagnostics différentiels et les instruments d'évaluation de la démoralisation. Nous concluons sur le concept de remoralisation et la prise en charge thérapeutique.

1. en tant que trait possiblement associé aux diagnostics de trouble de l'apprentissage, de trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, du trouble panique et de la schizophrénie.

2. en tant que trait possiblement associé au diagnostic d'agoraphobie et comme comorbidité possible du trouble dissociatif de l'identité.

1.1. Un construit psychiatrique

1.1.1. Un vécu d'incapacité à agir

Les recherches actuelles autour du concept de démoralisation partent des travaux de Jerome D. Frank à la tête de la *Psychotherapy Research Unit* au *John Hopkins Hospital* (Frank, 1986). À partir d'une réflexion clinique, Frank (1973, 1974) identifie des points de convergence entre les différentes formes de psychothérapies qui, si elles ont toutes en commun d'être un art de la guérison, semblent parfois être une branche de la médecine, une forme d'éducation, un type d'investigation scientifique ou encore l'expression d'une philosophie de vie. Elles peuvent présenter des résultats thérapeutiques semblables, car elles ont pour points communs de partager des éléments formels (un dispositif particulier, un cadre conceptuel définissant la relation entre le thérapeute et le patient et permettant d'expliquer symptômes et problèmes) et des moyens (inspirer de l'espoir, faciliter l'expérience de la réussite ou de la maîtrise, travailler avec les émotions du patient).

Surtout, Frank identifie une condition essentielle à laquelle s'adresse toute psychothérapie, quel que soit son orientation théorique ou le diagnostic porté. Elles ont toutes pour but de soulager le sentiment qu'éprouve un patient d'incapacité à pouvoir changer, à agir sur son environnement ou sur lui-même. C'est cet état psychologique qu'il nomme *démoralisation*. Les traits caractéristiques de cet état sont les sentiments d'impuissance (*impotence*), d'isolement (*isolation*) et de désespoir (*despair*). Il s'agit d'un phénomène clinique transversal, qui correspond à l'état dans lequel se trouve un patient lorsqu'il arrive aux soins, lorsqu'il est demandeur d'aide.

Pour Frank, la démoralisation résulte de l'incapacité persistante à faire face à des stressors internes (comme les symptômes d'une maladie psychiatrique) ou externes (comme une période prolongée de chômage). L'individu démoralisé va alors être habité par un sentiment d'impuissance, d'isolement, de désespoir et d'échec. Le mode évolutif va alors vers une estime de soi dégradée, un sentiment de rejet par les autres (car il ne parvient pas à répondre à ses propres attentes ou aux leurs) et un débordement des capacités de coping. Dans la mesure où la portée et le sens de la vie viennent des liens que l'individu entretient avec les personnes dont ils partagent les valeurs, cette aliénation contribue à un sentiment d'absurdité de la vie. Au maximum, il y aura un sentiment d'échec global.

Aussi, les symptômes les plus fréquents des patients en psychothérapie, l'anxiété et la dépression, sont des expressions directes de la démoralisation. Il résulte de cette expérience de vie que l'individu s'en tient à une « petite routine d'activité habituelle », évite la nouveauté ou les défis et craint de faire des projets à long terme. Ainsi, le démoralisé « se tapit dans un coin spatio-temporel », « presque uniquement occupé à survivre » (Frank, 1974).

La démoralisation est un phénomène clinique qui se surajoute et interagit avec la maladie psychiatrique dans deux sens. D'une part, une personne sévèrement démoralisée est plus à même de développer des symptômes plus graves. D'autre part, les symptômes, en entravant les capacités de coping, aggravent le sentiment d'échec et de démoralisation (Frank, 1974).

Ainsi, il identifie à de la démoralisation aiguë l'état des patients *en crise* arrivant aux urgences. Il cite deux exemples d'entités cliniques décrites dans la littérature montrant que la démoralisation est fortement colorée selon la scène où elle apparaît : il s'agit du *giving-up given-up complex* précédant les maladies somatiques et du *syndrome de rupture sociale* observé chez les patients psychiatriques chroniques.

1.1.2. Une rupture entre passé et futur

1.1.2.1. Le *giving-up given-up complex*

Engel (1967), père du modèle biopsychosocial et figure importante de la psychosomatique moderne, a élaboré un équivalent de la démoralisation à travers le *giving-up given-up complex*³. S'inscrivant dans le cadre de la médecine psychosomatique, ce complexe traduit une période de fragilité qui, pour lui, peut favoriser la survenue de maladies somatiques, mais il n'est pas une condition nécessaire ou suffisante.

Il peut être diversement exprimé sous forme de découragement, de désespoir, d'abandon ou de dépression. Il correspond au moment où l'individu abandonne psychologiquement, plus précisément, au moment où l'individu expérimente tout à la fois la perte progressive ou brutale d'un objectif majeur ou d'un but de vie et une incapacité à faire face aux événements.

Engel décrit six caractéristiques de cet état, toutes n'étant pas nécessairement présentes avec la même intensité :

3. que l'on peut traduire par « complexe abandonnant/abandonné »

- un sentiment de détresse, qui traduit l'affect central de ce syndrome, à savoir l'incapacité à faire face, soit que l'individu se considère lui-même responsable (il s'agit du désespoir, *hopelessness*) ou qu'il considère un élément de l'environnement responsable (il s'agit alors de l'impuissance, *helplessness*),
- l'individu se perçoit comme moins intact, moins compétent, moins dans le contrôle, moins satisfait, moins capable de fonctionner que d'habitude,
- les relations avec autrui sont moins sécurisées ou gratifiantes,
- la perception de l'environnement extérieur ou de ses propres expériences diffère significativement des attentes basées sur les expériences réussies passées et elles ne semblent plus offrir un modèle utile pour le futur,
- il ressent une perte de continuité de la séquence passé-présent-futur et il se sent incapable de se projeter avec confiance dans l'avenir,
- il est sujet à revivre des souvenirs ou sentiments antérieurs à la période de lâcher-prise ou d'abandon.

1.1.2.2. Le syndrome de rupture sociale

Gruenberg (1967) a formulé l'existence d'un syndrome de rupture sociale⁴ qu'il retrouve fréquemment chez les patients hospitalisés en psychiatrie. Ce syndrome traduit une condition pouvant être présente, quel que soit le diagnostic évoqué et que Frank (1973) assimile à une forme de démoralisation. Il s'agit d'une crise de l'adaptation à l'environnement suivie de perturbations comportementales clairement identifiées. Il peut être aigu ou chronique. On peut également le retrouver chez des patients sans maladie sous-jacente, mais présentant des perturbations majeures dans leur vie.

Le syndrome de rupture sociale est un phénomène d'origine sociale. Il est l'une des réactions possibles à l'écart entre ce qu'une personne est capable de faire et ce que l'on attend de lui qu'il puisse faire. Ainsi, l'individu échoue initialement à remplir une demande extérieure, par exemple la demande de trouver un nouvel emploi ou la demande de changement formulée par un membre de sa famille. Cet échec ébranle l'image qu'il a de lui-même et, par conséquent il devient plus dépendant du monde extérieur immédiat pour savoir quoi penser ou comment se comporter. Les individus dans cet état deviennent de plus en plus indécis et impulsifs. Il en résulte une spirale négative d'actions et de réactions qui va conduire l'individu à s'exclure ou à être exclu de son environnement social habituel.

4. *social breakdown syndrome*, également traduit en syndrome d'effondrement social

Gruenberg explique que, dans ce contexte de rupture sociale, l'individu, confus, isolé et ayant perdu ces repères sociaux habituels est dans un état de suggestion unique. L'entrée à l'hôpital résout les conflits auxquels est confronté l'individu en lui assignant un nouveau rôle, une nouvelle identité, celui d'être malade ou handicapé.

Il est à noter que les formes extrêmes de ce syndrome correspondent aux descriptions actuelles du syndrome de Diogène et d'autres formes d'auto-exclusions sociales (Monfort *et al.*, 2010).

Bien que ces deux entités cliniques, le *giving-up given-up complex* et le syndrome de rupture social, se manifestent dans des champs différents et qu'elles aient connu des destins différents, elles entretiennent tout de même quelques points communs. Il y a tout d'abord l'idée d'un individu débordé, impuissant, ne pouvant accomplir ce qu'il souhaite ou ce qui est attendu de lui. Ces entités décrivent un abandon existentiel qui marque une rupture entre passé et futur. L'individu est contraint de vivre dans le présent, au jour le jour, ne pouvant se projeter dans le futur.

1.1.3. Un phénomène transversal

La démoralisation va, dans un premier temps, surtout être utilisée dans le cadre des réflexions sur l'épidémiologie psychiatrique et sur l'adéquation entre les besoins et l'offre de soins psychiatriques (Dohrenwend et Dohrenwend, 1982). Ce que l'on retient alors, c'est que la démoralisation est un phénomène transversal et transnosographique.

En effet, les instruments utilisés pour les grandes études épidémiologiques sont constitués de liste de symptômes simples et généraux d'anxiété et de dépression. Ces symptômes sont présentés sous forme de questionnaires qui proposent des fréquences de survenue dont l'addition produit un score final. Constatant que des scores élevés sur ces instruments ne se traduisent pas nécessairement par des troubles mentaux diagnostiquables, Dohrenwend et Crandell (1970) font l'hypothèse qu'ils mesurent en fait une dimension commune à toutes ces maladies. Ils l'assimilent à la démoralisation de Frank.

Cette détresse psychologique qu'ils décrivent comme non spécifique est fortement corrélée à une faible estime de soi, les sentiments d'impuissance et de désespoir, de crainte, d'anxiété, de tristesse et de confusion (Dohrenwend et Shrout, 1980). Il s'agit, pour eux, d'une dimension de la santé mentale qui à l'image de la température traduit une souffrance psychique profonde sans que cela soit nécessairement lié à un trouble mental.

Dans cette perspective, les auteurs hésitent à attribuer des propriétés plus précises à la démoralisation. Ce construit, qui a pourtant influencé profondément les réflexions sur les psychothérapies (Alarcon et Frank, 2012), manque, dans cette configuration, d'utilité clinique.

1.1.4. Un concept clé : l'incompétence subjective

De Figueiredo (1983b), élève de Frank, reprend les travaux sur la démoralisation et en affine le concept. Pour lui, les recherches sur la démoralisation sont importantes pour au moins trois raisons. Tout d'abord, la démoralisation permet de comprendre le lien qui existe entre maladie et handicap. Ensuite, elle aide à conceptualiser les difficultés d'un patient ainsi que leur impact sur les soignants et à diminuer les erreurs diagnostiques et les prescriptions médicamenteuses inadéquates. Enfin, et surtout, la démoralisation est un problème majeur de santé publique par sa fréquence et ses répercussions possibles sur les patients (de Figueiredo, 1983b).

À partir des travaux déjà réalisés sur la démoralisation, il identifie deux axes de conceptualisation de celle-ci : soit il s'agit d'une souffrance psychologique non spécifique, soit il s'agit d'un sentiment d'incapacité du sujet. Il nomme ce dernier sentiment *incompétence subjective*. Pour de Figueiredo, c'est la coexistence de ces deux dimensions qui constituent la démoralisation. Elles s'autoentretiennent et elles s'aggravent mutuellement. En d'autres termes, une détresse psychologique sévère peut éventuellement conduire à l'incompétence perçue, et si cette dernière s'inscrit dans la durée elle peut aboutir à l'apparition de la démoralisation. Elles peuvent également coexister avec d'autres troubles psychiatriques.

Ainsi, la définition de la démoralisation est l'association :

- d'une détresse psychologique qui peut se manifester par de la tristesse, de l'anxiété, de la colère, du ressentiment ou une combinaison de ces éléments,
- et d'une incompétence subjective.

L'incompétence subjective est véritablement pour lui le concept clé de la démoralisation. Elle correspond à l'incapacité, perçue par le patient, à agir ou résoudre un problème alors que cela même lui semble être indispensable pour sortir de la situation de stress dans laquelle il se trouve. Ceci alimente ses craintes d'un avenir terrible et ses doutes quant au fait de pouvoir réaliser ses projets de vie. L'individu démoralisé est indécis, incertain, perplexe ; il a le sentiment d'être piégé, dans une impasse, dans un cul-de-sac.

Cette notion d'incompétence subjective s'appuie notamment sur les travaux de Klein *et al.* (1980) qui avaient décrit un sentiment d'incapacité qui est éprouvé par une personne en situation de difficulté pour faire face de façon adaptée et efficace à une situation de stress. L'existence de ce sentiment de difficulté était l'un des éléments permettant de faire la distinction entre la démoralisation et la dépression endogène.

La démoralisation, pour de Figueiredo et Frank (1982), ne peut survenir que si l'une de ces deux conditions est réunie :

- lorsque les attentes de l'individu concernant l'estime de soi sont mises à mal par une situation stressante,
- ou lorsque les liens sociaux sont inadéquats, car ceux-ci sont porteurs de valeurs.

Ces deux éléments traduisent une atteinte au sein de l'*Umwelt*. De Figueiredo emploie le concept d'*Umwelt* qui définit le monde ambiant d'un individu. Cet *Umwelt* peut être vu comme un système en évolution fait des connexions significatives entre l'individu et son environnement. Au sein de cet *Umwelt*, s'élaborent et interagissent les évaluations de l'individu par rapport à ses capacités, ses attentes par rapport au futur, les valeurs qu'il partage avec ses proches, ses sentiments et son interaction symbolique avec la société.

Dans une perspective phénoménologique, de Figueiredo s'appuie sur les travaux de Klein *et al.* (1980) sur la dépression endogène qu'ils avaient différenciée de la démoralisation. La démoralisation se caractérise par un rapport au plaisir et à la motivation différent de la dépression (de Figueiredo, 1993) :

- dans la démoralisation, les capacités de plaisir anticipatoire n'existent plus alors que les capacités de plaisir consommatoire sont conservées ; dans la dépression, tant le plaisir consommatoire qu'anticipatoire sont mis à mal,
- la motivation peut être conceptualisée comme un vecteur constitué d'une force et d'une direction ; dans la démoralisation, la direction n'existe pas, traduisant la vision d'un futur incertain, tandis que la force, la capacité énergétique, du patient est conservée ; au contraire dans la dépression, la force, l'énergie n'existe plus.

Pour cet auteur, il s'agit d'un concept voisin d'autres construits psychologiques tel que celui de maîtrise (Caplan, 1964), de locus de contrôle (Rotter, 1966), d'incompétence apprise (Seligman, 1975) et d'auto-efficacité (Bandura, 2003).

Pour de Figueiredo (2013a), la démoralisation est donc un état de détresse émotionnelle à l'image du deuil : normale. Néanmoins, il soutient que la démoralisation devrait bénéficier de critères diagnostiques dans les classifications psychiatriques, non pas dans

le but d'être reconnue comme entité pathologique, mais dans celui d'attirer l'attention des cliniciens et, plus prosaïquement, de permettre sa prise en charge financière.

1.1.5. Une détresse existentielle

Clarke et Kissane (2002), exerçant dans une unité de psychiatrie de liaison, notamment auprès de patients souffrant de cancer, estiment que la démoralisation est un concept d'importance centrale dans la pratique psychiatrique et devrait avoir une place dans les taxinomies actuelles.

En accord avec de Figueiredo, ils considèrent que la démoralisation est plus qu'une simple détresse aspécifique. Il s'agit d'un syndrome clairement défini de *détresse existentielle* survenant chez les patients souffrant de maladies somatiques ou mentales.

L'idée centrale de la démoralisation est le sentiment d'être pris au piège, de ne pas savoir quoi faire, de se sentir impuissant. Cette idée correspond à une rupture des capacités de coping (*breakdown of coping*), inscrivant ainsi la démoralisation dans le cadre du modèle stress et coping de Lazarus et Folkman (1984). Ce coping permettant le contrôle de la détresse, sa perte entraîne une dérégulation de la détresse se traduisant par le sentiment d'impuissance.

Cette capacité de coping est étroitement liée à l'espoir. Pour eux, l'espoir est le contraire de la démoralisation, arguant que l'espoir est orienté vers le futur et chargé d'attente, permettant à l'individu de se projeter dans un avenir, sinon certain, tout du moins possible. Cela permet à un individu de trouver des valeurs et du sens lorsque les circonstances de vie deviennent difficiles. Cet espoir peut être général ou spécifique à une situation.

Plus précisément, un événement stressant va mettre un individu dans une situation où le futur est perçu comme incertain, dégradant ainsi à la fois les capacités et l'espoir de changer cette situation. Initialement centrée sur une situation ou une dimension existentielle, cette situation peut s'étendre, contribuant ainsi à une augmentation de la démoralisation.

La démoralisation représente une détresse existentielle dont il existe une approche dimensionnelle (voir figure 1.1) allant du découragement (non pathologique) au désespoir et à la démoralisation (pathologique). Néanmoins, Kissane *et al.* (2001) ont décrit un syndrome de démoralisation avec des critères diagnostiques précis dans le but de faciliter son repérage :

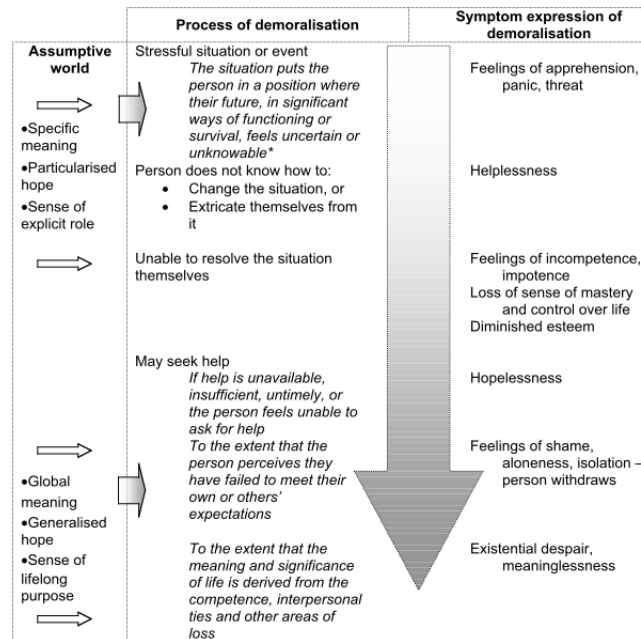


FIGURE 1.1. – Modèle de la démoralisation par Clarke et Kissane (2002)

1. symptômes affectifs de détresse existentielle, incluant les pertes d'espoir, de sens et de but dans la vie,
2. attitudes cognitives de pessimisme, d'impuissance, de sentiment d'être piégé, d'échec personnel ou d'un futur qui n'en vaut pas la peine,
3. absence conative de force ou de motivation à agir différemment,
4. éléments associés d'aliénation sociale, d'isolation ou de manque de support,
5. ces éléments persistent au moins deux semaines, avec des fluctuations émotionnelles possibles,
6. un épisode dépressif majeur, ou un autre trouble psychiatrique, n'est pas présent initialement.

Ces auteurs sont revenus très rapidement sur le dernier critère (Clarke et Kissane, 2002), qui ne correspondait pas à leurs observations cliniques, le syndrome de démoralisation peut donc coexister avec un épisode dépressif majeur, un trouble psychotique ou un trouble de la personnalité.

Cette conceptualisation de la démoralisation se trouve à l'intersection de différentes problématiques et pratiques en psychiatrie. Elle est utilisée pour comprendre les différentes dimensions de la souffrance psychique dans l'expérience de la maladie (Rafanelli *et al.*, 2013) et le lien qu'elle peut entretenir avec le désir de mourir (Slavney, 1999), le

besoin en soins des migrants (Briggs et Macleod, 2006), la frontière entre souffrance normale et pathologique (de Figueiredo, 2013a), la nature de la dépression (Clarke, 2012) ou la place de la psychothérapie dans le soin (Griffith, 2013). Sa nature, sa place dans la nosographie psychiatrique, ses modélisations cognitives et ses implications thérapeutiques sont sujettes à débat (Parker, 2004). Néanmoins, les réflexions autour de la démoralisation convergent autour de l'idée qu'il s'agit d'une détresse existentielle. Elle décrit l'expérience de vie de celui qui ne peut plus se projeter dans un futur incertain, qui est bloqué dans le présent. Dans la littérature sur la démoralisation, l'espoir est un concept central et il s'associe à des termes comme impuissance, désespoir, perte de sens et de but dans la vie, capacité à faire face ou encore honte (Clarke et Kissane, 2002).

1.2. Étiopathogénie

La recherche sur la démoralisation est portée par différents auteurs qui, par leur expérience clinique et leur parcours scientifique propre, ont des visions différentes de celle-ci. Par conséquent, il n'émerge pas de la littérature sur le sujet, pour le moment, de modèle étiopathogénique consensuel ou même approfondi de la démoralisation. Des concepts proches sont tout de même mis en avant : le coping, l'impuissance apprise, le locus de contrôle et l'auto-efficacité.

1.2.1. Le coping

Le coping est un concept relativement récent, ce terme est apparu dans la littérature en 1966, dans un ouvrage de Lazarus, désignant un ensemble de réactions et de stratégies élaborées par les individus pour faire face à des situations stressantes. Les diverses façons de concevoir comment l'individu *fait face* (*cope*) aux demandes de l'environnement ont donné lieu à de nombreux travaux, depuis le modèle animal de l'adaptation (deuxième moitié du XIXème siècle), vers une approche transactionnelle en passant par le coping comme mécanisme de défense - inconscient - issu de la Psychologie du Moi (fin du XIXème siècle).

Lazarus et Folkman (1984) ont défini le coping comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeant déployé pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources ». Le stress est quant à lui défini comme une « transaction particulière entre un individu et une situation dans laquelle celle-ci est évaluée comme

débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être ». Il s'agit avant tout d'une expérience personnelle qui a conduit à parler de stress perçu et non plus simplement d'événement de vie stressant (Chabrol et Callahan, 2004). On se trouve dans le cadre d'une conception transactionnelle du stress et du coping qui ne sont ni des caractéristiques de la situation ni des caractéristiques des individus, mais des processus impliquant des actions réciproques entre sujet et environnement (l'individu pouvant modifier et être modifier par la situation). Ces stratégies sont élaborées pour tenter de maîtriser les situations répulsives et/ou pour réduire la détresse induite par ces situations.

La réponse de coping dépend de l'expérience passée de l'individu, de ses apprentissages, de ses compétences, de la mémorisation de ses échecs, de l'auto-évaluation, de sa capacité à répondre à la demande (Sordes-Ader *et al.*, 1997). Ces éléments influencent l'évaluation subjective d'une situation stressante (stress perçu) et des propres ressources (contrôle perçu) d'un individu et de la réponse qu'il va élaborer. Le coping est un concept multidimensionnel, impliquant des dimensions cognitives (évaluation de la situation stressante, évaluation de ses ressources, recherche d'informations, etc.), affectives (expression ou répression de la peur, de la colère, de la détresse) et comportementales (résolution de problème, recherche d'aide, etc.).

Plus qu'un voisinage pour Clarke et Kissane (2002), la démoralisation est véritablement une rupture dans les capacités de coping. C'est ainsi un concept important dans la description de l'étiopathogénie de la démoralisation où il est souvent associé à un questionnement existentiel (Griffith, 2013).

1.2.2. Le locus de contrôle

Rotter (1966) a conceptualisé la notion de locus de contrôle. Il s'agit de processus, parfois appelés traits de personnalité secondaires qui sont mis en place par chaque individu en fonction des situations vécues, et qui peuvent être influencés et modifiés par de nouvelles expériences.

La notion de locus de contrôle a été développée dans le cadre des théories de l'apprentissage social, qui considèrent que les renforcements et les attentes sont les deux facteurs qui déterminent l'engagement du sujet dans une situation. Les attentes vont être fonction de caractéristiques individuelles comme le degré de contrôle interne, propre au sujet, et externe, tout ce qui n'est pas propre au sujet. Il traduit le degré de relation causale que les individus établissent entre leurs conduites et/ou leurs caractéristiques personnelles

(traits, aptitudes, attitudes) et les renforcements positifs et négatifs qu'ils perçoivent, c'est-à-dire ce qui leur arrive ou doit leur arriver dans la vie.

Concrètement, les individus fonctionnant en attribuant un lieu de contrôle externe aux événements ont l'impression d'être tributaires de ceux-ci et de ne pas pouvoir influencer leur cours. Ils pensent que la situation de vie qu'ils traversent est le fait d'une force inconnue immatérielle de leur environnement plutôt que la résultante de leur propre influence. Ils n'ont aucun contrôle de la situation. Ainsi, ils ont tendance à avoir des schémas de pensées stéréotypés les amenant à se dire de façon récurrente lors de situations désagréables : « les mauvaises choses n'arrivent qu'à moi » et blâment ensuite les autres pour ça. De la même façon, les événements positifs sont attribués à la chance plutôt qu'à leur capacité de réussite. Les sujets externes sont donc plus dépendants et ont davantage tendance à renoncer.

Au contraire, les personnes attribuant un locus de contrôle interne ont l'impression d'être à l'origine de ce qui leur arrive, pensent avoir la possibilité d'influencer (de façon positive ou négative) les événements de leur vie et ont tendance à s'autoaccuser. Cependant, les sujets internes sont généralement plus persévérants, plus confiants, plus indépendants et résistent mieux à l'échec, en comparaison des sujets externes.

Généralement lorsque de tels mécanismes sont à l'œuvre, ils sont accompagnés de pensées négatives, d'anxiété, de frustrations, de colères et de découragement qui aboutissent finalement à un état transitoire de démoralisation ou, s'il s'inscrit dans la durée, à une démoralisation plus intense et durable.

1.2.3. L'impuissance apprise

Proposée initialement par Seligman (1975), la théorie de l'impuissance apprise évoluera en *théorie de manque d'espoir ou de désespoir* (Abramson et Metalsky, 1989).

Ce concept part d'une expérience montrant que face à des petites décharges électriques incontrôlables, un animal finit par s'installer dans l'apathie et la résignation. Seligman (1975) constate trois principales conséquences à cette situation expérimentale de non-contrôle :

- la difficulté progressive à faire le lien entre les actions posées et leurs conséquences,
- une forte baisse de motivation,
- une majoration des symptômes dépressifs.

Il s'agit d'un état psychologique, résultat d'un apprentissage dans lequel le sujet fait l'expérience de son absence de contrôle sur les événements survenant dans son environnement (peu importe la valence positive ou négative de celui-ci). Cette expérience répétée conduirait le sujet à adopter une attitude résignée ou passive. Cette impuissance est apprise, car elle se généralise même aux situations dans lesquelles l'action du sujet aurait pu être efficace. Peu à peu, l'individu développe un affect dépressif qui tendra à se majorer au fil des expériences de vie, quelles qu'elles soient.

Ces notions sont reprises plus particulièrement par Kissane. Cependant pour de Figueiredo et Frank (1982), cette notion se distingue de la démoralisation. À l'exemple du fataliste qui, bien que ne ressentant pas d'incompétence, se sent impuissant.

1.2.4. Auto-efficacité

La théorie de l'auto-efficacité définie par Bandura (2003) entre dans le cadre théorique plus large de la théorie sociale cognitive. Le sentiment d'auto-efficacité constitue la croyance que possède un individu en sa capacité de produire ou non une tâche. Plus grand est le sentiment d'auto-efficacité, plus élevés sont les objectifs que s'impose la personne et l'engagement dans leur poursuite. Le système de croyances qui forme le sentiment d'efficacité personnelle est le fondement de la motivation et de l'action, et ainsi, des réalisations et du bien-être humains. Ainsi, pour lui, « si les gens ne croient pas qu'ils peuvent obtenir les résultats qu'ils désirent grâce à leurs actes, ils ont bien peu de raisons d'agir ou de persévérer face aux difficultés ».

Pour de Figueiredo et Frank (1982), le sentiment d'auto-efficacité ne se confond pas totalement avec celui d'incompétence subjective. L'incompétence subjective a plus trait à la croyance de comment le comportement va permettre d'atteindre un certain résultat plutôt qu'à son évaluation.

1.3. Clinique de la démoralisation

1.3.1. Quelles plaintes ?

La question de la constitution de syndrome de démoralisation pose la question des symptômes qui le définit. Si ses descriptions sont fortement colorées par la pratique de l'auteur (psychiatrie de liaison, psychiatrie interculturelle, psychosomaticien ou encore

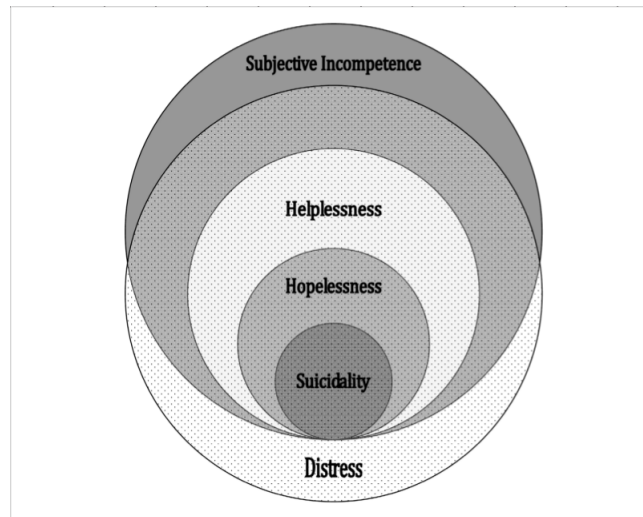


FIGURE 1.2. – Lien entre démoralisation, impuissance et désespoir d'après de Figueiredo (2013a)

psychothérapeute), certaines plaintes singularisent véritablement la démoralisation (voir figure 1.2).

1.3.1.1. L'incompétence subjective

L'incompétence subjective peut être définie comme « le sentiment d'être piégé ou bloqué du fait d'une incapacité à planifier et à initier une action orientée vers un ou plusieurs buts » (de Figueiredo et Frank, 1982).

Les personnes qui l'expérimentent se sentent indécises, perplexes, incertaines et font donc face à un vrai dilemme. L'incompétence subjective renvoie directement à la perte de contrôle dans une situation donnée et aux conséquences que cela peut avoir pour un individu sur sa capacité à réagir. Les individus éprouvant de l'incompétence subjective n'ont aucune idée d'où aller ensuite et de quoi faire pour s'en sortir. Ils se sentent piégés ou bloqués parce qu'ils ont le sentiment d'être incapables de faire ou initier une action efficace.

De Figueiredo en fait son principal sujet d'étude. Pour compléter les travaux de Dohrenwend, il a développé une échelle d'incompétence : la *subjective incompetence scale*. En effet, l'incompétence subjective étant pour lui la marque de la démoralisation, il lui a semblé capital de pouvoir la repérer sous tous ses aspects.

Les différents aspects explorés par cette échelle sont :

- l'incapacité perçue à pouvoir planifier et/ou initier une action orientée vers un but,

- le sentiment récurrent d'indécision, d'incertitude, d'avoir à faire face à un dilemme à chaque nouvelle situation,
- l'incapacité à trouver la solution appropriée au problème,
- avoir déjà eu l'expérience de s'être senti incapable d'agir et de faire face,
- la généralisation de son sentiment d'incapacité à toute nouvelle situation qui pourrait se présenter,
- le sentiment que même les autres ne pourraient trouver de solutions,
- se sentir alors bloqué et incapable de gérer et de faire même les choses simples du quotidien, ses activités habituelles, du fait de n'avoir pas su affronter la difficulté,
- rechercher si a posteriori, l'expérience vécue a pu servir de renforcement positif ou non sur son sentiment d'aptitude à faire face actuellement et à l'avenir.

Cette échelle est construite de telle façon à montrer comment le vécu d'impuissance tend à se généraliser.

Boursier-Akrout (2012) a souligné sept facteurs impliqués dans le sentiment de contrôle et de pouvoir sur un événement : les aptitudes physiques, l'estime de soi, la capacité énergétique individuelle, les connaissances, la motivation et le système de croyances. L'altération de l'un de ces facteurs peut entraîner un sentiment d'impuissance.

1.3.1.2. Le sentiment d'impuissance

Il s'agit d'un état psychologique et subjectif qui correspond à l'impression que ses actes sont sans effet, au sentiment d'être désarmé devant une situation courante ou un événement immédiat.

Il existe deux sortes de sentiments d'impuissance :

- le sentiment d'impuissance chronique qui affecte la vision de l'avenir, les ambitions, le mode de vie, les attitudes et les relations interpersonnelles,
- le sentiment d'impuissance situationnelle qui apparaît lorsqu'une personne sent qu'elle n'a aucun pouvoir sur un événement précis ou une situation donnée.

Le sentiment d'impuissance se distingue de la perte d'espoir. La personne désespérée ne voit aucune solution à son problème ou aucun moyen d'obtenir ce qu'elle désire, quand bien même elle conserve un sentiment de maîtrise de sa vie. La personne impuissante peut avoir une solution à son problème, mais se sent incapable d'agir parce qu'elle a

l'impression de ne pas maîtriser son destin ou de ne pas avoir les ressources nécessaires pour y parvenir.

Dès les premières descriptions, tous les auteurs qui se sont intéressés à la démoralisation ont mis en avant le sentiment subjectif d'impuissance. C'est-à-dire qu'à un moment donné, face à une situation répulsive et stressante, l'individu mis en difficulté dans tous les aspects de sa capacité à pouvoir y faire face, s'il est dépassé, va éprouver ce sentiment.

Cela semble être constant et reproductible selon les approches utilisées. Ainsi, pour Klein *et al.* (1980) :

« L'un des aspects des pathologies psychiatriques qui n'était pas clairement compris est la démoralisation. La démoralisation est la croyance d'un individu en son inefficacité, engendrée par une sévère défaite dans sa vie. C'est un changement dans l'image de soi (le complexe d'attitudes et d'évaluations envers soi) en direction de l'impuissance. N'importe quelle défaite dans la vie peut entraîner de la démoralisation ».

1.3.1.3. Perte d'espoir, désespoir et suicidalité

L'espoir désigne un futur ambigu et riche de possibilités. Il est une condition de l'existence humaine. C'est à ce titre que les auteurs existentialistes s'y sont intéressés. Pour eux, l'espoir fait référence au refus de vivre l'intolérable en tant que finalité.

L'espoir a trait aux probabilités d'atteindre ses buts, il évoque le possible et représente un facteur de motivation important. La perte d'espoir apparaît alors comme l'ensemble d'expectatives, d'attentes négatives à propos de soi, du passé et de l'avenir. Puis peu à peu, le lien entre espoir et santé physique et mentale s'est fait. Hoffmann *et al.* (2000) ont alors défini la perte d'espoir comme « un état cognitivo-affectif, au cours duquel le patient perçoit sa maladie et ses conséquences comme hors de contrôle, se sent impuissant et a renoncé à envisager une évolution favorable ». Il serait la conséquence d'un vécu de perte de contrôle et d'impuissance prolongées, qui a fini par altérer l'intégrité de l'estime de soi, conduisant l'individu à la conviction d'incompétence subjective puis à la perte d'espoir.

Le risque suicidaire est évoqué dans la littérature comme l'élément le plus grave de la démoralisation. Il survient du fait du désespoir, élément partagé par la démoralisation et la dépression. Le désespoir contribue, indépendamment de la dépression, aux idéations suicidaires (Beck *et al.*, 1975). C'est ce risque suicidaire qui fait de la démoralisation une entité clinique grave. Le sentiment de perte de sens, tel qu'exprimé par le syndrome de

démoralisation, est également un facteur médiateur de la suicidalité qui vient souligner l'importance clinique de la démoralisation à côté de la dépression (?).

1.3.1.4. Apathie et perte de motivation

La motivation peut être comparée à une force mettant en mouvement l'être humain, elle peut ainsi se définir selon deux paramètres : son intensité et sa direction.

Dans la dépression, comme dans la démoralisation il existe une inhibition liée à la perte de motivation, qui se manifeste par ce que l'on nomme classiquement de l'apathie chez les sujets déprimés. Cette apathie s'exprime néanmoins différemment dans ces deux entités cliniques :

- dans la démoralisation, elle résulte directement du sentiment d'incompétence subjective, qui agit sur le paramètre direction ; l'individu garde l'énergie, mais l'incapacité à agir et à choisir une direction le bloque totalement. Il s'agit ici d'une perte d'initiative, ne répondant donc pas aux critères de l'apathie,
- au contraire dans la dépression, le paramètre altéré est le paramètre énergie ; bien que sachant vers quoi il tend, l'individu déprimé ne trouve pas les ressources nécessaires pour le mettre en œuvre (de Figueiredo, 1993). On observe chez ces patients déprimés ce qui caractérise l'apathie : la perte de motivation ou d'initiative associée à la perte d'intérêt et à un émoussement affectif.

Cette perspective phénoménologique est un élément central qui permet de différencier la dépression de la démoralisation.

1.3.1.5. La dysphorie

La dysphorie vient du grec et signifie *difficile à supporter*. Elle désigne une perturbation de l'humeur caractérisée par un sentiment déplaisant et dérangent de tristesse, d'anxiété, de tension et d'irritabilité. On parle alors d'humeur dysphorique. Celle-ci est généralement labile. La dysphorie peut être expérimentée au cours de nombreuses pathologies psychiatriques (dépression, trouble bipolaire, trouble anxieux, trouble psychotique, etc.) mais également en réaction aux événements de vie douloureux tels que les deuils ou les maladies.

Dès ses premières descriptions, Frank met en avant la place de ces symptômes qui souvent d'ailleurs étaient le motif premier de consultation. La présence de cette dysphorie, expression aspécifique de la détresse psychologique, est un facteur de confusion entre

démoralisation et dépression. Pour Tellegen *et al.* (2006), dans la lignée des travaux de Dohrenwend et Shrout (1980), cette dysphorie se confond d'abord avec la démoralisation. Cet affect s'exprime avec des descriptifs tels que la tristesse, la colère, le dégoût, la peur, la honte, la culpabilité et le mépris.

1.3.1.6. Les plaintes somatiques

La somatisation est la tendance à communiquer et vivre une détresse psychologique par l'intermédiaire de symptômes physiques.

Une personne démoralisée peut venir consulter avant tout pour une plainte somatique. Il peut s'agir de céphalées, de maux de ventre, de lombalgies, etc. Tous ces symptômes sont fréquemment rapportés dans les situations occasionnant une perte de contrôle, un sentiment d'impuissance ou de désespoir. La plainte somatique peut être une des formes privilégiées d'expression de la démoralisation ainsi que le montrent les recherches sur les populations de migrants (Briggs *et al.*, 2007) ou en centre de soins primaires (Ferrari *et al.*, 2008).

Par ailleurs, à l'inverse, tant la douleur qu'un grand nombre de problèmes physiques sont liés à un plus grand taux de démoralisation (Vehling *et al.*, 2013).

1.3.1.7. Autres plaintes

De nombreuses autres plaintes sont associées aux descriptions de la démoralisation. Les auteurs insistent diversement sur leurs importances et leurs places dans les processus de démoralisation. Ainsi, on retrouve des notions importantes comme la honte, la culpabilité, la perte de sens, le sentiment d'inutilité et le repli.

1.4. La progression clinique de la démoralisation

La démoralisation ne représente pas un état statique, mais un processus dynamique (voir tableau 1.1).

Ainsi, pour de Figueiredo (2013b), lorsque l'intensité ou la durée d'une situation stressante augmente, l'incompétence subjective peut éventuellement se transformer en impuissance. L'individu se sent incapable de changer la probabilité de survenue d'une situation, mais estime que le changement est possible. Dans certains cas, l'individu impuissant deviendra désespéré, il considérera alors qu'il ne peut survenir d'événements

Situation stressante → Appréhension, panique, menace	<i>Une démoralisation</i>
↓	<i>sévère mène à une</i>
Ne pas savoir quoi faire → Impuissance, “incapable de faire face”	<i>perte de ...</i>
↓	
Aide indisponible → Perte d’espoir	Espoir
↓	
Incapable de résoudre une situation → Incompétence, diminution de l’estime de soi	Valeur
↓	
Échec des attentes → Honte, solitude, déconnection	But
↓	
Perte de sens et but → Désespoir, absurdité de la vie	Sens

Table 1.1. – Le processus de démoralisation d’après Clarke (2012)

positifs, seulement des événements négatifs. Cette cascade culmine en un sentiment de détresse existentielle, d’absence de sens (*meaningless*) et au suicide. Comme le désespoir est toujours un ensemble de l’impuissance, sa survenue implique toujours l’existence de l’impuissance (Abramson et Metalsky, 1989). L’impuissance n’est pas listée ou requise dans le diagnostic d’épisode dépressif majeur, de la dysthymie ou du trouble de l’adaptation avec humeur dépressive. Le désespoir est dans le DSM-IV TR comme une manifestation du trouble dysthymique, mais les recherches ont montré que le désespoir est un état mental distinct de la dépression.

Dans les stades avancés d’une maladie physique, le désespoir est associé avec la démoralisation, un bien-être spirituel détérioré et une faible qualité de vie (Kissane *et al.*, 2004; McLeod et Clarke, 2007). L’apparition du désespoir entraîne un changement drastique du monde présumé (*Umwelt*) du patient (de Figueiredo, 2013a).

La démoralisation représente une détresse existentielle dont il existe une approche dimensionnelle allant du découragement (non pathologique) au désespoir et à la démoralisation (pathologique).

Pour de Figueiredo (2013a), les différentes formes cliniques décrites par les auteurs proviennent probablement du fait qu’ils ont capturé des moments particuliers du processus de la démoralisation. Les patients de Frank étaient probablement dans une démoralisation modérée, tandis que ceux d’Engel et de Caplan représentaient des formes plus sévères. Le *social breakdown syndrome* représentant probablement une forme particulière de démoralisation chez le schizophrène en l’absence de traitement.

1.5. Diagnostics différentiels

1.5.1. Trouble de l'adaptation

Le trouble de l'adaptation se définit comme le développement de symptômes dans les registres émotionnels et comportementaux, en réaction à un ou plusieurs facteurs de stress identifiables, au cours des trois mois suivants la survenue de celui-ci. Cliniquement, il existe soit une souffrance marquée, plus importante qu'il n'était attendu en réaction à ce facteur de stress, soit une altération significative du fonctionnement social et professionnel.

Cette définition du trouble de l'adaptation peut sembler proche de celle de la démoralisation, d'autant plus s'il s'agit d'un sous-type avec humeur dépressive et /ou anxiété.

Pour de Figueiredo (2013a), la principale différence réside dans la spécificité des symptômes affectifs et notamment dans l'existence du sentiment d'incompétence subjective dans la démoralisation. Slavney (1999) pense quant à lui que la démoralisation se distingue du trouble de l'adaptation car elle est une réaction adaptée à un facteur de stress. Jacobsen *et al.* (2007) pensent quant à eux que c'est la sévérité qui distingue le mieux les deux troubles.

Selon de Figueiredo (2013a), les individus démoralisés sont parfois incorrectement diagnostiqués comme souffrant d'un trouble de l'adaptation ou épisode dépressif non autrement spécifié du fait que la démoralisation n'est pas un diagnostic du DSM-IV TR. Il est fréquemment reproché au trouble de l'adaptation de manquer de consistance clinique, d'être difficile à distinguer des autres troubles, et d'être dépourvu de traits psychométriques ou neurobiologiques spécifiques. L'un de ses problèmes majeurs tient au fait qu'il s'agit d'un diagnostic d'exclusion qui chevauche les formes mineures des troubles anxiodépressifs. La durée supérieure à 6 mois est peu respectée. Enfin, il requiert le jugement arbitraire que la détresse éprouvée par le patient est excessive par rapport à ce qui est attendu.

1.5.2. Épisode dépressif majeur

Maisondieu (2010), que nous retrouverons dans notre partie sur la précarité, décrit richement ce que peut être la différence entre démoralisation et dépression :

« Le désespéré sort de son désespoir dès qu'il cesse d'être accablé de malheurs, le déprimé, non. Il aura besoin d'un traitement pour retrouver sa joie de vivre. « Alors que l'humeur normale oscille de la tristesse à la gaieté en fonction des stimulations du milieu, l'humeur dépressive est indépendante du milieu », comme l'écrivait Yves Pélicier. Le désespoir lui, est en lien étroit avec le milieu. C'est un état douloureux, éventuellement suicidogène, comme l'est également le deuil, alors que la dépression est un état toujours pathologique. [...]

Il faut prendre soin des désespérés, il faut soigner les déprimés. C'est dire que distinguer un désespoir d'une dépression est d'une grande importance pratique. Mais c'est loin d'être aisé parfois. L'important est de garder présent à l'esprit que les deux états existent et que, s'ils peuvent être très semblables sur le plan clinique, ils sont radicalement différents dans leur genèse. Une dépression ne guérit pas avec de bonnes paroles fussent-elles psychothérapeutiques, le recours à des antidépresseurs est à peu près inévitable pour la faire disparaître. Le désespoir, lui, peut s'atténuer voir disparaître parce que l'interlocuteur du désespéré a su entendre le message, en accepter le contenu et lui apporter une réponse suffisamment empathique pour qu'il se sente soulagé. »

Clarke (2012) estime que les définitions actuelles de la dépression sont inadéquates pour guider les cliniciens dans leurs approches thérapeutiques. Elles ignorent le contexte psychosocial des symptômes dépressifs, les expériences éprouvées par le patient et en conséquence les processus à l'œuvre. La dépression telle qu'elle est construite par le DSM est trop vaste, ce qui conduit à des traitements identiques pour des types de dépressions différentes, des difficultés pour établir la frontière normale/pathologique, des confusions entre des problématiques très différentes. Il se plaint notamment du fait que la dépression est phénoménologiquement identifiée à une lignée mélancolique avec pour symptômes principaux l'anhédonie, la non-réactivité de l'humeur et au ralentissement psychomoteur. Cette conception correspond à l'ancienne dépression endogène, et elle a l'avantage de bien répondre aux antidépresseurs. Il est donc important pour Clarke d'identifier et de reconnaître les sous-types de dépression.

Pour lui, la démoralisation n'est ni un trouble de l'adaptation ni une dépression mineure. Il s'agit d'un sous type de la dépression, tout comme peut l'être la mélancolie, et un problème *per se*. Les caractéristiques de la démoralisation – les sentiments de

désespoir, d'inutilité et d'impuissance – bien que considérées comme importantes dans le diagnostic de la dépression ne sont pas présentes dans les critères du DSM-IV TR.

Le raisonnement de Clarke s'appuie sur l'expérience de la dépression dans le contexte des pathologies somatiques. La dépression est en effet fréquente chez les personnes atteintes de maladies avec des taux moyens de 20 à 30 %. Elle est également présente dans un grand nombre de pathologies différentes et impacte leur évolution : cancer, infarctus de myocarde, maladies rénales... Avec son équipe, il a réalisé deux études dans lesquelles ils ont mesuré un large éventail de symptômes et d'expériences dans deux cohortes de patients en soins, puis les ont soumis à des analyses statistiques. Dans les deux études (Clarke *et al.*, 2003, 2005), trois syndromes distincts ont pu être mis en évidence : le deuil, la dépression anhédonique et la démoralisation. Le deuil est caractérisé par le sentiment de perte, accompagné de ruminations autour de cette perte, de reviviscences, de pleurs et de regrets. La dépression anhédonique correspond à une incapacité à éprouver du plaisir et en une perte d'intérêt. La tristesse est permanente et ne dépend pas de l'environnement. Enfin, la démoralisation, qui est dans leur étude le sous-type dépressif le plus fréquent, correspond à l'expression de sentiment d'impuissance et de perte d'espoir. Bien qu'étant incapables de se projeter dans un plaisir anticipatoire, les patients démoralisés sont encore capables d'éprouver du plaisir dans le moment présent (voir Tableau 1.2).

Tant la démoralisation que la dépression se caractérisent par une souffrance psychique, une tristesse et des signes associés (troubles de l'appétit, du sommeil, anxiété, etc.). Au point de vue théorique, de Figueiredo (2007) insiste sur plusieurs éléments phénoménologiques pour pouvoir les différencier (voir Tableau 1.3). Le premier est celui de la capacité hédonique. Dans la dépression, le patient est anhédonique, il est incapable d'éprouver du plaisir dans le moment présent. Dans la démoralisation, au contraire, cette capacité est conservée, mais se projeter dans des activités permettant d'éprouver du plaisir est impossible. Le second élément est celui de la motivation. Cockram *et al.* (2009) formalise ce point ainsi : la motivation peut être conceptualisée comme un vecteur avec une direction et une magnitude. Dans la dépression, la magnitude est atteinte (perte d'énergie) tandis que dans la démoralisation, c'est la direction qui est atteinte. Enfin, Jacobsen *et al.* (2007) ajoute que dans la démoralisation, les signes neurovégétatifs de la dépression ne sont pas présents.

L'hypothèse faisant de la démoralisation une entité clinique différente de la dépression est l'hypothèse qui a été la plus testée. Par exemple, Mangelli *et al.* (2005) ont mesuré la

	Dépression anhédonique	Démoralisation (dépression désespérée)	Stress posttraumatique	Deuil
Affect/humeur prédominante	Déprimé, triste, sombre, maussade Perte de la réactivité de l'humeur	Tristesse (perte de la joie/plaisir) dans les circonstances présentes et pour le futur Humeur réactive	Anxiété Liée à des souvenirs, des rappels ou des conséquences de l'événement	Affligée (triste) Tristesse attribuée à la perte de l'objet Anxiété / anxiété de séparation
Ton hédonique	Anhédonie envahissante et persistante (perte de la joie et du plaisir)	Capacité à éprouver du plaisir maintenue	Capacité à éprouver du plaisir dans le présent en partie maintenue	Capacité à éprouver du plaisir dans le présent en partie maintenue
Volition	Perte profonde de la motivation et du dynamisme	Motivation à l'action compromise par des sentiments d'incompétence et de futilité	Non étudiée systématiquement Inhibée spécifiquement par rapport au traumatisme Globalement réduite si désespoir	Non étudié systématiquement Facultés affaiblies par la fatigue et dépréciation intermittente
Sens de soi	Diminution de la perception et de l'estime de soi (sentiment d'une « perte du soi »)	Perte de compétence (de savoir ce qu'il faut faire)	Peuvent se sentir fondamentalement changer du soi avant le traumatisme	Perception du soi intact mais peut-être épuisé par la perte
Pensées	Pensées centrées sur soi, sa situation et son état désolant	Désespoir	Souvenirs de l'événement traumatisant	Pensées et souvenirs autour de la personne (ou de l'objet perdu)
Comportement	Agité ou ralenti	Constraint par les circonstances, effort bloqué	Évitement et retrait	Se projette Aspire à retrouver la personne perdue, à la recherche des autres, désirs de parler

Tableau 1.2. – Types de détresses chez les patients atteints de pathologies somatiques d'après Clarke (2012)

	Incompétence subjective	Dépression endogène	Démoralisation
Détresse	Absent	Présent	Présent
Sommeil	Normal	Habituellement anormal	Habituellement normal
Appétit	Normal	Habituellement anormal	Habituellement normal
Direction de l'action	Inconnu	Habituellement connu	Inconnu (problème majeur)
Magnitude de la motivation	Normale	Faible (problème majeur)	Habituellement normale
Source de détresse perçue	Aucune	A l'intérieur de soi	A l'extérieur de soi

Tableau 1.3. – Différences entre incompétence subjective, dépression endogène et démoralisation (de Figueiredo, 1993)

prévalence de la dépression et de la démoralisation chez 807 patients hospitalisés (gastrologie, cardiologie, endocrinologie et oncologie). 30.4 % des patients sont diagnostiqués comme démoralisé, 16.7 % comme déprimés. Ces deux entités ne sont pas identiques, quand bien même il peut exister une comorbidité. En effet, 43.7 % des patients déprimés n'étaient pas démoralisés et 69 % des démoralisés n'étaient pas déprimés. Tecuta *et al.* (2014) ont pu identifier une trentaine d'études récentes, utilisant soit le DCPR soit l'échelle de démoralisation, toutes retrouvant une différence de distribution entre la démoralisation et la dépression.

1.6. Évaluer la démoralisation

1.6.1. Instruments disponibles

Dans le cadre de la recherche clinique, au moins cinq échelles ont été élaborées pour mesurer spécifiquement la démoralisation : la *Psychiatric Epidemiology Research Interview-Demoralization Scale* (PERI-D, (Dohrenwend et Shrout, 1980), une échelle développée par Stewart *et al.* (1993), la *Demoralization Scale* de Kissane, la *MMPI-2 Restructured Clinical Scale of Demoralization* et une dernière échelle basée sur les *Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research* (DCPR). Il faut également ajouter l'échelle développée par de Figueiredo pour évaluer spécifiquement l'incompétence subjective.

Ces différents instruments mesurent différents aspects ou différents états de la démoralisation (de Figueiredo, 2013a).

1.6.1.1. *Psychiatric Epidemiology Research Interview-Demoralization Scale (PERI-D)*

Cette échelle a été proposée par Dohrenwend et Shrout (1980) afin de mesurer la détresse aspécifique en population générale, qui est « quelque chose proche de la démoralisation ». Il s'agit d'un autoquestionnaire multidimensionnel comprenant 27 items qui constituent 8 dimensions ou sous-échelles. Les dimensions explorées sont : l'anxiété, la tristesse, l'impuissance et la perte d'espoir, la crainte, la confusion, la faible estime de soi, les troubles somatoformes et la santé perçue.

Il s'agit du plus ancien instrument de mesure de la démoralisation.

1.6.1.2. *Subjective Well-Being Scale (SWS)*

Stewart *et al.* (1993) ont défini la démoralisation comme la perception par les patients que leur capacité à agir sur leur futur sera probablement inefficace et ne mérite pas d'effort au changement. Pour pouvoir l'évaluer, ils ont élaboré une échelle en sélectionnant des items des *Beck Depression Inventory*, *Hopelessness Scale*, et *Dysfunctional Attitudes Scale* qui selon eux faisaient référence à des aspects de la démoralisation. Il en existe des versions modifiées (Grissom *et al.*, 2002; Callahan *et al.*, 2006). Les items sélectionnés font plutôt référence à la phase de remoralisation et ne prend pas en compte l'aspect incompétence subjective.

1.6.1.3. *Subjective Incompetence Scale (SIS)*

Cette échelle a été développée par Cockram *et al.* (2009) afin de mesurer ce que ses auteurs pensent être le symptôme clé de la démoralisation : l'incompétence subjective. Il s'agit d'un autoquestionnaire de 12 items, portant sur la semaine précédant sa passation. Il n'a été utilisé que dans une seule autre étude (Cockram *et al.*, 2010).

1.6.1.4. *Syndrome de démoralisation et échelle de démoralisation*

L'approche catégorielle vise à dégager des symptômes s'agrégeant entre eux avec suffisamment de consistances pour former une entité cliniquement pertinente. Kissane *et al.* (2001) proposent les critères diagnostiques et définissent ainsi le syndrome de démoralisation :

1. présence de symptômes de détresse existentielle incluant perte de sens, sentiment d'inutilité, désespoir ,
2. idées de pessimisme, d'être bloqué, de ne pouvoir être aidé, perte de la motivation à faire face, et désir de mourir,
3. absence conative d'énergie ou de motivation à agir différemment,
4. association avec l'isolement social, le manque de soutien et la mise à l'écart,
5. persistance pendant plus de 2 semaines avec fluctuations émotionnelles.

Le critère de durée a pour but d'exclure les états de détresse psychique transitoires. Les auteurs sont revenus sur leur idée première d'inclure un critère d'exclusion d'autres troubles psychiatriques pour pouvoir souligner le fait que la démoralisation peut coexister avec un autre trouble psychiatrique.

D'un point de vue dimensionnel (Kissane *et al.*, 2001), la démoralisation se déploie ainsi sur un spectre allant du *découragement* (perte légère de confiance en soi), à l'*abattement* (début de l'abandon), au *désespoir* (espoir perdu) et enfin à la *démoralisation* (à abandonné). Dans cette optique, seules les situations extrêmes sont pathologiques, car elles sont maladaptatives, sources d'une détresse considérable et plus à risque de suicide.

Ils vont alors élaborer une échelle de démoralisation puis la tester et valider d'une population de patients d'oncologie et de soins palliatifs (Kissane *et al.*, 2004). Il s'agit d'un autoquestionnaire explorant toutes les dimensions de la démoralisation telles que décrites par les auteurs. L'ordre des dimensions explorées suit celui de l'apparition des symptômes que les auteurs corrèlent à la gravité du tableau clinique et au risque de passage à l'acte suicidaire. Il ne s'agit pourtant pas d'une relation strictement linéaire, un individu démoralisé ne passe pas nécessairement par tous les stades ni dans le même ordre.

Faite au départ de 34 items, les travaux ultérieurs ont permis d'écarter 10 des items initiaux. L'échelle de démoralisation actuelle est donc une échelle à 24 items regroupés en 5 dimensions :

- dysphorie (5 items),
- découragement (6 items),
- sentiment d'échec (4 items),
- sentiment d'impuissance (4 items),
- perte du sens de la vie (5 items).

Les modalités de cotation permettent d'obtenir des degrés de démoralisation pour les populations étudiées. Elle n'a jamais été validée en français et n'existe qu'en version anglaise, allemande, italienne, hongroise et chinoise.

Différentes études ont évalué cette échelle (Mullane *et al.*, 2009; Lee *et al.*, 2012). À noter Mehnert *et al.* (2011) retrouvent une distinction démoralisation/dépression. Cependant, elle ne retrouve que 4 dimensions dans la démoralisation : perte de sens et du but, perte de courage, dysphorie et sentiment d'échec (découragement et impuissance se confondent).

1.6.1.5. *Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research (DCPR)*

La démoralisation n'étant pas présente dans le DSM-IV TR et considérant qu'il s'agit d'une condition fréquemment rencontrée en psychiatrie de liaison, un groupe international d'investigateurs a développé ses propres critères (Fava *et al.*, 2007, 1995). Ceux-ci sont regroupés dans le *Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research*. Il s'inspire des travaux de Engel (1967).

Le but du DCPR est de pouvoir traduire des variables psychosociales dérivées d'instruments dimensionnels utilisés dans la littérature psychosomatique en catégories opérationnelles et utilisables avec le DSM ou la CIM.

Le DCPR comprend 12 syndromes psychosomatiques, 4 d'entre eux ont été conçus pour apporter de meilleures spécifications à la rubrique du DSM-IV TR « facteurs psychologiques affectant une condition médicale » (alexithymie, comportement de Type A, humeur irritable, démoralisation), les huit autres traduisent des phénomènes cliniques et ont été conçus pour remplacer le diagnostic de trouble somatoforme (hypocondrie, peur de la mort, nosophobie, déni de la maladie, symptômes somatiques secondaires à une maladie psychiatrique, somatisation persistante et réaction aux anniversaires). Il est constitué de 58 questions.

La démoralisation s'y trouve caractérisée par les trois critères suivants :

1. un état d'esprit caractérisé par la conscience du patient d'avoir échoué à atteindre ses propres buts (ou ceux d'autrui) ou sentiment d'incapacité à pouvoir faire face à des problèmes urgents ; le patient expérimente des sentiments d'impuissance, de désespoir et d'abandon,
2. cet état d'esprit est prolongé et généralisé (d'une durée d'au moins un mois),
3. cet état d'esprit précède de peu les manifestations d'un trouble médical ou l'exacerbation de ses symptômes.

Les trois critères doivent être présents pour pouvoir porter le diagnostic. Un entretien standardisé a été élaboré pour pouvoir explorer les comportements et les symptômes liés aux critères.

Ces critères ont déjà été utilisés dans le cadre de soins somatiques où la démoralisation apparaît être une condition fréquente (Porcelli *et al.*, 2000, 2004; Ottolini *et al.*, 2005; Rafanelli *et al.*, 2005; Picardi *et al.*, 2005; Mangelli *et al.*, 2005; Grassi *et al.*, 2005). Par ailleurs, ces critères ont été testés en population générale où l'état de démoralisation est plus rare (Mangelli *et al.*, 2006).

1.6.1.6. *Demoralization factor scale*

La *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-second Edition-restructured Clinical (MMPI-2-RC) Scales* est un outil utilisé pour l'évaluation des troubles de la personnalité, qui a pour objectif l'aide au diagnostic psychiatrique et aux indications thérapeutiques. Il a été élaboré à la fin des années 30 et a pris sa forme classique en 1950. Il comporte 550 items recouvrant l'ensemble des troubles psychiatriques, médicaux et neurologiques. Divers remaniements ont été nécessaires pour aboutir finalement à la version actuelle : MMPI-2.

Tellegen *et al.* (2006) ont identifié la démoralisation comme un facteur indépendant qu'il est nécessaire de reconnaître et d'isoler, dans la mesure où elle interfère à différents niveaux dans le diagnostic des divers troubles anxiodépressifs. La *Demoralization factor scale* (Padilla, 2010) est donc élaborée à partir de la MMPI-2-RC. Elle permet de prendre en compte un facteur commun (le *first factor*) se retrouvant chez tous les patients psychiatriques et transdiagnostiques. Ce *first factor* correspondrait à la démoralisation.

1.6.1.7. *Points communs et différences*

Les principales différences entre ces échelles résident tout d'abord dans la période explorée au cours de la passation de l'instrument (Tecuta *et al.*, 2014) :

- l'année précédente pour la PERI-D,
- les deux semaines précédentes pour l'échelle de démoralisation,
- la semaine précédente pour la SIS,
- pour la DCPR, il faut une durée d'au moins un mois de persistance des symptômes.

Ces échelles diffèrent également selon leur mode de passation : auto ou hétéroquestionnaire, uni ou multidimensionnel.

Néanmoins, malgré les différences entre ces instruments, il existe une certaine convergence : l'incompétence subjective est un facteur commun. On retrouve également l'impuissance et la perte d'espoir, et le plus souvent le sentiment d'échec ou l'incapacité à faire face. La présence de détresse psychologique ne se retrouve que dans la PERI-D et l'échelle de démoralisation. Seule cette dernière inclut une dimension existentielle (la perte de sens et de but dans la vie).

1.6.1.8. Prévalence de la démoralisation

Peu d'études ont évalué la prévalence de la démoralisation en population non médicale. Les prévalences retrouvées comprises entre 2 et 5 % en utilisant le DCPR ((Sonino *et al.*, 2007; Ferrari *et al.*, 2008; Tomba *et al.*, 2012).

Au contraire, la démoralisation a été très testée dans le contexte des soins somatiques (Tecuta *et al.*, 2014; ?). Évaluée par la DCPR, elle est présente chez environ un tiers des patients. Elle est retrouvée dans de nombreuses maladies différentes : maladie cardiaque et transplantation cardiaque, hypertension essentielle, maladies endocriniennes, cancers, chez les patients consultants en médecine générale, en psychiatrie de liaison.

Les taux de prévalence évalués par l'échelle de démoralisation retrouvent :

- lorsque celle-ci utilise de cut-off permettant de distinguer démoralisation faible, modérée, haute ; environ 70% de démoralisés (modérés ou haut) chez les patients atteints de cancer ; dont 15% de démoralisation haute (Mullane *et al.*, 2009; Mehnert *et al.*, 2011),
- lorsqu'il est utilisé un cut-off >30, le taux de démoralisation est de 50% (Kissane *et al.*, 2004; Lee *et al.*, 2012).

1.6.1.9. Facteurs associés à la démoralisation.

Le sexe féminin s'est révélé à plusieurs reprises être associé à un taux supérieur de démoralisation (Marchesi et Maggini, 2007; Mehnert *et al.*, 2011; Vehling *et al.*, 2012). Les résultats pour une association avec l'âge sont contradictoires (Tecuta *et al.*, 2014).

La démoralisation semble particulièrement associée aux facteurs familiaux et sociaux. Ainsi les patients démoralisés rapportent un faible soutien social et familial (Vehling *et al.*, 2013; Grassi *et al.*, 2004; Marchesi et Maggini, 2007), de bas revenus et du chômage (Lee *et al.*, 2012). Être célibataire ou divorcé est un facteur de risque (?).

Dans l'ensemble, jusqu'à présent, la recherche avait principalement pour but de démontrer la pertinence clinique de la démoralisation comme construit différent de la dépression. Il manque donc d'études sur les facteurs associés à la démoralisation ou ses médiateurs.

1.7. Implication thérapeutique

1.7.1. Principes généraux de la remoralisation

Klein *et al.* (1980) ont exprimé un avis différent de Frank (1974) sur la démoralisation et au terme de détresse *non spécifique* :

« C'est la démoralisation, en tant que phénomène psychiatrique ubiquitaire, qui repose derrière l'efficacité improprement appelée non spécifique d'une grande variété d'intervention thérapeutique. Nous considérons l'idée de facteurs thérapeutiques non spécifiques incorrects, puisque leur efficacité dépend d'un état psychique particulier, la démoralisation ».

Parmi les éléments faisant très nettement consensus dans la démoralisation, il y a le fait qu'elle ne s'améliore pas avec la prescription d'antidépresseurs. La résolution d'un événement de vie stressant, le retour d'un sentiment de maîtrise sont bien plus efficaces (Griffith et Gaby, 2005). Par définition, elle relève de l'intervention psychothérapeutique.

Les objectifs de la prise en charge sont de plusieurs ordres. Tout d'abord, ils visent à limiter les complications liées à la démoralisation :

- son éventuelle évolution vers un épisode dépressif majeur,
- l'aggravation de la pathologie initiale à laquelle elle se surajoute,
- la majoration du risque suicidaire.

Les recherches sur la démoralisation sont issues d'une expérience clinique fréquente en psychiatrie de liaison, celle de la demande pour une prescription de traitement antidépresseur chez tout patient hospitalisé et présentant une réaction thymique dépressive.

Au maximum, Slavney (1999) pense qu'elle ne relève pas spécifiquement d'une intervention psychiatrique, mais que toute personne intervenant dans la prise en charge globale du patient peut soulager la démoralisation par une attitude d'écoute, d'empathie et de compréhension. Le rôle des travailleurs sociaux a été souligné.

Quelques articles tentent de dessiner les contours de psychothérapies existentielles s'adressant spécifiquement à la démoralisation. Elles empruntent des éléments aux thérapies interpersonnelles, aux TCC, ou même à l'existentialisme. Ces thérapies sont élaborées pour aider à prendre en charge la démoralisation en situation de soins palliatifs. On retrouve donc :

- compréhension de la philosophie de vie de chaque individu et du sens de celle-ci et aide à leur restauration si cela est trop dégradé,
- valorisation de l'amour propre notamment au travers du sens de la maîtrise de la nouvelle situation,
- restauration de l'espoir,
- correction des cognitions négatives,
- recherche de sens dans la situation présente,
- soutien.

1.7.2. Lien entre remoralisation et réduction des symptômes

La démoralisation consiste à remettre de l'espoir par la prise en charge du trouble initial.

L'incompétence subjective et la détresse en elles-mêmes peuvent être normales. Leur association, la démoralisation est quant à elle véritablement handicapante. Pour réaliser une remoralisation, il faut d'abord s'adresser à la perception d'incompétence subjective puis à la détresse (de Figueiredo, 2007).

Selon Howard *et al.* (1993), la remoralisation est l'amélioration subjective du bien-être et cela survient précocement dans la prise en charge thérapeutique. Lorsque le traitement clarifie le problème du patient, inspire de l'espoir et apporte une expérience de maîtrise et de succès, cela permet une remoralisation (Slavney, 1999; Frank, 1973).

Selon Frank (1973), un patient recherche une aide thérapeutique non seulement pour les symptômes, mais également et surtout la démoralisation. Ces deux éléments s'influencent respectivement. Dans cette perspective, une prise en charge thérapeutique efficace associe deux éléments interdépendants mais distincts : une réduction des symptômes et une remoralisation.

Il existe un autre modèle apportant une distinction théorique entre remoralisation et réduction des symptômes, il s'agit de celui élaboré par Howard *et al.* (1993). Ce

modèle à phases décrit les différentes étapes du changement qui caractérise l'évolution au cours d'un traitement psychothérapeutique. Dans ce modèle, la psychothérapie est perçue comme progressant par étape de telle sorte qu'une étape ne peut survenir que si la précédente a eu lieu. Chacune de ces étapes correspond à un domaine différent du changement psychothérapeutique.

En premier, la phase de remoralisation, basée sur la théorie de Frank, permet aux patients de surmonter l'état de démoralisation, de retrouver l'espoir que leur problème peut être résolu et d'éprouver une amélioration de leur bien-être. La seconde phase, phase de remédiation, aborde les symptômes du patient. Le coping est facilité et amélioré afin de permettre une amélioration des symptômes. La dernière phase, phase de réhabilitation, correspond au désapprentissage des schémas inappropriés et anciens et la recherche de nouvelles façons de gérer les différents aspects de la vie. Afin de mesurer le sens de l'association entre la réduction des symptômes et la remoralisation, une échelle de remoralisation a été élaborée (Vissers *et al.*, 2010).

PLACE DANS LA CLINIQUE

PSYCHOSOCIALE

Réfléchir aux spécificités de la Santé Mentale dans le contexte de la précarité, c'est se placer implicitement dans le débat contemporain sur la souffrance sociale et ses avatars. Nous verrons donc dans un premier temps des éléments de description des débats sur la souffrance et la santé mentale. Puis nous verrons plus spécifiquement les descriptions cliniques attachées aux termes de sociologie exclusion et précarité. Enfin, nous ferons le lien avec la partie précédente en nous interrogeant sur l'expression possible de la démoralisation dans le contexte de la précarité.

2.1. La souffrance sociale

2.1.1. Un sujet polémique

Depuis une trentaine d'années, en France du moins, le thème de la souffrance sociale s'est progressivement diffusé, aussi bien dans l'espace public, dans les sciences humaines et sociales que dans le champ de la santé (Renault, 2008). Cette diffusion a accompagné les changements de la psychiatrie et elle s'est couplée avec l'émergence d'un champ lexical lié à la *nouvelle pauvreté*, celui de l'exclusion et de la précarité.

Dans le même temps, ce thème fait l'objet d'interrogations concernant tout à la fois ses enjeux sociologiques, psychologiques que politiques. D'un point de vue sociologique, les interrogations portent sur la signification de la sensibilité actuelle à la souffrance, du

mode d'expression des affects et de la qualification des inégalités sociales en terme de souffrance. D'un point de vue psychologique, les questionnements autour de la souffrance sociale se demandent si cette problématique est liée à une modification de l'étiologie, voire de la nosographie des atteintes subjectives, et dans ce cas, comment la caractériser. Enfin, les enjeux politiques se demandent si la préoccupation pour la souffrance sociale est le signe de nouvelles formes de domination et de contrôle social ou l'occasion d'une relance de la critique sociale.

Par ailleurs, au-delà des aspects théoriques, le débat contemporain porte également sur la valeur politique et épistémologique de la problématique de la souffrance sociale : peut-elle être utilisée positivement dans le cadre d'une analyse des processus sociaux et des atteintes subjectives ou doit-elle seulement faire l'objet d'une analyse et d'une démystification ?

La complexité du débat tient donc d'une part à l'imbrication des questions d'ordre politique et théorique, d'autre part au croisement des plans de l'argumentation psychologique, sociologique et épistémologique. Au total, certains auteurs sont conduits à récuser la pertinence sociologique (le paradigme de la souffrance répondrait à une construction sociale qui dissimule la réalité de ce qu'elle désigne), politique (elle appartiendrait tout entière à un nouveau mode de contrôle par médicalisation du social) et épistémologique (elle ne s'appuierait sur aucune conception rigoureuse de la souffrance en général, et de la souffrance d'origine sociale en particulier) de la thématique de la souffrance sociale. D'autres tentent au contraire de produire des modèles explicatifs qui lui reconnaissent un minimum de pertinence aussi bien d'un point de vue psychologique et sociologique (elle permettrait de décrire certaines atteintes subjectives ainsi que des transformations affectant l'intersubjectivité sociale et l'action publique) que politique (elle permettrait d'adopter un point de vue critique sur quelques aspects d'une nouvelle question sociale).

2.1.2. Un sujet difficile à appréhender

Les obstacles proprement épistémologiques auxquels l'étude de la souffrance sociale doit faire face ne tiennent pas seulement à une mise en cause des partages disciplinaires de la psychologie et de la sociologie (et à mettre ces disciplines en rapport avec la médecine et l'anthropologie). Ils renvoient également au fait qu'il est généralement difficile, dans le discours savant comme dans le discours ordinaire, d'exprimer, de décrire et de comprendre la souffrance, qu'il s'agisse de notre souffrance ou de celle d'autrui. Cette difficulté s'explique sans doute par des contraintes psychologiques mais aussi par des

contraintes propres au processus de l'interaction sociale.

Le concept de souffrance sociale est intimement lié à la relation que l'observant entretient avec l'observé sur le mode du contre-transfert. Ceci conduit à la critique faite que ce sont les travailleurs sociaux aux prises avec les exclus qui soutiennent que ces derniers souffrent et qui parfois en viennent à leur demander d'exprimer leurs difficultés en termes de souffrance (Bresson, 2006). Ce sont leurs propres difficultés sociales qu'ils psychologisent et substantialisent ainsi en les attribuant à leurs partenaires d'interaction. La souffrance sociale traduit alors une crise dans l'interaction des travailleurs sociaux avec des personnes en difficulté due non seulement à un décalage entre l'offre des institutions et les attentes des personnes concernées, mais également à des difficultés psychologiques spécifiques, propres aux bénéficiaires de l'aide sociale.

Enfin, il y a la crainte d'un détournement de la notion de souffrance sociale. Il s'exprime ainsi l'inquiétude que l'usage d'un vocabulaire psychologique entraîne une transformation des problèmes sociaux en problèmes psychologiques et un recours à l'expertise médicale au détriment de la délibération collective. Cela a pour conséquence de renvoyer à l'idée de passivité d'un groupe dominé. Au contraire, le terme de souffrance permet de rendre compte des répercussions de ces effets psychiques sur le groupe social qui subit la domination et la pauvreté. Il permet ainsi de rendre visibles les effets de la souffrance et d'exhiber les effets de la misère.

Dans les études psychiatriques, cela se traduit par deux pentes entre lesquels se positionnent les recherches sur la souffrance sociale (Laporte et Chauvin, 2010) et qui correspondent aux critiques de la psychiatrisation ou de la sociologisation excessives de l'exclusion. La pente positiviste consiste à tenir pour des entités naturelles ou stables les troubles et addictions mesurées, alors que le paradigme de la santé mentale a fait apparaître ensemble de nouvelles maladies et de nouveaux outils de mesure. Ceci conduit à surestimer la place de la maladie mentale, au regard d'autres grilles d'analyse. À l'inverse, il existe une pente constructiviste, où la maladie mentale n'existe que comme la manifestation d'un pouvoir et d'une domination sociale, dont les enjeux sont ailleurs. Ceci amène alors à sous-estimer la place de la maladie mentale.

2.1.3. Institutionnalisation du discours

La diffusion de la thématique de la souffrance sociale s'explique également par une validation institutionnelle (Renault, 2008). Le discours de la souffrance est aujourd'hui tenu dans différentes productions officielles ou savantes (rapports, textes administratifs,

manuels, etc.) et dans l'auto-description légitime de pratiques relevant du travail social, des secteurs médico-social et médical. Cette institutionnalisation a des conséquences au niveau de la psychiatrie.

Différents rapports sont venus souligner la nécessité d'une redéfinition des missions de la psychiatrie publique. L'idée d'une réorientation de la psychiatrie vers la Santé Mentale est entérinée par le rapport *De la psychiatrie vers la santé mentale* (Roelandt et Piel, 2001) qui insiste sur la nécessité d'une politique de prise en charge des troubles psychiques socialement incapacitants, mais non proprement pathologiques, aussi bien dans une optique thérapeutique que préventive. Les promoteurs de ces réformes dénoncent une psychiatrie « décalée par rapport aux évolutions sociales ».

Dans les textes régissant la psychiatrie publique, le terme souffrance psychique désigne l'objet non pathologique des politiques de santé mentale : la part du mal-être, ou de la non santé, qui ne révèle pas de la pathologie. Plus précisément, il désigne des troubles psychiques assez sévères pour être considérés comme une « souffrance invalidante » mais qui ont pour caractéristiques spécifiques de ne pas appartenir aux maladies mentales et de ne pas être nécessairement exprimés. Par la même, il désigne un type de problème psychologique qui ne relève pas exclusivement de la juridiction de la psychiatrie. Le travailleur social en première ligne est bien placé pour l'identifier et il peut même le prendre en charge, à condition d'être supervisé par un psychiatre ou un psychologue.

Cette validation institutionnelle s'est concrétisée par la circulaire du 23 novembre 2005 *relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie*. Cette circulaire valide et généralise la création d'équipe mobile de psychiatrie dont les actions sont dirigées en direction des personnes en situation de précarité et d'exclusion et en direction des acteurs de première ligne.

Il s'agit d'une tendance de fond, non seulement à l'échelle nationale, mais également internationale.

2.1.4. Santé mentale

Le lien entre santé, santé mentale et social apparaît déjà dans la définition de la santé formulée par l'OMS en 1946. Celle-ci est en effet « un état complet de bien-être physique, mental et social ». Les critiques de l'idéal normatif que pouvait représenter une telle définition ont été nombreuses et l'OMS l'a fortement modulé lors de l'adoption de la Charte d'Ottawa en 1986.

La Charte d'Ottawa (OMS, 1986) précise que :

« pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme ressource de la vie quotidienne, et non comme but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé (...) son ambition est le bien-être complet de l'individu ».

La charte souligne ensuite les conditions indispensables à la santé :

« la santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable ».

Cette charte rappelle également :

« la bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de vie ».

Par ailleurs, les relations entre santé physique et santé mentale sont très étroites (Kovess-Masféty, 2001). Par exemple, il existe une surmortalité des personnes souffrant de problèmes psychiatriques ; la dépression et l'anxiété sont clairement liées au risque de décès par maladie cardio-vasculaire et à de nombreuses autres maladies somatiques ; la présence d'un handicap ou d'une maladie est l'un des stress les plus importants pour la santé mentale ; enfin les troubles dits somatoformes sont une expression somatique des troubles psychiques.

2.1.5. Les dimensions de la santé mentale

En ce qui concerne la santé mentale proprement dite, les épidémiologistes identifient au moins quatre dimensions pour l'évaluer. La première est la dimension médicale, à la présence d'un diagnostic de trouble mental. Ces derniers sont établis à partir de l'une des deux principales classifications internationales : la CIM 10 et le DSM-IV TR. Elles sont le résultat de consensus entre psychiatres œuvrant en clinique et permettent une bonne fidélité inter-juge. Cette approche est standardisée mais dans certains contextes

comme celui de la grande précarité, certains symptômes sont difficiles à interpréter. Par ailleurs, les cliniciens travaillant dans le champ de la précarité décrivent des symptômes spécifiques aux situations de grande précarité qui s'intègrent difficilement dans ces classifications.

Cette approche médicale repose elle-même sur le modèle bio-psycho-social qui implique lui-même trois dimensions :

- une dimension biologique à la fois génétique et physiologique,
- une dimension psychologique ou psychodéveloppementale qui comprend les aspects affectifs, cognitifs et relationnels,
- une dimension sociale ou contextuelle qui fait référence à l'insertion de l'individu dans son milieu, sa culture, et aux relations qu'il entretient avec ceux-ci, qu'il s'agisse d'un niveau micro ou macroscopique.

La seconde dimension est celle du fonctionnement social puisqu'il est souvent difficile de départager le dysfonctionnement social du symptôme psychiatrique. Cette approche se retrouve dans les classifications avec le critère de retentissement social : en l'absence de celui-ci, il n'y a pas de trouble mental. Par ailleurs, cette dimension constitue l'axe V du DSM-IV TR avec l'*Échelle d'Évaluation Globale du Fonctionnement* permettant au clinicien d'indiquer un jugement sur le niveau de fonctionnement global de l'individu. Cette information est utile pour planifier le traitement, évaluer son impact et prédire son résultat.

La troisième dimension est la détresse psychologique (parfois nommé démoralisation). Elle correspond au recueil des symptômes anxieux ou dépressifs et met en évidence une souffrance psychique non nécessairement pathologique.

Enfin, la dernière dimension est celle de la santé mentale positive. Kovess-Masféty (2001) insiste sur son importance car rappelle-t-elle, « la précarité n'implique pas forcément de trouble mental ou de mauvaise santé mentale (même si c'est un facteur de risque) et, d'autre part, parce que l'étude des capacités de réactions au stress et de l'appétitude à transformer les difficultés de la vie est un élément essentiel dans une politique de prévention ». La santé mentale positive porte sur les facteurs de protection et de promotion de la santé physique et mentale.

2.2. Clinique(s)

Dans la pratique, il nous semble qu'il existe, actuellement, deux grands types d'approches de la souffrance sociale. La première est une approche de *psychiatrie classique*, elle s'appuie sur l'épidémiologie et place au cœur de sa réflexion la nécessité d'une organisation sanitaire au plus proche des besoins des usagers. La seconde approche développe l'idée qu'il existe une clinique spécifique, dite *clinique psychosociale*, s'exprimant dans les lieux du social.

2.2.1. Une étude épidémiologique d'envergure : l'étude *Samenta*

Cette étude a été réalisée par l'Observatoire du Samu Social à la demande de la Mairie de Paris (Laporte et Chauvin, 2010). Elle intervient une dizaine d'années après la précédente étude réalisée par Kovess et Mangin Lazarus (1996). Elle réalise la description la plus précise des personnes les plus à même de vivre une souffrance sociale : les personnes sans logement personnel.

2.2.1.1. Caractéristiques sociodémographiques de la population sans logement en Île-de-France

La méthodologie de l'enquête a permis d'estimer la taille de la population des personnes adultes francophones sans logement personnel fréquentant les services d'aide en Ile-de-France, sur une semaine moyenne de la période d'enquête. Cette estimation est de 21 176 personnes.

La proportion de femmes est plus faible que celle des hommes (39,4 %). La population de *Samenta* est plus jeune que la population générale d'Île-de-France. Les moins de 30 ans représentent 30,6 % contre 21,0 % en population générale, et les 50 ans et plus 17,0 % contre 39,0 %.

En 2009, les personnes sont sans logement depuis plus longtemps : la moitié a perdu son logement depuis plus de quatre ans contre deux ans et demi en 2001. Elles ont plus souvent dormi au moins une fois dans la rue au cours de leur vie (62,6 %) ou dormi le plus souvent dans la rue ces douze derniers mois (9,7 %). La proportion des personnes en hôtels (16,4 %) tend à augmenter ce qui reflète sans doute l'augmentation du nombre des familles migrantes (en particulier des femmes avec enfants) sans logement personnel en Île-de-France observée depuis plusieurs années et une conséquence de la précarisation

croissante des conditions de vie des immigrés sans papier notée par les associations qui les prennent en charge. L'aggravation des conditions de logement des plus démunis en dix ans se traduit par l'augmentation de la proportion de personnes qui n'ont jamais vécu dans un logement personnel entre 2001 et 2009 (32 % versus 46,4 %) et leur vieillissement (54,2 % a plus de 30 ans). Les raisons de la perte de logement sont : la séparation familiale (26,4%), l'impossibilité de payer son loyer (16,1 %), le déménagement ou la migration (12,6 %) et l'expulsion (8,2 %).

Environ un tiers des personnes sans logement travaille en 2009 (32,7%). La proportion de chômeurs est de 41,5 %, 9,2 % des personnes déclarent ne pas être autorisées à travailler. La plupart des personnes qui travaillent sont employées (51,3 %) ou ouvriers (39,5 %), 33,2 % ont un contrat en CDI, 12,3 % ont un contrat en CDD (12,3 %).

Ces aspects de la situation sociale des personnes sans logement personnel reflètent certains des mécanismes structurels et macrosociaux : le coût élevé du marché du logement et l'insuffisance de logements sociaux, la restructuration du marché du travail (et ses conséquences en termes de chômage, de précarisation des statuts d'emploi et d'accroissement du nombre de travailleurs pauvres), le durcissement des règles relatives au droit de séjour des étrangers et plus généralement la marginalisation de « ceux qui ne sont jamais éligibles ».

2.2.1.2. État de santé général

Les personnes sans logement personnel d'Île-de-France ont un ressenti de leur état de santé général moins bon que la population générale de l'agglomération parisienne. Ainsi moins de la moitié (47,4 %) considère son état de santé général comme bon ou très bon, comparé à 77,5 % de la population générale. De la même façon, ils évaluent leur état de santé psychologique comme moins bon. Ils sont 44 % à le considérer comme bon ou très bon versus 77,2 % de la population générale. Il y a donc une dégradation générale de la santé ressentie par les personnes sans logement personnel, marquant un écart important avec la population générale.

L'existence d'au moins une maladie chronique est déclarée par plus d'un tiers (37,7 %) des personnes sans logement personnel : c'est équivalent à la déclaration des franciliens de la cohorte SIRS (33 %) alors que la population sans logement est globalement plus jeune (Parizot, 2003). Les quatre principales pathologies mentionnées sont les maladies respiratoires, le diabète, l'hypertension et les maladies psychiques.

Dans *Samenta*, on peut noter que les maladies psychiques sont citées en quatrième

position, alors qu'elles n'apparaissent pas dans les dix premières pathologies précédemment (Kovess et Lazarus, 1999). Ceci peut s'expliquer par la possibilité de parler plus librement de ces maladies, dans le contexte du processus de déstigmatisation qui se développe depuis quelques années grâce au travail des associations de malades.

Les personnes sans logement recourent majoritairement aux médecins, plus de 80 % ont vu un médecin au cours de l'année écoulée. Cependant, parmi celles qui n'ont pas consulté depuis au moins un an, 28,2 % ont eu des problèmes de santé. Et parmi elles, un tiers a renoncé pour des raisons financières et une sur cinq faute de couverture maladie. Si la couverture maladie de la population sans logement personnel est pourtant importante, puisque près de 90 % des personnes en bénéficient, a contrario une personne sur dix n'en bénéficie pas. Ce chiffre est dix fois plus important que dans la population générale de l'agglomération parisienne.

2.2.1.3. Les troubles psychiatriques

La présence de troubles psychotiques sur 12 mois est de 13,2 % dont 8,4 % de schizophrénies. Ces proportions sont stables sur la décennie. Les prévalences estimées chez les personnes sans domicile sont ainsi en moyenne 8 à 10 fois supérieures à la population générale.

Les troubles sévères de l'humeur concernent 6,7 % de la population, dont les troubles dépressifs sévères 4,5 %. La fréquence des troubles dépressifs sévères est peu éloignée de celle retrouvée dans la population générale. La prévalence de l'ensemble des troubles dépressifs (de sévères à légers) est de 20,3 %. Les troubles dépressifs moyens et légers sont nettement supérieurs (6% et 7,9% comparés à 4,2 % et 0,4 %) à ceux de la population générale. Les troubles anxieux touchent 12,2 % de la population. Les troubles les plus fréquents sont le stress post-traumatique (4,2 %) et le trouble anxieux généralisé (4 %) ce qui est sensiblement égal à la population générale.

La fréquence des taux de suicide est significativement plus élevée qu'en population générale. 21,8 % des personnes interrogées dans l'étude *Samenta* déclarent avoir tenté de se suicider au cours de leur vie. Un risque suicidaire moyen ou élevé a été repéré par le MINI chez 12,9 % des personnes sans logement. Le risque est estimé à 4 % en population générale.

Les troubles de la personnalité sont estimés à 21 %. Les plus fréquents sont les troubles de la personnalité asociale (4,9 %) et les troubles de la personnalité dépendante (3,5 %).

Les personnes en grande précarité ont vécu au cours de leur vie ou vivent plus fréquemment des situations de violences quelles qu'elles soient. Ainsi, 40,9 % des personnes sans logement déclarent avoir subi au cours de leur vie des violences psychologiques ou morales répétées. On retrouve de telles violences chez 8,4 % en population générale. Les violences physiques (27,7 %) et sexuelles (12,8 %) sont nettement plus importantes par rapport à ceux de la population générale.

La dépendance à l'alcool est retrouvée chez 21 % des personnes. Elle est significativement plus élevée chez les hommes (27,3 %) que chez les femmes (9,3 %). Elle est également plus élevée dans les dispositifs d'urgence (27 %) que dans les hôtels sociaux (5,5%). L'étude *Samenta* souligne la fréquence plus élevée de dépendance à l'alcool, mais elle rappelle que globalement les populations sans logement sont moins consommatrices d'alcool et plus du double de la population générale à n'avoir jamais bu d'alcool. On retrouve un usage régulier de drogue illicites concernant 17,5 % de la population. La consommation de cannabis concerne 16 % de la population étudiée. Les autres consommations de toxiques n'ont pu être estimées du fait de faible taux de déclaration. Une consommation quotidienne de tabac est rapportée par plus de la moitié des personnes (53,5 %).

68,2 % des personnes interrogées présentant un trouble psychiatrique ont eu dans leur vie un accès aux soins psychiatriques. Ce taux est resté stable sur la dernière décennie. L'hospitalisation vie entière est de 34 % pour les personnes présentant un trouble psychotique. A l'inverse, 22,9 % des personnes pour lesquelles un trouble a été repéré n'ont jamais été pris en charge. Le taux de suivi déclaré est faible : seulement 18,7 %. Il est de 37,7 % pour les personnes psychotiques et de 8,4 % pour les troubles anxieux. Les personnes sans domicile souffrant de troubles mentaux s'ancrent difficilement dans les soins : plus de 70 % ont interrompu les soins et près de la moitié a déjà arrêté au moins une fois son traitement.

2.2.2. Clinique de l'exclusion

2.2.2.1. Exclusion

La notion d'exclusion prête à confusion, discussion et interrogation. Chômeurs de longue durée, mal-logés, allocataires du RMI (puis du RSA), handicapés, sans papiers, jeunes des quartiers sensibles, sans domicile fixe, tous peuvent être réunis sous cette même appellation. L'exclusion se confond avec la pauvreté, la misère, l'isolement, la ségrégation, le handicap ou la discrimination (Damon, 2011).

L'émergence du terme d'exclusion date des années 70, avec le succès du livre de Lenoir (1974) *Les Exclus, un français sur dix*, même si celui-ci traite essentiellement des *inadaptés sociaux*, terme qu'elle a depuis remplacé. L'exclusion est alors « un phénomène nouveau de rupture du lien social et de difficulté d'accès à des droits sociaux élémentaires pour un certain nombre de personnes ». Puis c'est dans le rapport de Wresinski (1987) que l'exclusion va pour la première fois être définie comme « priorité nationale ». Elle n'a depuis pas quitté le débat public devenant ainsi de plus en plus floue.

Il s'agit, selon la définition du Haut Comité de Santé Publique (1998), « d'une réalité dynamique caractérisée par l'absence – pendant une période plus ou moins longue – de la possibilité de bénéficier des droits attachés à la situation sociale et à l'histoire de l'individu concerné ».

La notion d'exclusion insiste sur l'absence de droits des individus : absence de papiers, de domicile, de travail, de revenus... Elle crée un statut, tant vis-à-vis des institutions que de la société dans son ensemble. Il existe alors le risque d'une pensée de la société en terme dual : il y a les exclus et les inclus, ceux du dedans et ceux du dehors. Il a été souligné qu'elle est une notion piège qui risque d'établir une barrière infranchissable entre exclus et inclus, provoquant ainsi le phénomène qu'elle est censée désigner (Damon, 2011).

Progressivement, on va observer une évolution de l'absence de droits sociaux élémentaires à la désignation et à la caractérisation des individus se trouvant en bas de l'échelle sociale. Ces derniers sont des personnes mal intégrées à la collectivité sociale en raison d'une distance à la fois au système productif et au système de consommation qui conduit l'individu à un appauvrissement de ses relations sociales. Cette absence de droit s'associe avec un cumul de ruptures dans le lien social et à une vulnérabilité, supposée ou réelle, des groupes sociaux les plus défavorisés. Au mot exclusion, Castel (1995) préfère le terme de *désaffiliation*, défini comme « un paroxysme de la rupture du lien social, étape ultime de la désappartenance et de la vulnérabilité sociale ». Paugam (1991) parle de *disqualification* à propos de ce « phénomène par lequel la personne est mise à l'écart du marché du travail, acquiert et intériorise le statut de pauvre ».

L'exclusion est avant tout un processus qui se met en marche lorsque l'insertion sociale montre ses limites, quand la machine à tisser les liens sociaux est incapable de faire face à la fragilité des populations les plus diverses (La Rosa *et al.*, 2000). Ce processus se construit progressivement suite à un événement déstabilisateur et à de multiples ruptures de type professionnelle, familiale, sociale ... L'exclusion est un processus de

des-intégration marqué par trois phases :

- fragilisation ou précarisation ou vulnérabilisation,
- assistance et prise en charge par les institutions,
- marginalité hors normes, exclusion hors de toute forme et de tout lien social.

Les débats sur la quantification ou la mesure de l'exclusion se confondent avec ceux de la définition d'une pauvreté relative (Bresson, 2010).

2.2.2.2. Les effets subjectifs de l'exclusion

Ces phénomènes sociaux d'exclusion se traduisent au niveau individuel, par des atteintes subjectives spécifiques observées par les professionnels travaillant auprès des populations fragiles. Nous avons retenu deux de ces syndromes. Le premier est celui du psychiatre Maisondieu (2004) qui propose un syndrome clinique ne s'intégrant pas dans les classifications. Le second est celui d'un autre psychiatre (Furtos, 2009) qui va plus loin que le précédent et intègre dans sa description un niveau de *lecture sociale*.

Le syndrome d'exclusion de Maisondieu Pour Maisondieu (2011), l'exclusion est pathogène parce qu'elle est liée à l'escamotage de la place de certains citoyens. Bien qu'ils soient toujours officiellement des citoyens à l'égal des autres, ils se retrouvent illégitimement dans un espace virtuel situé en deçà des limites de l'humanité mais au-delà des limites de la société des inclus dont l'accès leur est interdit de fait, faute de place.

Il décrit une évolution. D'abord, les exclus perdent leurs moyens d'existence et leurs moyens psychologiques car « ils ne se sentent pas à leur place parmi des inclus mieux lotis qui ne les reconnaissent pas comme de vrais semblables dès lors qu'ils ne sont pas de leur monde puisqu'ils sont exclus ! ». Puis, il suit une phase d'efforts d'insertion. Si celle-ci n'aboutit pas, confrontés au manque à avoir et au manque à être, les exclus perdent leur « aisance » et leur désinsertion s'accroît. Enfin, « n'ayant plus rien à échanger et ne comptant pour rien, ils renoncent à se battre et deviennent des morts sociaux ».

Ce phénomène dynamique crée et est entretenu par ce que Maisondieu nomme un syndrome d'exclusion. Celui-ci associe trois symptômes : la honte, la désespérance et l'inhibition affectivo-cognitive.

Le sentiment de honte est le pivot du syndrome d'exclusion (Maisondieu, 2010) : « sentiment pénible de son infériorité, de son indignité ou de son humiliation devant autrui,

de son abaissement dans l'opinion des autres ». Il est lié à la disqualification qui atteint l'exclu dans son narcissisme et induit dans l'entourage qui le perçoit un mépris plus ou moins conscient. Souvent inavouable, condamnant à la solitude ; au repli sur soi, ou à des conduites addictives, il peut également entraîner un refus de communiquer, nuisant à la relation avec autrui et pouvant même devenir un facteur d'exclusion.

Le sentiment de désespérance est un sentiment pénible qui peut ressembler à un état dépressif. En revanche, l'état dépressif est indépendant du contexte et n'est amélioré que par une thérapie spécifique, éventuellement médicamenteuse alors que le sentiment de désespérance peut disparaître si le contexte s'améliore.

L'inhibition affectivo-cognitive est un mécanisme de défense mis en place par l'exclu pour se protéger de la honte et de la désespérance. Ce mécanisme de défense permet de mettre ses facultés intellectuelles en veilleuse de façon à éviter, de penser de réfléchir, « pour ne pas penser à un passé d'inclu qui n'est plus, à un présent où il n'a plus sa place et à un avenir qui est une absence d'avenir ». Il empêche l'individu de se projeter dans un projet d'insertion où il ne veut pas croire de peur de trop souffrir d'un échec probable.

Le syndrome d'auto-exclusion de Furtos Furtos (2009) a décrit un syndrome d'auto-exclusion pensé comme une adaptation souffrante permettant la survie. Pour cet auteur, il est le paroxysme d'une clinique propre à la précarité et à l'exclusion. Cette clinique a pour but de : « décrire la prise en compte par les professionnels du soin d'une souffrance psychique qui apparaît sur les lieux du travail social ».

Ce syndrome débute par une perte de courage. Ce découragement se traduit peu à peu par un désespoir absolu. Il est défini comme la disparition du pouvoir d'agir sur le présent comme sur l'avenir sinon en transformant psychiquement une situation passive (*être exclu*) en son contraire (*s'exclure*). Le sujet passe ainsi d'une logique de vie, soumise au principe de réalité et au principe de plaisir, à une logique de survie (ou de survivance) qui consiste à sortir du principe de réalité-plaisir pour vivre selon une autre logique.

Le désespoir implique une désobjectivation qui se manifeste par un clivage au moi : le moi ne veut plus rien savoir de lui-même, ce qui nécessite un déni, c'est-à-dire une déconnexion du sensoriel et du psychique, l'impossibilité de la prise en compte psychique d'une réalité affectant le corps et l'être corporel.

Il en résulte trois types de symptômes de déshabitation de soi :

— anesthésie ou hypoesthésie corporelle,

- un émoussement affectif ou, à l'inverse, une hypomanie, c'est-à-dire une excitabilité permanente,
- l'inhibition intellectuelle.

Les manières de vivre avec cette déshabitation de soi-même sont de l'ordre des défenses paradoxales. Le paradoxe est utilisé lorsque le narcissisme se construit, et l'on parle alors de paradoxe intégrateur. Mais il est également utilisé lorsque le narcissisme est en danger et « se détricote », et l'on parle de défenses paradoxales. Ces défenses paradoxales sont :

- la non-demande,
- la réaction thérapeutique négative,
- l'inversion sémiologique des demandes.

Il peut également s'associer d'autres signes de désocialisation qui vont favoriser l'exclusion :

- la rupture de liens,
- l'errance et l'incurie,
- l'abolition de la vergogne,
- au maximum, le dernier signe est la mort.

2.2.3. Clinique de la précarité

2.2.3.1. Le cas de la précarité

La notion de précarité n'est ni assimilable à l'exclusion ni à la pauvreté et elle renvoie à des modes d'insertions sociales spécifiques, à des « places sociales » qui ont pour spécificité d'être instables (Cingolani, 2011).

L'émergence dans le sens commun de la notion de précarité a connu un essor progressif depuis la fin des années 70 jusqu'à devenir une question centrale et incontournable des débats politiques et sociaux. D'abord considérée comme synonyme de pauvreté, puis comme premier palier vers celle-ci, la notion de précarité s'est progressivement autonomisée en tant que notion susceptible de dévoiler une réalité particulière, jusque là invisible. Dans ce dévoilement, les problématiques de santé ont joué un rôle considérable. La mise en évidence des conséquences psychologiques et physiques de certaines formes d'emploi a servi de révélateur et fait apparaître une catégorie de situations sans dénomination existante adaptée. Ainsi, de la question des travailleurs précaires, émergeant comme catégorie à part entière, située dans l'interstice du chômage et de l'emploi, l'analyse de

la précarité s'est ensuite élargie. Certains auteurs ne parlent plus de précarité mais de précarisation ; ils centrent leur analyse sur les processus de mise en précarité.

Il paraît nécessaire de rappeler le contexte dans lequel s'ancre cette analyse. En effet, si la précarité apparaît en France comme une question sociale majeure, la notion même est totalement absente dans d'autres contextes nationaux (à l'exemple des États-Unis). Dans ceux-ci, la question du lien entre social et psychologique se centre autour de la problématique des sans-abris et de la désinstitutionnalisation (Bresson, 2003).

2.2.3.2. L'émergence de la précarité :

Le constat d'une fragilisation croissante des statuts sociaux, a mis au centre des discours sur l'exclusion sociale le terme de précarité. Il trouve son origine dans le développement de formes particulières d'intégrations professionnelles (Castel, 1995; Paugam, 1996) : les emplois précaires. Ceux-ci, marginaux au début des années 80, se sont développés de manière exponentielle, et ils ont eu un effet paradoxal. Au lieu de lutter contre le chômage, ils ont en effet amené à légaliser des formes d'emplois marquées par l'instabilité (Bresson, 2010).

En effet, cette instabilité de l'emploi s'est généralisée dans les trajectoires individuelles. D'abord considérées comme tremplins vers l'emploi stable, comme passages lors de l'entrée dans la vie active ou lors d'accidents de parcours, ces formes particulières d'emploi sont devenues de plus en plus des modalités récurrentes de l'insertion professionnelle. Il en a résulté un phénomène paradoxal « d'installation dans la précarité » (Castel, 1995).

Par ailleurs, à l'ampleur du mouvement de fragilisation de l'emploi se conjugue un caractère inédit qui fait de la précarité une *nouvelle question sociale*, issue de la conjonction d'une nouvelle réalité socio-économique et d'un nouveau système de normes et de valeurs de l'histoire sociale (Castel, 1995). Pendant l'industrialisation, l'idéologie du progrès a mis au cœur de la logique du capitalisme le principe d'accumulation. Tout au long de leur vie, les individus, les groupes et les institutions capitalisent sur leur bien-être. Le contexte socio-économique permet alors des logiques de prévision à long terme, une anticipation relativement sécurisée (Bourdieu, 2007) et favorise chez les individus et les groupes le sentiment de contrôler en grande partie son avenir, ou a minima, le sens à lui donner.

À cette mutation profonde des politiques de l'emploi par la normalisation et l'institutionnalisation des emplois précaires correspond une transformation des modalités de l'aide sociale (Bresson, 2010). Les dispositifs fondés sur une exclusion permanente, et

donc sur une relative permanence de l'aide sont remis en cause au profit de dispositifs ajustés aux transformations du monde du travail. Ainsi, les aides sociales sont de plus en plus soumises à des révisions périodiques, et la flexibilité du marché du travail étant considérée comme la facilitation du passage du chômage vers l'emploi, les dispositifs se fondent de plus en plus sur le contrôle des bénéficiaires et leurs responsabilisations, dans une logique de « présomption de méfiance ». Ainsi en une vingtaine d'années, il s'est substitué, à un modèle fondé sur la stabilité de l'emploi et la sécurité sociale, l'institutionnalisation de chômage et de l'aide sociale.

Cette double institutionnalisation, tant économique que de l'aide sociale, constitue le cœur de la précarisation sociale d'une part de plus en plus importante de la population. Cette mutation, qui atteint à la fois les domaines économiques, sociaux, juridiques et idéologiques, ne correspond pas seulement à une mutation sociale mais également à une mutation socio-culturelle :

« Tous les indicateurs dans lesquels Durkheim nous a appris à lire le signe de l'anomie sont à la hausse (...), ce qui peut être interprété non seulement comme un résultat mécanique du développement de la précarité et de la misère, mais aussi comme la marque d'un effacement des prises que les personnes peuvent avoir sur leur environnement social, avec pour résultat un affaiblissement de la croyance qu'elles peuvent placer dans l'avenir en tant que point de fuite capable d'orienter l'action et de conférer par rétroaction un sens au présent. Le trouble que suscite cette difficulté à se projeter dans l'avenir qu'expriment les indicateurs d'anomie peut-être attribué à l'existence d'un conflit entre, d'une part, des normes valorisant ce qui se tient dans la durée, et d'autre part la condition humaine dans un monde flexible où les êtres se modifient au gré des situations qu'ils rencontrent (?). »

Ces contradictions ont des répercussions bien au-delà du monde du travail où elles s'originent. L'instabilité et l'incertitude qui marquent de plus en plus les situations individuelles entraînent des révisions des modes d'existences dans de nombreux domaines (Bresson, 2010) : les relations familiales, le rapport à la formation, au logement, au travail, à la santé et aux soins ... Il existe une répercussion généralisée dans tous les domaines de l'existence de l'instabilité sociale.

2.2.3.3. Définir la précarité

Wresinski (1987), dans le rapport qu'il a présenté au Conseil économique et social, a

défini la précarité comme :

« l'absence d'une ou de plusieurs sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible. »

La spécificité des situations de précarité est de substituer la menace au statut, il s'ensuit des modes d'intégrations fragiles, incertains, marqués par la vulnérabilité et une forme plus ou moins larvée de disqualification (Paugam, 1991).

Selon Furtos (2000), il faut distinguer précarité, exclusion et pauvreté :

« La précarité sociale ne doit pas être confondue avec la pauvreté, laquelle est une question de seuil dans une culture donnée. On peut vivre dans une société pauvre sans précarité, on peut vivre précaire dans une société riche. Bien entendu, ce que l'on appelle « grande précarité » est synonyme de pauvreté voire de misère. La précarité n'est pas à confondre non plus avec l'exclusion bien qu'elle entretienne un rapport avec elle : elle peut amener à être exclu de son groupe d'appartenance voire de la scène sociale où se joue l'apparition du citoyen. »

La précarité touche des individus issus de tous les milieux sociaux ou professionnels mais frappe plus fortement les catégories les plus démunies de la population qui accumulent des handicaps successifs (chômage récurrent ou de longue durée, faibles ressources, absence de logement ou logements insalubres, isolement, solitude extrême, absence de solidarités familiales, incertitude totale vis-à-vis de l'avenir, maladie, fragilisation psychique) jusqu'à atteindre le seuil de l'exclusion (Tap et de Lourdes Vasconcelos, 2004).

La situation de précarité est avant tout un combat contre des agressions dont la diversité est soulignée par le manque d'argent induisant des déséquilibres de l'alimentation, des économies sur le chauffage ou sur les vêtements, une débrouille perpétuelle entre les huissiers et les banques, de la violence au sein du monde du travail, une menace perpétuelle de chômage, un éloignement de l'environnement familial ou social, un envi-

ronnement urbain dégradé, le poids de situation d'échecs scolaires et de déqualification sociale (HCSP (Haut Comité de Santé Publique), 1998).

2.2.3.4. Expérience de la précarité, trajectoires précaires et rapports au temps

Les rapports entre les dimensions d'instabilité et d'incertitude liées aux situations de précarité et le rapport à l'avenir ont été soulignés dans de nombreux travaux . Ces derniers ont peu à peu imposé ce rapport subjectif comme dimension essentielle dans la définition des situations de précarité.

Ainsi, la définition de Wresinski (1987) stipule que la précarité « compromet gravement les chances (...) de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible ». Bourdieu (2007) souligne qu'elle « affecte profondément celle ou celui qui la subit, en rendant l'avenir incertain, elle interdit toute anticipation rationnelle ». Pour Sordes-Ader et Tap (2002), elle s'accompagne de « l'absence de perspectives (...) et l'impossibilité de donner sens à l'avenir ». Pour Cingolani (2011), la précarité renvoie « principalement à ce dont l'avenir n'est pas assuré ».

L'impact de l'incertitude sur le rapport à l'avenir constitue ainsi la dimension essentielle qui permet de saisir la spécificité des situations de précarité. Les travaux de Paugam (1996) démontrent comment l'insertion sociale précaire atteint les possibilités d'anticiper et de contrôler l'avenir et comment cette incertitude entraîne une méfiance à l'égard du futur, rempli dès lors d'une menace diffuse. Ce contexte psychosocial qui entrave la capacité à anticiper et à planifier de manière satisfaisante le futur est générateur de sentiment non-contrôle et de vulnérabilité, identifiées comme facteur de repli sur soi, d'isolement, et comme participant à l'établissement de vécus pathogènes. Comme le souligne Bourdieu (2007) :

« la possession des assurances minimales concernant le présent et l'avenir, qui sont inscrites dans le fait d'avoir un emploi permanent et les sécurités associées, est en effet ce qui confère aux agents ainsi pourvus les dispositions nécessaires pour affronter activement l'avenir ».

Les situations de précarité, par la privation d'avenir qu'elles représentent, sont source de souffrance pour ceux qui y sont confrontés, alliant l'anxiété à la frustration, au stress et à la dévalorisation de soi. Elles impliquent des modes d'ajustement, de faire-avec spécifiques (Paugam, 1996). La gestion d'un budget sans cesse menacé, l'impossibilité de s'insérer dans un réseau de relations sociales et d'envisager l'avenir sous l'angle de la durée transforme le rapport au travail, à la famille, au logement, aux institutions. ...

Atteignant le rapport au monde au niveau du sens, l'incertitude atteint également le rapport au monde au niveau de l'action.

Au maximum, pour Guinchard (2011), les précaires sont soumis à un déluge de hasard. Plus vulnérables et moins armés, ils sont dans des logiques de dénuement. Les situations de pauvreté imposent une révision des échelles de valeurs ayant cours dans le mode de vie typique des classes moyennes. Des incidents, habituellement considérés comme des événements insignifiants, ont des conséquences comparables à des secousses telluriques, qu'ils ébranlent des mondes de vie et même parfois les pulvérisent : pour un ménage vivant avec le RSA, une dépense imprévue de plusieurs dizaines d'euros impose l'obligation de réorganiser toute l'alimentation du ménage pendant plusieurs semaines. Ce déluge de hasards condamne le précaire « à rester présent au présent dans l'immédiateté de l'instant ».

« Pour parodier J.P. Sartre, on pourrait dire à cet égard que les pauvres ont, plus que les riches, « à être leur être », « qu'ils sont jetés là ». Mais, à la différence des héros de l'existentialisme, ils restent « englués » dans des situations d'où ils ne s'évadent pas. Leur instabilité n'est pas le produit d'un « arrachement » libérateur, mais, au contraire, une conséquence de la « facticité » à laquelle ils n'échappent pas (Guinchard, 2011) ».

Si l'avenir est, en situation de précarité, marqué de manière centrale par l'incertitude, les moyens mobilisés pour donner sens, faire-face ou faire-avec introduisent une diversité d'expériences vécues de cette incertitude (Fieulaine *et al.*, 2006). Entre le repli vers un passé idéalisé ou marqué par la rumination, l'enfermement dans un présent du plaisir ou du fatalisme, un refuge dans l'irréalisme, les vécus ainsi que leurs conséquences sont diversifiés. Il n'en reste pas moins que ces vécus divers ont pour base commune le rétrécissement des horizons temporels futurs qu'apporte l'instabilité.

Ainsi pour Leclerc-Olive et Engrand (2000) :

« survivre dans la précarité requiert de compter au jour le jour, de s'ajuster au plus près à ce dont on dispose, de s'adapter aux conditions qui vous sont imposées, de restreindre l'horizon temporel de ses engagements, alors que sortir du cercle de la précarité requiert simultanément de s'arracher au quotidien et de régler ses actions routinières sur un projet de vie dont l'issue elle-même est aventurée ».

Les situations de précarité, au-delà de se définir par rapport à l'incertitude de l'avenir, s'établissent également en rapport à l'instabilité des trajectoires, et à la fragilisation

qu'impliquent les ruptures tournants ou discontinuité qui affectent les biographies individuelles (Cingolani, 2011). Elles entraînent une déstructuration des perceptions biographiques par la multiplication et l'instabilité d'expériences hétérogènes. Cette question que posent les trajectoires biographiques, et leur possible intégration dans une vision de soi cohérente dans le temps, concerne directement l'identité. L'instabilité et la complexité grandissantes des trajectoires sociales rendent problématique la préservation du sens et de la continuité de son histoire de vie. L'articulation signifiante dans une même vision de la diversité chronologique des expériences personnelles, représente un appui essentiel à la construction de l'identité personnelle et constitue le socle à la projection d'un avenir maîtrisable.

2.2.3.5. L'hypothèse de la vulnérabilité sociale

Il existe également une relation circulaire qui est parfois avancée pour expliquer le lien fort entre précarité et santé mentale dégradée. Il s'agit de l'hypothèse de la vulnérabilité sociale (Fortin, 1989). Celle-ci s'appuie notamment sur le fait que les groupes sociaux les plus pauvres sont ceux qui ont le moins d'influence et de pouvoir dans la société.

Cette absence de pouvoir favorise le développement de sentiments tels que celui d'avoir une incapacité à avoir prise sur l'avenir, le sentiment d'être à la merci des décisions arbitraires, le sentiment que les règles sociales ont d'abord été mises en place pour favoriser les autres et le sentiment de ne jamais pouvoir bénéficier des avantages et des richesses auxquels les autres groupes sociaux ont accès. Ces sentiments donnent lieu à un écosystème de méfiance.

Cet écosystème affecte à son tour les attitudes et la personnalité de ceux qui y vivent. Cela se traduit par une plus grande instabilité émotionnelle, un plus grand nombre d'attitudes de soumission, une plus grande timidité, un plus haut degré d'impuissance, et une attitude plus craintive et anxieuse. Cela affecte également la motivation. Les conséquences les plus souvent constatées sont le peu de désir d'accomplissement personnel, une faible constance à la tâche, un faible niveau de résistance à la frustration et la recherche de gratifications immédiates. Il en résulte une plus grande vulnérabilité et le développement d'un plus grand nombre de problèmes de santé mentale.

2.2.3.6. Coping et précarité

La situation de précarité est décrite comme un combat contre des agressions dont la diversité est soulignée par le manque d'argent induisant des déséquilibres de l'alimentation,

des économies sur le chauffage ou sur les vêtements, une débrouille perpétuelle entre huis-siers et banques, de la violence au sein du monde du travail, une menace perpétuelle de chômage, un éloignement de l'environnement familial ou social, un environnement urbain dégradé, le poids de situation d'échecs scolaires et de déqualification sociale (Sordes-Ader et Tap, 2002). La relation entre une situation de précarité socio-économique et le degré de souffrance psychique, voire la survenue d'une pathologie mentale, n'est ni une relation linéaire, ni une relation immédiate : comme pour toute situation stressante, qu'il s'agisse d'un événement de vie éprouvant ou de la confrontation à un problème de santé physique, l'équilibre émotionnel d'un individu est en bonne partie conditionné par le type et l'efficacité des stratégies d'ajustement qu'il aura réussi à déployer face à l'adversité.

En 2002, Sordes-Ader et Tap ont réalisé une étude au sein d'un Centre d'Examen de Santé auprès de 150 précaires et autant de non-précaires pour notamment comparer leur niveau de stress, stratégies de coping et estime de soi respective. Les trois stratégies de coping retenues sont le retrait/soutien social (implique la fuite de la situation stressante aussi bien dans l'alcool que dans l'imaginaire), le contrôle/focalisation (une action est entreprise pour limiter les effets du stress) et le refus/conversion (tendance à dénier la réalité ou à l'accepter après évaluation). Cette étude retrouve une estime de soi plus dégradée pour les personnes précaires, un stress global plus important et surtout la stratégie de coping privilégiée est celle de retrait. Ainsi, les personnes précaires adopteraient plus souvent la fuite de la situation, aussi bien dans l'alcool, la drogue ou l'imaginaire, pour ne pas être envahies par leurs propres émotions.

Il existe deux stratégies générales de coping. La première dite *coping centré sur le problème*, est utilisée face à une situation jugée comme contrôlable par le sujet (objectivement et subjectivement). La seconde est dite *coping centré sur l'émotion* préférentiellement utilisée face à un événement jugé non contrôlable (l'individu tentera plutôt de gérer ses propres problèmes émotionnels plutôt que la situation sur laquelle il ne peut agir). La première stratégie est plus efficace que la seconde. La Rosa *et al.*, dans leur étude au Centre de Prévention Sanitaire et Sociale (CPSS) de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de la Seine-Saint-Denis réalisée en 2000, trouvent que le groupe de précaire est caractérisé par un niveau plus élevé de détresse psychosociale et des sous-scores plus élevés d'anxiété, de dysfonctionnement social et de dépressivité, mais non de somatisation, ainsi que par un recours plus net à des stratégies de coping centrées sur l'émotion et un moindre optimisme dispositionnel.

2.2.4. La démoralisation au regard de la précarité

La situation de précarité semble être une situation favorable à l'émergence de la démoralisation telle qu'elle est envisagée dans les écrits les plus récents. Elle est décrite comme un « provisoire qui s'éternise » dans lesquels sont enfermées des personnes vivant des révoltes politiquement inexprimables ou des situations bouleversant tous leurs codes de valeurs. Parce qu'elle contraint l'individu à vivre dans le présent et à ne pouvoir se projeter avec confiance de l'avenir, on peut imaginer que la démoralisation est l'un des effets psychiques observés dans la littérature sur la précarité.

Ainsi, la description du vécu des patients hospitalisés démoralisés pourrait ressembler au vécu d'un individu précaire :

« Ils ont des difficultés à dormir plus importantes, intensifiées par des ruminations et des préoccupations. Ils se plaignent de ne pas pouvoir agir, d'avoir le sentiment d'être un fardeau et de devoir compter sur les autres. Ils se sentent frustrés et piégés dans l'hôpital ou dans les soins ; incertains et inquiets quant au fait qu'il peut ne pas y avoir d'amélioration à leur situation et qu'ils peuvent avoir des effets secondaires. Ils expriment un sentiment d'incompétence subjective, se sentent obligés d'embarrasser les autres, car ils sont incapables de prendre soin d'eux-mêmes. Ils se sentent coupables et inutiles, car incapables de s'occuper de leurs proches et parce qu'ils se sentent coupables d'avoir fait quelque chose de mal. Ils se décrivent comme broyant du noir et inquiets avec le sentiment d'être obligé de penser et de ne pas pouvoir se distraire. Finalement, ils expriment une perte d'espoir et du désespoir, voyant la vie comme de plus en plus ou fondamentalement inutile (Clarke *et al.*, 2006). »

2.2.4.1. Démoralisation et littérature sur la précarité

L'hypothèse de la démoralisation ayant peu été testée dans le contexte spécifique de la précarité¹, on ne peut qu'extrapoler à partir des concepts déjà existants pour voir qu'elle pourrait être son éventuelle pertinence dans la clinique de la précarité.

En tant que telle, la démoralisation de Frank ne se retrouve que dans Précarité et Santé Mentale (Kovess-Masféty, 2001). Elle est évoquée sous la forme d'une dimension de la santé mentale séparée des maladies mentales. Elle désigne alors la détresse psychique

1. à notre connaissance, elle n'a été testée que dans des populations migrantes et de réfugiés (Briggs, 2013)

évoquée par Dohrenwend et ShROUT (1980) et de nombreuses études ont montré que cette souffrance psychique est plus élevée chez les populations précaires.

C'est en ce sens que l'étude sur la précarité et la santé mentale en Centres de santé de Grenoble définissait la souffrance psychique (Dubois-Fabing *et al.*, 2012). Plus spécifiquement, la souffrance psychique y est décrite comme « le témoin du débordement des capacités des mécanismes d'adaptation et de défense des patients ».

Une adaptation à l'impasse Pour Roussillon (2008), la clinique de la précarité repose sur un renoncement au principe de réalité, norme habituelle du fonctionnement psychique, la logique du principe de réalité étant une logique d'espoir. Ainsi,

« dans le contact avec les sujets aux prises avec les états de détresse et la souffrance psychique liés à la vulnérabilité de la précarité sociale, le praticien est tenté d'utiliser la conception courante de la normalité [...]. Il est tenté de continuer de raisonner les logiques des situations cliniques et sociales auxquelles il est confronté en fonction d'une logique de réalité, ou à penser que son action doit s'accompagner d'une « éducation » à la logique du principe de réalité [...].

Le problème est que, bien souvent, il se trouve confronté à des sujets qui ne sont plus habités par des logiques de l'espoir [...]. La situation est vécue comme une situation qui a été ou est en impasse, c'est-à-dire sans issue au sein d'une économie du plaisir, même transformée en principe de réalité. »

Le psychisme met alors en œuvre des *solutions* pour survivre à *l'impasse subjective existentielle* due à la précarité extrême et dont les symptômes des syndromes d'exclusions semblent être les signes.

« [Ces solutions] ne constituent pas une psychopathologie ou des solutions psychopathologiques par elles-mêmes. Ce qui peut devenir *psychopathologique*, c'est de rester prisonnier des solutions ainsi mises en œuvre, de ne pas pouvoir revenir en arrière si les données de l'impasse se modifient, si celle-ci se résout d'une manière ou d'une autre, et ceci au-delà de l'inertie inévitable des processus humains ».

Ainsi, tant la démoralisation que la littérature sur la précarité ont au moins pour élément commun de décrire le vécu d'un individu qui, habité par un sentiment d'impuissance, « se tapit dans un coin spatio-temporel », « presque uniquement occupé à survivre » (Frank, 1973).

Dans le syndrome d'auto-exclusion de Furtos (2008) le point d'enclenchement du syndrome est une *perte de courage*.

« Ce découragement, observable et encore parlable par le sujet, assez facilement réversible au début, se traduit peu à peu par un renoncement qui peut confiner au désespoir absolu, lequel ne peut alors plus s'exprimer en mots ; celui-ci se définit alors comme la disparition du pouvoir d'agir sur le présent comme sur l'avenir, sinon en transformant psychiquement une situation passive (être exclu) en son contraire (s'exclure). »

Néanmoins, dans le découragement du syndrome d'auto-exclusion, on retrouve une différence avec le concept du syndrome de démoralisation : la motivation conserve une direction.

« Selon mes observations, le renoncement porte sur beaucoup de choses, mais conserve un idéal, souvent très normatif, d'ailleurs, qui ne peut être confronté à sa réalisation, même partielle, car la possibilité de déception disparaît, entraînant avec elle l'impossibilité d'agir en direction du souhaitable ».

La souffrance psychique Dans le rapport *Souffrance psychique et exclusion sociale* (Parquet, 2003), la souffrance psychique est considérée comme un concept qui a été individualisé pour rassembler les dysfonctionnements psychoaffectifs rencontrés en situation de précarité, mais qui n'entrent pas dans le cadre des troubles mentaux caractérisés. Il pourrait donc s'agir d'un *diagnostic d'exclusion*.

La souffrance est une réaction aux difficultés existentielles. Dans l'approche compréhensive et explicative que semble privilégier le rapport de groupe de travail,

« la souffrance psychique survient lorsque les mécanismes d'adaptation et de défense du sujet sont dépassés, lorsque les habiletés sociales sont mises à mal. Ce débordement des capacités d'adaptation peut être la conséquence d'événements et de situations traumatisants ou déstabilisants marqués et identifiables dans le temps ou être secondaire à la répétition ou au cumul d'événements et de situations dont le caractère traumatique et déstabilisant est moins évident. »

Le rapport *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher* du groupe de travail Ville, Santé Mentale, Précarité Et Exclusion Sociale (Lazarus et Strohl, 1995) s'interroge à propos de l'un de ses cas cliniques introductifs à propos de la souffrance psychique : « Est-ce de la dépression ou du désespoir ? ».

La souffrance psychique y est caractérisée par ces symptômes : la honte, la perte d'estime de soi, le désinvestissement de la relation à l'autre, la fatigue, la perte d'énergie, l'échec récurrent, etc.

Ce rapport souligne que pour le moment, personne ne sait si

« les symptômes de détresse psychique sévère [...] doivent être rapportés essentiellement à un mauvais état de santé mentale, voire une maladie psychiatrique soignable en tant que telle ou s'ils traduisent un mal être important, que seul le changement de leurs conditions de vie est susceptible d'améliorer ».

« Aucune de ces recherches non plus ne fournit pour l'instant de certitudes quant à la question de la qualification de la souffrance mentale repérée, notamment sur le point de savoir s'il s'agit de maladie mentale et/ou de souffrance sociale. Néanmoins, ces recherches montrent bien la liaison qu'il y a entre la forme des symptômes, leur mode d'expression et les conditions de vie ».

Cette incertitude trouve son origine dans le fait

« qu'il est impossible, même cliniquement, de distinguer les dépressions des situations de désespérance, et que les deux ne relèvent pas du même traitement, il n'y a donc pas de substitution possible entre le psychiatrique et le social ».

Il semble se dessiner dans ces deux rapports que la souffrance psychique d'origine sociale peut être conceptualisée comme assez semblable à la démoralisation : il s'agit d'une souffrance existentielle, dans laquelle les compétences du sujet sont dépassées et se traduisent par des symptômes peu spécifiques, qu'elle partage avec la dépression bien qu'en étant distincte. Ici aussi se pose la question de la distinction du normal et du pathologique. La principale différence est le lieu dans lequel elle se manifeste : celui du théâtre social.

2.2.4.2. Souffrance psychique, démoralisation et dépression

Bresson (2003) souligne, à propos du lien entre santé mentale et précarité sociale,

« la difficulté à distinguer la maladie dépressive de la simple « démoralisation », et un des enjeux de cette distinction : déterminer si les psychiatres doivent prendre en charge les populations concernées. »

À l'appui de sa démonstration, elle rappelle les conclusions du rapport de Guesdon *et al.* (1998) conduit dans la métropole lilloise. Dans cette étude, 20 % des patients présentent des troubles dépressifs évalués par le CIDIS et 60 % sur la vie entière. Pointant les limites de l'outil de mesure utilisé dans le contexte de la précarité, les auteurs se détachent du diagnostic de dépression, préfèrent parler de *réaction dépressive*, qui serait un simple *trouble de l'adaptation* et soulignent que « de la démoralisation à la maladie dépressive, la frontière est bien ténue ». Et ils écrivent : « On peut admettre une surestimation probable, mais non mesurable des symptômes dépressifs ». Les auteurs soulignent cependant l'existence d'une authentique souffrance, et s'appuient sur le taux de tentatives de suicide pour présenter les SDF comme une population à risque, pour laquelle une prévention serait salutaire.

Arveiller (2002) se penchant sur les liens entre dépression et chômage montre que « les études quantitatives ne permettent donc finalement en aucune façon de conclure à une causalité directe du phénomène chômage sur la dépression ». Poursuivant l'analyse sous un angle plus phénoménologique, il suggère que la réaction au chômage dépend des soutiens de proximité trouvés par l'individu. Faute d'un environnement approprié, la personne privée d'emploi traverse différents états : attente, démoralisation, *panne*. Mais l'assimilation de cette panne à l'évolution d'un processus dépressif ne va pas de soi, à moins d'intégrer dans la définition tout ce qui, « sans relever d'un tableau de dépression psychiatrique, est traité par antidépresseurs ». Au-delà de la boutade, l'auteur propose de distinguer la « dépression morbide » – renvoyant à un « stress psychosocial », de la « dépression pathologique » – pour la pathologie psychiatrique avérée. Si les soins à apporter ne sont pas les mêmes, le premier état représente aussi un trouble « dans la mesure où il s'avère qu'un emploi ne permettrait plus, faute d'étayage en temps utile, un retour au même état de santé mentale qu'avant le traumatisme du chômage » .

2.2.4.3. La désespérance

Le syndrome d'exclusion de Maisondieu (2011) associe 3 grands signes cliniques : la honte, la désespérance et l'inhibition affectivo-cognitive, et une cause : la situation d'exclusion. Cette notion de désespérance est ce qui, à notre avis, se rapproche le plus de la notion de démoralisation.

La désespérance est décrite ainsi :

« La désespérance : elle n'est pas la dépression bien qu'elle puisse la singer en tous points, elle est la conscience douloureuse d'une impuissance totale

à modifier son état d'exclu et le vécu d'une solitude extrême, associés au sentiment qui cela n'intéresse personne. Elle peut culminer en désespoir, et conduire au suicide. À la différence de la dépression qui a besoin d'un traitement pour se dissiper, la désespérance est susceptible de disparaître si le contexte se modifie et si d'authentiques liens humains parviennent à se tisser entre l'exclu et son entourage ».

Il nous semble qu'elle caractérise ce vécu propre de la démoralisation : le vécu de celui qui ne peut agir sur son état. On peut retrouver une progression clinique assez proche des entités cliniques déjà évoquées. Le terme même de démoralisation est évoqué :

« J'ai rencontré nombre d'exclus en situation de précarité et de pauvreté, et ils étaient assez mal dans leur peau pour faire la démarche peu évidente [...] de venir voir un psychiatre [...] Parmi eux, j'ai vu quelques déprimés, c'est vrai, mais finalement assez peu, et j'ai très peu prescrit d'antidépresseurs. En revanche, j'ai été fréquemment confronté à des états de démoralisation ou de désespoir parfaitement insensible aux médicaments, mais immédiatement réversible dès que la situation des intéressés cessait d'être désespérante (Maisondieu, 2010). »

La désespérance est un état psychologique dont le diagnostic différentiel majeur est celui de la dépression. Elle a une progression clinique propre et une thérapeutique propre. Elle est plus qu'une simple souffrance psychique, qu'une détresse psychologique aspécifique. Maisondieu ajoute :

« Le déprimé peut se désespérer à force d'être déprimé, le désespéré peut sombrer dans la dépression s'il vit trop durablement dans une situation difficile dont on ne saurait dire à la fin si elle est désespérante ou déprimante. Mais malgré leur proximité et leur possible entremêlement, dépression et désespoir sont deux choses différentes. Si, comme c'est trop souvent le cas du fait de l'omniprésence du modèle médical, on ne se préoccupe que des états dépressifs chez les exclus, il est évident qu'on ne trouvera que des dépressions, et même beaucoup de dépressions, par adjonction des états de désespoirs non repérés parce que non recherchés et placés indûment dans la rubrique dépression. C'est une éventualité beaucoup moins rare qu'on pourrait le croire dans la mesure où il est plus facile pour quiconque s'occupe d'exclusion, d'attribuer une humeur triste et une anxiété présentées à peu près inévitablement par un exclu à un état dépressif ou anxiodépressif, que

d'accepter de reconnaître que c'est la situation qui est déprimante et anxio-gène. On se sent à la fois moins impuissant et moins concerné dans le premier cas. Accuser la maladie et prescrire un traitement qui peut éventuellement être efficace, cela engage beaucoup moins que de soutenir quelqu'un dans une situation à peu près impossible à résoudre concrètement. Il n'y a pas le même risque identificatoire ni la même implication émotionnelle. Le risque étant de passer de l'indispensable neutralité bienveillante et désintéressée à une neutralité en forme d'indifférence qui peut aller jusqu'au désintérêt pour l'autre en souffrance bien que les gestes professionnels paraissent accomplis conformément aux règles de l'art (évolution que l'on peut voir dans certaines formes de burn-out chez des intervenants confrontés durablement à la misère humaine quand « trop c'est trop ! »).

Dans toutes les enquêtes de population, la détresse psychologique est plus élevée dans les classes défavorisées (Kovess-Masféty, 2001).

2.2.4.4. Un phénomène frontière

Entre normal et pathologique La question de savoir si la démoralisation est une souffrance normale, pathogène ou pathologique est sujette à débat. Les discussions théoriques sur la nature de la démoralisation et son caractère normal ou pathologique se cristallisent autour de la question de sa place dans le DSM-IV TR.

Rappelons ce qu'en dit Maisondieu (2010) :

« Grande est maintenant la tentation d'aller trop loin dans l'autre sens et de ne voir dans la tristesse, l'anxiété et l'inhibition de qui n'a pas de travail les effets d'un état dépressif ou d'une anxiété pathologique, alors qu'il s'agit généralement de réactions normales de démoralisation, d'inquiétude ou de désespoir, en rapport avec l'analyse lucide et le vécu douloureux d'une situation désespérante. Réactions d'un sujet qui vit péniblement sa mise à l'écart et dont le traitement devrait moins passer par la prise de médicaments – rarement nécessaires et à utiliser avec discernement, car leurs effets secondaires ne sont pas négligeables et ne facilitent pas le combat pour la vie – que par l'amélioration de sa situation. »

Slavney (1999), à l'image de Maisondieu, insiste sur le caractère normal de la démoralisation et la place sur l'axe V (fonctionnement global). Il estime que la démoralisation

est une réponse normale face aux événements adverses. Il lie la démoralisation au deuil qui est une réaction non pathologique au stress (et qui se trouve sur l'axe V). Mais tout comme le deuil, elle doit bénéficier d'une attention clinique particulière. Il alerte sur le fait que faire de la démoralisation un trouble psychiatrique fait glisser le soin du somaticien vers le psychiatre, alors que le patient a avant tout besoin de compréhension, d'encouragement et d'engagement plus actif. Dans cette optique, pathologiser la démoralisation revient à médicaliser/psychiatriser une réaction normale, et dans le contexte somatique où est né le concept, on risque de l'utiliser pour dénier le « droit à la mort » en soins palliatifs (Ganzini et Prigerson, 2004; Parker, 2004).

De Figueiredo (1993) propose que l'Axe IV (facteurs psychosociaux et environnementaux) soit conceptualisé comme l'axe de la démoralisation avec une notation séparée pour la détresse et l'incompétence subjective. Il estime ainsi que la démoralisation, sans être une pathologie mentale proprement dite, est toujours anormale, notamment du fait de son impact important sur le fonctionnement, et doit être séparée de l'axe V.

Clarke et Kissane (2002) considèrent que c'est un état pathologique qui nécessite d'être placé sur l'Axe I, derrière la dépression à l'image des troubles de l'adaptation. Plus précisément, ils estiment qu'il s'agit d'un trouble de l'humeur, sous type de la dépression et égale à la dépression anhédonique.

Entre individuel et social

La loi socioculturelle de la démoralisation Comme cela a déjà été évoqué, la démoralisation ne peut survenir que si l'une de ces deux conditions est réunie :

- lorsque les attentes de l'individu concernant l'estime de soi sont mises à mal par une situation stressante,
- ou lorsque les liens sociaux sont inadéquats.

En effet, de Figueiredo (1983a), psychiatre interculturel et social, a l'idée que la démoralisation pourrait être l'équivalent d'une *dépression anomique*. Ainsi, il propose une loi socioculturelle de la démoralisation :

« À un certain niveau de changements socioculturels, la prévalence de la détresse est inversement proportionnelle à l'intégration socioculturelle dans cette population ».

Situations		Etats psychologiques		
Changement socioculturel	Intégration socioculturelle	Détresse	Incompétence subjective	Démoralisation
rapide	plus	moins	plus	moins
rapide	moins	plus	plus	plus
lente	plus	moins	moins	aucune
lente	moins	plus	moins	moins

Tableau 2.1. – Relations entre démoralisation et changement socioculturel proposées par de Figueiredo et Frank (1982)

La manifestation de la démoralisation dans ce contexte se fera en fonction de la vitesse et de l'importance des changements socioculturels et de l'intégration socioculturelle (voir Tableau 4.1).

Pour Griffith (2013) également, la démoralisation peut être la traduction clinique d'une souffrance sociale ou d'injustice sociale (stigmatisation, discrimination, intimidation ou exploitation). Les personnes démoralisées sentent que leurs problèmes reposent sur les circonstances, et non sur leur état mental.

Anomie et démoralisation Ces conceptions de la démoralisation à la limite entre individuel et social font écho à une définition sociologique ancienne de la démoralisation. En effet, dans l'étude qu'ils ont consacrée aux paysans polonais transplantés aux États-Unis, Thomas et Znaniecki (1920) introduisent les concepts de démoralisation et de désorganisation sociale qui correspondent à différents aspects de l'anomie de Durkheim. Le premier se réfère au versant individuel et le second au versant social. Dans cette étude, les auteurs s'intéressent aux paysans polonais transplantés aux États-Unis. Arrivant dans un nouveau pays, les paysans polonais s'aperçoivent très vite que les valeurs admises dans leur milieu d'origine n'ont plus cours. La famille, qui garantissait le maintien de ces valeurs, se décompose et ne peut plus jouer le rôle qu'elle jouait dans l'ancienne société. Elle cesse d'assurer sa fonction économique de société, de secours mutuel, sa fonction sociale de régulateur des relations sociales, sa fonction psychologique de soutien à ses membres en difficulté. Le paysan se trouve donc entraîné dans un processus de désorganisation sociale.

Ce processus se traduit au niveau de l'individu par une démoralisation. L'absence de cadres et de règles sociales intériorisés contraint l'individu à une conduite errante,

limitée à la vie au jour le jour, à une existence qu'il perçoit lui-même comme dépourvue de signification : son existence n'a plus de signification, son avenir n'a plus de sens (Spencer, 2000).

Les populations migrantes La démoralisation a été étudiée dans une population précaire bien particulière : les migrants. Cet intérêt est ancien (Ritsner *et al.*, 1996; Zilber, 1999). Les études montrent que les immigrants, volontaires ou contraints, sont exposés à de hauts niveaux de stress psychologique pendant le processus d'insertion sociale. Le fait de se retrouver confronté à la réalité de la migration ainsi que l'isolement social peut conduire les migrants à se sentir aliénés et en échec, ce qui peut mener à une détresse existentielle, à la dépression et/ou à la démoralisation.

Pour Briggs (2013), la démoralisation est un concept particulièrement intéressant pour les professionnels travaillant avec les réfugiés et les migrants car il contient de nombreux symptômes et sentiments qui peuvent être vécus comme le résultat d'une implantation, particulièrement si cela survient dans le contexte d'une migration forcée.

Briggs et Macleod (2010) proposent de s'éloigner de la vision traditionnelle de la souffrance psychique des migrants pour se centrer sur la démoralisation. En effet, alors qu'il y a de nombreuses preuves que le lien entre position socioéconomique et risque de stress impacte la santé mentale dans la population générale, il y a une compréhension limitée de la façon dont celui-ci impacte la santé mentale des réfugiés et des migrants. La littérature tend en effet à se focaliser sur les pertes dues aux migrations forcées : perte de statut, de logement, de mobilité, d'identité, etc. La migration, même si elle est forcée, n'est pas pour autant dénuée d'espoir. Mais les difficultés rencontrées dans le pays entraînent un écart entre les aspirations et les réalisations ce qui peut avoir pour conséquence une tristesse de l'humeur, un sentiment d'aliénation et d'échec. Cet écart, associé à un isolement social, peut se traduire par une détresse existentielle et ainsi conduire à la démoralisation.

Dans un ensemble d'études menées par son équipe (Briggs et Macleod, 2006; Briggs *et al.*, 2007; Briggs et Macleod, 2010), des taux importants de migrants démoralisés sont retrouvés (de 25 à 40 %). Le fait d'être au chômage est le facteur le plus associé avec la démoralisation, ce qui est en accord avec la littérature sur la détresse psychologique des migrants, le second facteur le plus important est celui de la compréhension de la langue.

La démoralisation chez les migrants est pour les auteurs qui l'étudient un élément qui met en évidence la place particulièrement importante des facteurs sociaux et politiques

dans ce phénomène plutôt que ceux psychologiques. C'est par exemple pourquoi, pour aider à prendre en charge la démoralisation chez les migrants, Briggs (2013) suggère de favoriser les approches sociales et politiques basées sur l'accès à l'emploi, l'apprentissage de la langue, l'accès égal aux services sociaux et éducatifs et aux respects de l'identité culturelle.

Deuxième partie .

Étude

MATÉRIEL ET MÉTHODE

3.1. Problématique et hypothèses

Nous l'avons vu les situations de précarité sont des situations très difficiles qui entraînent une grande souffrance psychique. Dans ce sens, on peut citer le fait que les suicides sont particulièrement importants dans ces populations ou encore la prévalence importante d'épisode dépressif modéré ou léger. Cette dernière prévalence interroge : ce diagnostic d'épisode dépressif modéré ou léger capture-t-il de façon imparfaite une souffrance psychique autre ? En effet, cette souffrance psychique, pourtant très bien identifiée par les professionnels du champ social et qui impacte leur travail, demeure peu traitée car elle fait l'objet de peu de consensus concernant ses critères diagnostiques. Elle se manifeste le plus souvent par une humeur triste sans remplir tous les critères de l'épisode dépressif majeur, on retient alors le terme de *déprime*.

Dans le mesure où un diagnostic de dépression est posé, il peut être envisagé le recours à un traitement pharmacologique, par antidépresseurs ou anxiolytiques. Pourtant les cliniciens rapportent une efficacité faible de ceux-ci.

Dans ce contexte, nous pensons qu'il peut être possible d'envisager l'existence d'une autre entité, d'expression clinique proche, partageant certains symptômes avec la dépression. La démoralisation pourrait être cette entité.

Par ailleurs, nous l'avons vu, la suicidalité est une dimension commune à la dépression et à la démoralisation. Cette dimension apparaît par l'intermédiaire du désespoir, qui est le facteur le plus prédictif du risque suicidaire.

Surtout, il nous semble que la situation de la précarité est une situation particulièrement *démoralisante*. En effet, l'instabilité et l'incertitude qui caractérisent son vécu sont retrouvées tout à la fois dans la littérature sur la démoralisation et dans la littérature sur la précarité. Il s'agit même des éléments qui permettent de différencier les situations d'exclusion des situations de précarité.

L'objectif de notre recherche est donc d'étudier la prévalence de la démoralisation dans une population précaire.

Nous formulons donc l'hypothèse suivante : la précarité est situation source de démoralisation, elle existe donc chez les précaires au même titre que la dépression.

3.2. Préparation de l'enquête

Nous proposons une étude transversale (descriptive).

L'approche d'une population particulièrement sensible a nécessité la création d'un lien de confiance et du temps pour lui permettre de se construire.

Dans un premier temps, nous avons rencontré les différents cadres de l'association pour obtenir l'accord de la direction. Cela a permis également de déterminer quels étaient les lieux les plus adéquats pour mener l'enquête. Ensuite, nous avons rencontré les travailleurs sociaux de la structure le Foyer Cénomman. Cette rencontre a permis de présenter le contexte théorique de l'étude et de discuter le dispositif qui conviendrait le mieux à l'institution. Enfin, l'étude a été présentée aux résidents sur un temps collectif. De plus, l'enquêteur passait un temps d'immersion et d'observation dans chaque structure pour se faire connaître par la population et ainsi favoriser leur acceptation quant à leur participation.

L'enquêteur s'est rendu dans la structure sur une période de deux mois durant l'été 2014. Ceci a eu lieu le soir puisque la structure est fermée en journée et n'ouvre qu'à partir de 17h jusqu'à 9h le lendemain.

L'approche de la population a été particulièrement sensible et a nécessité la création d'un lien de confiance, c'est pourquoi l'enquêteur a, autant que possible, été introduit par un membre du personnel de la structure ce qui a aidé et facilité la création du lien entre l'enquêteur et les usagers interviewés.

Les questionnaires sont administrés en face à face par l'enquêteur (de façon à ne pas mettre les personnes en difficulté), dans un lieu préservant la confidentialité. Nous avons instauré volontairement un temps en fin de passation qui permet de répondre aux nouvelles questions s'ils le souhaitent et de s'assurer qu'ils allaient bien.

Le temps de passation est fixé à trente minutes hors échanges informels et interruptions, mais les passations étaient souvent bien plus longues.

Nous avons également noté un besoin important de s'exprimer ; certaines questions fermées étaient commentées, illustrées par des exemples tirés de leurs expériences de vie. L'administration était donc très variable puisque certaines personnes avaient besoin d'explicitier chacun de leur choix de réponses tandis que d'autres ne l'éprouvaient pas.

3.3. Population choisie

Pour notre étude, nous avons choisi d'explorer le concept de démoralisation dans une population précaire. La population précaire retenue est celui du Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) du Mans : le Foyer Cénomane. Le CHRS Foyer Cénomane est un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale qui aide des personnes isolées en leur proposant un accueil d'urgence et un accompagnement médico-social personnalisé. Il accueille préférentiellement les hommes. Un dispositif infirmier et des lits de soins permettent aux personnes de bénéficier d'un logement et d'un suivi médical.

Ce centre d'hébergement est l'un des services proposés par l'association Tarmac. Celle-ci est issue de la fusion de trois associations mancelles (La Halte Mancelle, L'Horizon et L'Oasis 72) qui œuvraient dans les domaines de la veille sociale et de l'insertion. L'association Tarmac a pour première mission « d'accueillir toute personne dans la précarité et en situation d'urgence en lui assurant écoute et accompagnement dans la recherche de toutes formes d'habitat ».

Nous avons retenu un CHRS plutôt qu'un autre lieu de travail social car celui-ci offre une certaine *sécurité* pour mener à bien notre travail. En effet, dans ce lieu, une permanence infirmière quotidienne est assurée. Il existe une permanence médicale une fois par semaine. Des éducateurs spécialisés interviennent sur une large plage horaire, ceux-ci fournissent un accompagnement personnalisé aux résidents. Enfin, la nuit, il y a la présence d'un veilleur. L'Équipe Mobile Psychiatrie Précarité du Mans réalise une permanence infirmière dans ce lieu à raison d'une fois par semaine.

Il nous a semblé peu sûr pour un premier travail sur le sujet de faire le recrutement dans des lieux d'accueil social tel que les accueils de jour et les points de distributions de repas. Nous voulions éviter qu'une personne qui se serait saisie de l'entretien pour évoquer des sujets sensibles se retrouve brutalement seule sans possibilité de bénéficier rapidement d'un soutien.

Après avoir rencontré l'infirmière responsable du dispositif et présenté l'objet de notre recherche, elle nous a présenté les usagers. Nous avons donc sollicité leur participation

et nous avons rencontré individuellement les personnes ayant accepté de participer à la recherche. Nous avons pu rencontrer les usagers dans un endroit calme et isolé.

Critères d'inclusion Il s'agit des critères suivants :

- résidents au Foyer Cénomman durant la période de l'étude,
- résidents majeurs,
- francophones,
- ayant accepté de participer à notre étude.

Critères d'exclusion : Il s'agit donc des critères suivants :

- résidents mineurs,
- ne maîtrisant pas le français,
- ayant refusé de participer à l'étude.

3.4. Les outils d'évaluation

3.4.1. L'Échelle de Démoralisation (*Demoralization Scale*).

Cette échelle a été développée par Kissane *et al.* (2004) dans un contexte de soins somatiques et plus précisément à partir d'observations cliniques de patients d'oncologie et de médecine palliative.

Cet outil montre une très bonne validité clinique, descriptive et prédictive (Kissane *et al.*, 2004; Briggs, 2011; Mehnert *et al.*, 2011) de la démoralisation pour les populations de patients pour lesquelles elle a pu être testée. Il s'agit d'un auto-questionnaire explorant toutes les dimensions de la démoralisation, telles que décrites par les auteurs, et l'ordre des dimensions explorées suit celui de l'apparition des symptômes que Kissane *et al.* (2004) corrélerent à la gravité du tableau clinique et au risque de passage à l'acte suicidaire.

Bien qu'ils envisagent la démoralisation comme un processus évolutif en plusieurs étapes, ils rappellent toutefois qu'il n'est pas certain qu'il s'agisse d'une relation strictement linéaire. Les individus démoralisés ne passent pas nécessairement par chaque stade ni même dans un ordre identique.

L'échelle comporte 24 items qui se répartissent selon 5 dimensions :

- la dysphorie (5 items),
- le découragement (6 items),
- le sentiment d'échec (4 items),
- le sentiment d'impuissance (4 items),
- la perte de sens et de but dans la vie (5 items).

Chaque item est coté selon une échelle de Lickert de 0 (jamais) à 5 (tout le temps), ce qui permet d'obtenir des degrés de démoralisation pour les populations étudiées avec des scores qui oscillent entre 0 et 96.

Boursier-Akrout (2012) retrouve deux façons d'interpréter ces résultats. La première est celle utilisée par Kissane *et al.* (2004) qui détermine un cut-off à un score de 30 :

- score inférieur ou égal à 30 : bas niveau de démoralisation,
- score strictement supérieur à 30 : haut niveau de démoralisation.

Mullane *et al.* (2009) puis Mehnert *et al.* (2011) ont pour leur part déterminé statistiquement qu'il serait plus juste de déterminer deux seuils. Ils ont donc proposé :

- score inférieur ou égal à 19 : bas niveau de démoralisation,
- score entre 20 et 40 : niveau de démoralisation intermédiaire,
- score supérieur strictement à 40 : haut niveau de démoralisation.

Cette échelle n'existe pas en français et aucune étude ne l'a jamais validée dans notre langue. Nous avons donc retenu la traduction réalisée et utilisée par (Boursier-Akrout, 2012).

3.4.2. *Mini International Neuropsychiatric Interview*

Le Mini International Neuropsychiatric Interview (Sheehan *et al.*, 1998) est un entretien structuré à visée diagnostique développé en France et aux Etats-Unis. Dix-sept troubles psychiatriques peuvent être explorés en 120 questions organisées selon un arbre logique avec deux à quatre questions filtres par trouble. La validité du MINI a été étudiée en comparaison avec le *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) et le *Structured Clinical Interview for DSM-III-R* (SCID).

Cet outil a été retenu dans l'étude *Samenta* (Laporte et Chauvin, 2010), à l'exception de la partie dédiée aux addictions. Dans une phase prétest, la concordance entre des cliniciens a été réalisée. Elle est modérée pour les troubles psychotiques et bonne pour les troubles dépressifs.

3.4.3. L'éthique de l'enquête

Nous n'avons interrogé les personnes qu'après avoir obtenu leur consentement. L'anonymat et la confidentialité des propos tenus ont été garantis. Les instruments ont été présentés ainsi que les objectifs de l'enquête. Nous avons également veillé à ce que les entretiens et la passation des questionnaires se déroulent dans un environnement et un contexte adéquat. Un membre du personnel pouvait assister à l'entretien si c'était le souhait du résident.

RÉSULTATS

Quinze résidents ont accepté de participer à l'enquête. Le Foyer Cénomane possède 69 places d'hébergement. Ces places se répartissent entre les Lits Halte Soins Santé auxquels sont associés les lits pour personnes vieillissantes (11 places), 9 places réservées pour les lits d'urgences et 49 lits pour des places de réinsertions. Cette répartition des places dans la structure diffère de la distribution habituelle. Durant l'enquête, la fermeture d'un second CHRS a contraint la structure à adapter son fonctionnement.

Durant l'enquête, la structure accueillait 17 femmes. Huit personnes étaient non francophones ou avaient une maîtrise insuffisante de la langue française.

4.1. Facteurs sociodémographiques

	Résultats
Âge moyen	43,5 ans
Homme	93,33%
Suivi psychiatrique	26,67%
Traitement psychotrope	33,33%
Emploi	13,33%
Atelier	33,33%
Contact actif avec la famille	73,33%

Tableau 4.1. – Facteurs sociodémographiques

Notre population est composée majoritairement d'hommes (93,33%). L'âge moyen est de 43,5 ans. La personne interrogée la plus jeune a 20 ans, la plus âgée a 76 ans.

La plupart déclarent avoir encore des contacts avec leur proche (73,33%). La majorité ne travaille pas, un tiers bénéficie d'aide à la réinsertion par le biais d'un atelier.

Un quart des résidents interrogés déclare un suivi psychiatrique, un tiers déclare recevoir un traitement psychotrope, quel qu'il soit.

4.2. Diagnostics psychiatriques de la MINI

Diagnostic de la MINI	Nombre	Pourcentage
Épisode dépressif majeur actuel	4	26,67%
Épisode dépressif majeur passé	3	20,00%
Épisode dépressif majeur avec caractéristique mélancolique	0	0%
Dysthymie actuel	1	6,67%
Risque suicidaire actuel	7	46,67%
Épisode hypomaniaque actuel	0	0%
Épisode hypomaniaque passé	0	0%
Épisode maniaque actuel	0	0%
Épisode maniaque passé	1	6,67%
Trouble panique	1	6,67%
Agoraphobie	2	13,33%
Phobie sociale	0	0%
Trouble obsessionnel compulsif	0	0%
État de stress post-traumatique	1	6,67%
Dépendance alcoolique actuelle	0	0%
Abus d'alcool actuel	0	0%
Dépendance à une substance actuelle	1	6,67%
Abus de substance actuelle	1	6,67%
Syndrome psychotique actuel	0	0%
Syndrome psychotique vie entière	2	13,33%
Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques actuel	0	0%
Anorexie mentale	0	0%
Boulimie	0	0%
Anxiété généralisée	2	13,33%
Trouble de la personnalité antisociale vie entière	1	6,67%

Tableau 4.2. – Résultats de la MINI

L'ensemble des résultats est présenté dans le tableau 4.2. Les épisodes dépressifs majeurs sont présents dans 26,67% des cas. Seuls 13,33% des personnes déclarent une problématique addictologique (addiction aux jeux, consommation de cannabis). Le risque suicidaire est présent chez la moitié (46,67%) des individus interrogés, celui-ci est le

plus souvent dû à un antécédent de tentative de suicide. Les troubles anxieux représentent un tiers des troubles exprimés. Les troubles psychotiques représentent 13,33%. Le trouble de la personnalité antisociale n'est retrouvé que dans 6,67% des cas, le trouble maniaque dans 6,67%. Au total, hors risque suicidaire, 46,67% (n=7) des individus de notre échantillon présente un trouble psychiatrique.

4.3. Démoralisation

La littérature retrouve deux moyens d'interpréter l'Échelle de démoralisation. La première, celle de Kissane (2004), retient un cut-off ≥ 30 . Elle permet de classer en sujet démoralisé/non démoralisé. La seconde est celle initiée par Mullane *et al.* (2009). Elle classe les populations en démoralisation basse, modérée et haute. Les démoralisations modérées et hautes sont cliniquement pertinentes. Dans ce dernier cas, le score de démoralisation est :

- ≤ 20 , pour une démoralisation basse,
- $20 < \text{et} \leq 40$, pour une démoralisation moyenne,
- $\text{et} > 40$, pour une démoralisation haute.

Les résultats sont présentés dans le tableau 4.3.

	Nombre de sujet	Pourcentage
<i>Définition de Kissane</i>		
Démoralisation	5	33,33%
<i>Définition de Mullane</i>		
Démoralisation basse	7	46,67%
Démoralisation modérée	5	33,33%
Démoralisation haute	3	20,00%

Tableau 4.3. – Résultats de l'Échelle de démoralisation

Les résultats en fonction des facteurs de l'Échelle de démoralisation sont présentés dans le tableau 4.4. Nous avons inclus dans celui-ci la médiane et le score maximal pouvant être réalisé pour chacun des facteurs la composant.

Facteur	Score maximum	Médiane
Dysphorie (5 items)	20	5
Découragement (6 items)	24	3
Sentiment d'échec (4 items)	16	4
Sentiment d'impuissance (4 items)	16	5
Perte de but et sens de vie (5 items)	20	0

Tableau 4.4. – Facteurs de démoralisation

4.4. Risque suicidaire

Le risque suicidaire est présenté dans le tableau 4.5. Le tableau 4.6 présente le nombre et le pourcentage de personnes démoralisées avec un risque suicidaire.

Risque suicidaire	Nombre	Pourcentage
Léger	5	33,33%
Moyen	1	6,67%
Élevé	1	6,67%
Total	7	46,67%
Antécédent de tentative de suicide	5	33,33%

Tableau 4.5. – Risque suicidaire

Démoralisation	Nombre de personnes avec un risque suicidaire	Pourcentage
<i>Définition de Kissane</i>		
Démoralisation	5	100%
<i>Définition de Mullane</i>		
Démoralisation basse	1	14,298%
Démoralisation modérée	3	42,86%
Démoralisation haute	3	42,86%

Tableau 4.6. – Sujets démoralisés avec un risque suicidaire

4.5. Démoralisation et dépression

Le nombre de personnes démoralisées avec un épisode dépressif majeur est présenté dans le tableau 4.7.

	Nombre	Pourcentage
<i>Définition de Kissane</i>		
Démoralisation	4	80%
<i>Définition de Mullane</i>		
Démoralisation basse	0	0%
Démoralisation moyenne	1	16,67%
Démoralisation haute	3	100%

Tableau 4.7. – Démoralisés présentant un épisode dépressif majeur

DISCUSSION

Sur notre échantillon, 46,67% des individus interrogés présentaient un trouble psychiatrique, hors risque suicidaire. Nous allons mettre en perspective ces résultats avec ceux de la littérature scientifique sur le sujet.

5.1. Troubles psychotiques

La prévalence des troubles psychotiques est de 13,33%. Dans l'étude Samenta (Laporte et Chauvin, 2010), la présence de troubles psychotiques sur 12 mois est de 13,2%. Dans l'étude de Kovess et Lazarus (1999), cette prévalence est de 16% et dans la méta-analyse de Fazel *et al.* (2008) la prévalence des troubles psychotiques chez les sans domiciles est de 12,7%.

Ces taux sont globalement stables depuis 3 décennies. Ainsi, les prévalences estimées seraient 8 à 10 fois supérieures à celle de la population générale. Cette surreprésentation s'explique par les fragilités sociales propres aux psychotiques puisque la rupture sociale est un risque important pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères du fait d'une plus grande vulnérabilité par rapport à l'emploi ou au logement. Plus spécifiquement, pour les personnes atteintes de schizophrénie, environ, 10% ont déjà expérimenté la perte de logement et 5 % ont déjà dormi dans la rue (étude EuroSC citée dans Laporte et Chauvin, 2010).

5.2. Troubles dépressifs et troubles anxieux

La prévalence d'épisodes dépressifs majeurs actuels est de 26,6% dans notre population d'étude. Elle est proche de celle retrouvée dans l'étude *Samenta* (Laporte et Chauvin, 2010) et de celle retrouvée par Kovess et Lazarus (1999) : respectivement 20,3% et 20,2%. Cette prévalence est deux fois plus importante qu'en population générale.

Les troubles anxieux représentent 33,33% de notre échantillon. Dans l'enquête *Samenta* (Laporte et Chauvin, 2010), ces troubles représentent 12,2%. Ils sont évalués à environ 10% en population générale.

5.3. Risques suicidaires

Nous retrouvons un risque suicidaire de 46,67%, celui-ci est dans la plupart des cas évalués à léger. Il correspond à l'existence d'un antécédent de tentative de suicide. Un risque suicidaire modéré ou élevé est repéré par le MINI chez 12,9% (Laporte et Chauvin, 2010) ; en population générale, ce même risque est évalué à 4,0% (Bellamy *et al.*, 2004).

Les antécédents de tentatives de suicide sont de 33,33% dans notre population, elles sont de 21,8% dans l'étude *Samenta* contre 5% en population générale.

5.4. Addictions

Il n'y a pas dans notre échantillon de personnes alcoolodépendantes ou déclarant un abus d'alcool. Une personne a déclaré un problème d'addiction (une addiction aux jeux) et une personne un abus de substance (cannabis). La consommation régulière de substance psychoactive concerne 28,5% de la population *Samenta* (Laporte et Chauvin, 2010). L'étude de Kovess et Lazarus (1999) retrouve une consommation régulière de drogues illicites de 10,3% et une dépendance d'alcool de 14,9%.

Les faibles taux d'addictions déclarés peuvent s'expliquer par le fait qu'il est interdit de consommer dans le CHRS, ce qui peut engendrer une sous-déclaration.

5.5. Suivi

Dans notre échantillon, 57,14% des résidents ayant un trouble mental détecté par la MINI bénéficient d'un suivi. Il faut opposer ce taux à celui de 18,2% de suivi déclaré par les personnes souffrant d'un trouble psychiatrique actuel dans l'étude *Samenta* (Laporte

et Chauvin, 2010).

Nous pensons que ce taux élevé peut être dû à deux éléments. Le premier est que les personnes nécessitant des soins, mais refusant de consulter, ont évité de participer à l'enquête. Le second élément pouvant expliquer ce bon taux de prise en charge peut s'expliquer par l'intervention de l'Équipe Mobile Psychiatrie Précarité dans les locaux de cette structure ainsi que par la présence d'un médecin généraliste une matinée par semaine et d'une équipe infirmière quotidiennement.

5.6. Démoralisation

Dans notre échantillon, la démoralisation est toujours supérieure à la dépression, que ce soit en utilisant la définition de Kissane (2004) (33,33%) ou celle de Mullane *et al.* (2009) (démoralisation modérée ou élevée= 53,33%). Ceci nous conforte dans notre idée que la démoralisation est un concept cliniquement intéressant dans le contexte de la précarité. Cela nécessite de plus amples études.

Lors de la passation des entretiens, nous avons particulièrement eu le sentiment que certains facteurs étaient plus exprimés, plus caractéristiques de la situation de précarité. Il s'agit du sentiment d'impuissance et dans une moindre mesure du sentiment d'échec.

À l'inverse, le facteur perte de but et de sens de la vie est le moins important. Ceci est peu surprenant puisque, dans une structure telle qu'un CHRS, un travail conséquent de construction de projet individualisé est réalisé par les travailleurs sociaux.

5.7. Limites

Pour éviter les biais liés à la consultation dans un lieu de soin, nous avons choisi de réaliser une enquête *en population* c'est-à-dire d'interroger les personnes représentant une population précaire, et non seulement ceux ayant recours aux systèmes de soin. Ce dispositif permet d'éviter une surestimation en troubles psychiatriques et la stigmatisation qui lui est associée. Par ailleurs, dans un environnement de soin, les études précédentes permettaient de s'attendre à un taux d'environ 20 à 30 % de démoralisation.

Cependant, le fait de recruter dans un lieu d'aide social comme un CHRS ne garantit pas la représentativité des populations précaires. Les personnes les plus gravement malades sont hospitalisées. Certaines sont emprisonnées. Beaucoup enfin ne fréquentent

pas les structures d'aides et évitent les maraudes. Dans une grande métropole comme Paris, où le maillage médicosocial et associatif est important, ces dernières sont difficiles à évaluer. Elles sont estimées être entre 10 et 20% des personnes sans logis (Marpsat *et al.*, 2004). Dans les territoires plus ruraux comme la Sarthe, ces estimations sont inexistantes. Enfin, des auteurs soulignent que personne ne peut savoir combien sont « les personnes très malades (mélancoliques, psychotiques) qui se cachent dans les interstices de la ville » (Laporte et Chauvin, 2010). Il faut également rappeler que l'offre d'hébergement pour les personnes sans logement personnel est faible et tend localement à diminuer.

Ainsi, dans ce sens, nous n'avons pas pu voir les personnes les plus malades, car soit elles étaient hospitalisées, soit il nous était déconseillé de les voir (pour ne pas qu'elles aillent *plus mal*), soit tout simplement elle devait nous éviter et ne pas vouloir *encore parler à un psy*.

Le faible nombre de personnes recrutées nous a beaucoup interrogé. En effet, le taux de participation pour l'enquête *Samenta* est de 75% pour les CHRS et 64% pour les centres d'hébergement d'urgence (Laporte et Chauvin, 2010), dans l'étude de Kovess et Lazarus (1999), il est de 64,2%. Ces taux de participation sont cohérents avec ceux de la méta-analyse de Fazel *et al.* (2008) : en effet sur les 29 études incluses, la plupart ont des taux de participation supérieurs à 70% et 8 ont même des taux de participations supérieurs à 90%. Ceci contraste avec les difficultés d'approche des personnes sans logement rapportées par les professionnels, leurs alertes sur la difficulté à créer un lien. Ainsi, lorsqu'une étude explique son faible taux de refus (9%) par « le désir des personnes de profiter de ce moment de rencontre » ou « le désir de faire connaître leurs conditions de vie » (Marpsat *et al.*, 2004), cela contraste avec une clinique marquée par la « non demande » ou par « l'inversion sémiologique des demandes » (Furtos, 2009). Nous avons du mal à concevoir que la très grande majorité des personnes hébergées pour la nuit en hiver accepte volontiers de répondre à une heure et demie (Fischer *et al.*, 1986) de questions portant sur son mal-être ou sur les événements de vie traumatiques qu'elles ont pu subir uniquement par la volonté de témoigner.

Aussi comment peut-on expliquer notre faible recrutement qui a eu lieu au mois d'août et septembre 2014? La première explication que nous pouvons proposer est celle de notre dispositif : nous n'avons pas réussi à attirer les résidents vers l'enquête. En effet, la fenêtre où les résidents sont disponibles est faible : elle s'étend de l'ouverture de la structure à 17h au temps du repas à 19h, au-delà les résidents ne sont plus *disponibles*

pour répondre aux questions. Par ailleurs, lors de ce moment, la plupart des résidents montent immédiatement dans leur chambre. Ceux qui travaillent n'arrivent que pour le temps du repas. Une seconde explication réside dans la difficulté à participer à une enquête de santé mentale. La psychiatrie reste marquée par une certaine stigmatisation et il est difficile d'aborder ses sentiments ou son mal-être. Plusieurs éducateurs ont pu témoigner de la difficulté tant à proposer qu'à motiver les résidents à aller vers le domaine de la santé mentale. Une troisième explication réside peut-être dans le dispositif employé par les études de grande envergure. En étant massivement présents et visibles sur un lieu, les enquêteurs ne peuvent être ignorés ou contournés par les usagers. Ce phénomène incite à la participation et s'associe généralement à un dédommagement financier en cas de réponses complètes à l'enquête.

Nous pensons également que le recours à un instrument standardisé tel que le MINI, n'est pas nécessairement le plus adéquat. Le risque de surestimer les troubles mentaux a été souligné dans plusieurs études (Fischer et Breakey, 1991; Fazel *et al.*, 2008; Laporte et Chauvin, 2010). Les résidents nous ont semblé vouloir témoigner de leur souffrance et accentuer leurs réponses à la MINI. À cela, s'ajoute peut-être une difficulté de compréhension des questions. Ainsi, l'expression de l'agoraphobie a pu nous sembler parfois être la traduction d'une certaine *honte* sociale. Beaucoup ont témoigné d'une quasi constante préoccupation des soucis et tracas qui ont pu eux aussi gonfler les diagnostics de troubles anxieux et dépressifs.

CONCLUSION

La démoralisation est un construit psychiatrique qui s'adresse à la question de la souffrance psychologique. Celle-ci est le plus souvent indéterminée, aspécifique. Cliniquement, cela se traduit soit par un usage répété à la catégorie des troubles de l'adaptation, soit cela conduit à une inflation de la catégorie trouble dépressif. Par ailleurs, le terme même de démoralisation, bien que fréquemment employée, est rarement défini et semble décrire une réalité pauvre.

Cette indétermination de la détresse psychologique, clinique et psychopathologique, a plusieurs désavantages. Elle prête le flanc à la critique d'une psychiatrisation ou d'une psychologisation excessive de la société. En effet, nous l'avons évoqué précédemment, le choix de parler en terme de souffrance des difficultés d'un individu et d'un groupe social correspond soit à une défaillance du domaine social (Bresson, 2006), soit à un changement de normes sociales (Ehrenberg, 2000, 2010). Par ailleurs, cette détresse psychologique peine à s'articuler avec les grandes nosographies psychiatriques. Elle peut alors donner l'impression d'être évidente, de ne pas avoir à être expliquée et elle autorise ou même impose une intervention médicalisée, ce qui peut être compris comme une extension injustifiée du pouvoir médical. Enfin, l'idée d'une détresse psychologique aspécifique manque d'utilité clinique. Elle ne s'inscrit pas dans un modèle psychopathologique précis ; elle ne permet pas de prise en charge psychothérapeutique spécifique et sa pertinence est difficilement testée cliniquement.

Ces désavantages se font particulièrement sentir dans le domaine de la précarité, ou de l'intervention sociale, qui nécessite à la fois des compétences issues des champs psychologique et social. C'est, par exemple, pour surmonter ces difficultés, que la clinique psy-

chosociale telle que définie par Furtos (2000) affirme la nécessité d'un langage commun à ces deux champs. Le syndrome d'auto-exclusion est un exemple de cette élaboration commune.

Ainsi, l'enjeu de la démoralisation est à notre avis de spécifier cette souffrance, aspécifique certes mais qui se place à côté de la dépression ; elle est une *déprime*. Elle s'en distingue en n'étant pas un dysfonctionnement biologique. Elle est l'une des réactions possibles, douloureuse bien que le plus souvent normale, aux événements psychosociaux.

La démoralisation associe des symptômes quotidiennement rencontrés en pratique clinique : impuissance, perte d'espoir, sentiment de perte de contrôle, sentiment d'incapacité à agir sur sa situation, perte d'estime de soi, honte ... C'est peut-être ce qui minore l'intérêt pour la démoralisation : très commune, accompagnant le clinicien, celui-ci en vient à ne plus y prêter attention, ou plutôt il la gère *naturellement*.

Nous pensons que l'évolution de la psychiatrie en santé mentale remet au goût du jour cette thématique. D'autant plus que le psychiatre a désormais à intervenir à côté d'autres professionnels de la relation d'aide.

La démoralisation traduit le vécu d'une situation, à la fois sociale et psychologique. Celle-ci entraîne une perte de sens dans le monde psychique de l'individu. Celui-ci se retrouve alors dans la situation de ne plus savoir quoi faire pour faire face. Frank pensait que chaque type de psychothérapie proposait une explication et des solutions pour surmonter une telle situation.

L'un des enjeux des recherches actuelles autour de la démoralisation est d'en circonscrire les limites. Ceux qui participent à cette recherche sont avant tout des cliniciens et leurs conceptions de la démoralisation sont fortement influencées par leur pratique. Les travaux à venir devraient donc chercher à converger autour d'une définition et d'outils d'évaluation communs.

Nous pensons que la démoralisation n'est pas un trouble de l'évaluation des capacités de l'individu à atteindre un but. En effet, elle se distingue de concepts cognitivistes comme le sentiment d'autoefficacité ou l'impuissance apprise. Nous ne pensons pas non plus qu'elle est l'un des nouveaux visages de l'acédie : elle ne correspond pas « l'à-quoi-bon » des phénoménologues (Charbonneau et Legrand, 2005), à la perte de la valeur du sens de la vie.

La démoralisation est une crise du non-sens : il y a dans les situations de démoralisation non seulement une perte de sens mais également l'empêchement de l'élaboration d'un

nouveau sens. En soin palliatif, le patient démoralisé est dans une situation où il ne peut se projeter : ni condamné, ni guéri, il est dans l'attente, coincé dans un présent, empêché de prendre du recul et de faire sens à sa situation. En précarité, on est dans la même situation. L'individu est dépossédé de son existence, et des valeurs qui lui sont associées, et il attend d'un autre, le médecin ou le travailleur social, qu'il lui donne un nouveau statut, une nouvelle identité.

La progression clinique de la démoralisation traduit bien cela : elle est tout d'abord une atteinte de l'espoir, puis de la valeur, du but et du sens de la vie (Clarke).

De Figueiredo a particulièrement souligné que ce qui fait sens pour l'individu est issu des liens qu'il entretient avec autrui. Ainsi, la démoralisation est un phénomène à la fois social et individuel. C'est pour cela, il nous semble, qu'elle réactualise le thème de l'anomie et de la dépression anémique. La situation d'anomie est, moins qu'un effondrement de la norme, un changement massif et rapide de la norme. Le migrant est l'individu le plus à même de la vivre (Thomas et Znaniecki, 1920).

Ainsi, la démoralisation est un phénomène qui reste difficile à appréhender se situant quelque part entre le normal et le pathologique et entre l'individuel et le social. Dans la nosographie psychiatrique, elle se situe entre le trouble de l'adaptation et la dépression. Sa prise en charge nécessite le recours à une psychothérapie, c'est-à-dire de rendre à un individu un sentiment de maîtrise.

Si nous supposons que la démoralisation est plus à même de se manifester dans une situation de précarité, elle est loin d'en être la manifestation exclusive. Des symptômes comme la honte et la culpabilité, bien que parfois évoqués par les auteurs de la démoralisation, n'apparaissent que peu. Ils sont pourtant centraux dans l'expérience sociale de la précarité. De même, on pourrait s'attendre à ce que l'idée de repli, de retrait du sujet soit mise en avant de façon plus importante dans la démoralisation. Les effets identitaires et l'impact sur l'estime de soi devraient peut-être être soulignés dans ses modèles dynamiques. Ainsi, la clinique de la précarité permet d'enrichir celle sur la démoralisation.

La démoralisation est un étrange concept. Elle peut sembler d'intérêt secondaire tant il est naturel pour les soignants – au sens large – de s'adresser à une telle condition. Elle a pourtant l'avantage de nous aider à rassembler des éléments habituellement dispersés dans la littérature sans toutefois rajouter de diagnostic.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAMSON, L. Y. et METALSKY, G. I. (1989). Hopelessness depression : A theory-based subtype of depression.
- ALARCON, R. D. et FRANK, J. B. (2012). *The psychotherapy of hope : the legacy of Persuasion and healing*. Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition : DSM-5*. American Psychiatric Publishing, Washington, D.C, 5 edition édition.
- ARVEILLER, J.-P. (2002). Chômage, dépression : un couple moderne. *L'information psychiatrique*, 78(1):37–42.
- BANDURA, A. (2003). *Auto-efficacité : le sentiment d'efficacité personnelle*. De Boeck Supérieur.
- BECK, A. T., KOVACS, M. et WEISSMAN, A. (1975). Hopelessness and suicidal behavior. *JAMA : the journal of the American Medical Association*, 234(11):1146–1149.
- BELLAMY, V., ROELANDT, J.-L. et CARIA, A. (2004). Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête santé mentale en population générale. *Études et résultats*, 347:1–12.
- BOURDIEU, P. (2007). *La misère du monde*. Seuil, Paris.
- BOURSIER-AKROUT, S. (2012). *Démoralisation et dépression au cours de la schizophrénie : état des lieux, caractéristiques cliniques et interrelation*. Thèse d'exercice, Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine, France.

- BRESSON, M. (2003). Le lien entre santé mentale et précarité sociale : une fausse évidence. *Cahiers internationaux de sociologie*, (2):311–326.
- BRESSON, M. (2006). *La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités*. L'Harmattan, Paris.
- BRESSON, M. (2010). *Sociologie de la précarité : Domaines et approches*. Armand Colin, 2e édition édition.
- BRIGGS, L. (2011). Demoralization and psychological distress in refugees : From research to practice. *Social Work in Mental Health*, 9(5):336–345.
- BRIGGS, L. (2013). Is the degree of demoralization found among refugee and migrant populations a social-political problem or a psychological one? *The European Journal of Psychiatry*, 27(1):27–35.
- BRIGGS, L. et MACLEOD, A. S. (2006). Demoralisation-a useful conceptualisation of non-specific psychological distress among refugees attending mental health services. *International Journal of Social Psychiatry*, 52(6):512–524.
- BRIGGS, L. et MACLEOD, S. (2010). Demoralization or clinical depression? enhancing understandings of psychological distress in resettled refugees and migrants. *World Cultural Psychiatry Research Review*, pages 86–98.
- BRIGGS, L., TALBOT, C. et MELVIN, K. (2007). Demoralisation and migration experience. *International Review of Modern Sociology*, pages 193–209.
- CALLAHAN, J. L., SWIFT, J. K. et HYNAN, M. T. (2006). Test of the phase model of psychotherapy in a training clinic. *Psychological Services*, 3(2):129–136.
- CAPLAN, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*.
- CASTEL, R. (1995). *Les métamorphoses de la question sociale*. Folio, Paris.
- CHABROL, H. et CALLAHAN, S. (2004). *Mécanismes de défense et coping*. Dunod, Paris.
- CHARBONNEAU, G. et LEGRAND, J.-M. (2005). *Dépressions et paradépressions : Clinique, psychopathologie et thérapeutique des manifestations paradépressives*. SB Publications, Paris.
- CINGOLANI, P. (2011). *La précarité*. Presses Universitaires de France - PUF, Paris, édition : 3 édition.

- CLARKE, D. (2012). Depression, demoralization, and psychotherapy in people who are medically ill. In *The Psychotherapy of Hope*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- CLARKE, D. M., COOK, K. E., COLEMAN, K. J. et SMITH, G. C. (2006). A qualitative examination of the experience of &lsquo ;depression&rsquo ; in hospitalized medically ill patients. *Psychopathology*, 39(6):303–312.
- CLARKE, D. M. et KISSANE, D. W. (2002). Demoralization : Its phenomenology and importance. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(6):733–742.
- CLARKE, D. M., KISSANE, D. W., TRAUER, T. et SMITH, G. C. (2005). Demoralization, anhedonia and grief in patients with severe physical illness. *World Psychiatry*, 4(2):96.
- CLARKE, D. M., SMITH, G. C., DOWE, D. L. et MCKENZIE, D. P. (2003). An empirically derived taxonomy of common distress syndromes in the medically ill. *Journal of psychosomatic research*, 54(4):323–330.
- CNTRL (2014). DÉMORALISATION : Définition de DÉMORALISATION.
- COCKRAM, C. A., DOROS, G. et de FIGUEIREDO, J. M. (2009). Diagnosis and measurement of subjective incompetence : the clinical hallmark of demoralization. *Psychotherapy and psychosomatics*, 78(6):342–345.
- COCKRAM, C. A., DOROS, G. et de FIGUEIREDO, J. M. (2010). Subjective incompetence as a clinical hallmark of demoralization in cancer patients without mental disorder. *Primary Psychiatry*, 17(7):54–58.
- DAMON, J. (2011). *L' exclusion*. Presses Universitaires de France - PUF, Paris, édition : 3e édition édition.
- de FIGUEIREDO, J. (2013a). Distress, demoralization and psychopathology : Diagnostic boundaries. *The European Journal of Psychiatry*, 27(1):61–73.
- de FIGUEIREDO, J. M. (1983a). The law of sociocultural demoralization. *Social psychiatry. Sozialpsychiatrie. Psychiatrie sociale*, 18(2):73–78.
- de FIGUEIREDO, J. M. (1983b). Some issues in research on the epidemiology of demoralization. *Comprehensive psychiatry*, 24(2):154–157.

- de FIGUEIREDO, J. M. (1993). Depression and demoralization : Phenomenologic differences and research perspectives. *Comprehensive Psychiatry*, 34(5):308–311.
- de FIGUEIREDO, J. M. (2007). Demoralization and psychotherapy : A tribute to jerome d. frank, MD, PhD (1909-2005). *Psychotherapy and psychosomatics*, 76(3):129–133.
- de FIGUEIREDO, J. M. (2013b). Advances in the study of demoralization : An overview. *The European Journal of Psychiatry*, 27(1):5–6.
- de FIGUEIREDO, J. M. et FRANK, J. D. (1982). Subjective incompetence, the clinical hallmark of demoralization. *Comprehensive psychiatry*, 23(4):353–363.
- DOHRENWEND, B. et SHROUT, P. (1980). Nonspecific psychological distress and other dimensions of psychopathology : Measures for use in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 37(11):1229–1236.
- DOHRENWEND, B. P. et CRANDELL, D. L. (1970). Psychiatric symptoms in community, clinic, and mental hospital groups. *The American journal of psychiatry*, 126(11):1611–1621.
- DOHRENWEND, B. P. et DOHRENWEND, B. S. (1982). Perspectives on the past and future of psychiatric epidemiology. the 1981 rema lapouse lecture. *American Journal of Public Health*, 72(11):1271–1279.
- DUBOIS-FABING, D., PICHON, P., ARNEVIELHE, A., SUSCILLON, M.-P., CARON, B., SAILLARD, F. et FRANÇOIS, P. (2012). Santé mentale, précarité et pratiques des médecins généralistes, enquête en centres de santé de grenoble. *Santé Publique*, Vol. 23(HS):97–111.
- EHRENBERG, A. (2000). *La Fatigue d'être soi. Dépression et société*. Odile Jacob, Paris.
- EHRENBERG, A. (2010). *La société du malaise*. Editions Odile Jacob, Paris.
- ENGEL, G. L. (1967). A psychological setting of somatic disease : The 'giving up - given up' complex. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 60(6):553–555.
- FAVA, G. A., FABBRI, S., SIRRI, L. et WISE, T. N. (2007). Psychological factors affecting medical condition : A new proposal for dsm-v. *Psychosomatics*, 48(2):103–111.
- FAVA, G. A., FREYBERGER, H. J., BECH, P., CHRISTODOULOU, G., SENSKY, T., THEORELL, T. et WISE, T. N. (1995). Diagnostic criteria for use in psychosomatic research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 63(1):1–8.

- FAZEL, S., KHOSLA, V., DOLL, H. et GEDDES, J. (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries : Systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Med*, 5(12):e225.
- FERRARI, S., GALEAZZI, G. M., MACKINNON, A. et RIGATELLI, M. (2008). Frequent attenders in primary care : impact of medical, psychiatric and psychosomatic diagnoses. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(5):306–314.
- FIEULAINÉ, N., APOSTOLIDIS, T. et OLIVETTO, F. (2006). Précarité et troubles psychologiques : l'effet médiateur de la perspective temporelle. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 72:51–64.
- FISCHER, P. J. et BREAKEY, W. R. (1991). The epidemiology of alcohol, drug, and mental disorders among homeless persons. *American Psychologist*, 46(11):1115–1128.
- FISCHER, P. J., SHAPIRO, S., BREAKEY, W. R., ANTHONY, J. C. et KRAMER, M. (1986). Mental health and social characteristics of the homeless : a survey of mission users. *American Journal of Public Health*, 76(5):519–524.
- FORTIN, D. (1989). La pauvreté et la maladie mentale : est-ce que les pauvres sont plus malades et si oui pourquoi? *Santé mentale au Québec*, 14(2):104.
- FRANK, J. D. (1973). *Persuasion and Healing : A Comparative Study of Psychotherapy*. JHU Press.
- FRANK, J. D. (1974). Psychotherapy : The restoration of morale. *American Journal of Psychiatry*, 131(3):271–274.
- FRANK, J. D. (1986). Psychotherapy—the transformation of meanings : discussion paper. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 79(6):341.
- FURTOS, J. (2000). Épistémologie de la clinique psychosociale (la scène sociale et la place des psy). *Pratiques en santé mentale*, 1:23–32.
- FURTOS, J. (2008). Le syndrome d'auto-exclusion. In *Les cliniques de la précarité : Contexte social, psychopathologie et dispositifs*, pages 118–133. Masson.
- FURTOS, J. (2009). *De la précarité à l'auto-exclusion*. Rue d'Ulm.
- GANZINI, L. et PRIGERSON, H. (2004). The other side of the slippery slope. *The Hastings Center report*, 34(4):3.

- GRASSI, L., ROSSI, E., SABATO, S., CRUCIANI, G. et ZAMBELLI, M. (2004). Diagnostic criteria for psychosomatic research and psychosocial variables in breast cancer patients. *Psychosomatics*, 45(6):483–491.
- GRASSI, L., SABATO, S., ROSSI, E., BIANCOSINO, B. et MARMAI, L. (2005). Use of the diagnostic criteria for psychosomatic research in oncology. *Psychotherapy and psychosomatics*, 74(2):100–107.
- GRIFFITH, J. L. (2013). Existential inquiry : Psychotherapy for crises of demoralization. *The European Journal of Psychiatry*, 27(1):42–47.
- GRIFFITH, J. L. et GABY, L. (2005). Brief psychotherapy at the bedside : Countering demoralization from medical illness. *Psychosomatics*, 46(2):109–116.
- GRISSOM, G., LYONS, J. et LUTZ, W. (2002). Standing on the shoulders of a giant : Development of an outcome management system based on the dose model and phase model of psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 12(4):397–412.
- GRUENBERG, M. (1967). The social breakdown syndrome-some origins. *Amer. J. Psychiat*, 123(12).
- GUESDON, I., ROELANDT, J.-L., GIGNAC, C., GARCIN, V., RIU, E., DUCQ, H., BRUYNOOGHE, N., MONDIERE, G., LARDE, P. et THIBAUT, J. (1998). Enquête lilloise sur la santé mentale des personnes sans domicile fixe : Les exclus. *Information psychiatrique*, 74(4):343–357.
- GUINCHARD, C. (2011). *Logiques du Denuement Reflexions Sociologiques Sur la Pauvreté et le Temps*. L'Harmattan, Paris.
- HCSP (HAUT COMITÉ DE SANTÉ PUBLIQUE) (1998). *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Collection Avis et rapports. Editions ENSP, Rennes.
- HOFFMANN, H., KUPPER, Z. et KUNZ, B. (2000). Hopelessness and its impact on rehabilitation outcome in schizophrenia –an exploratory study. *Schizophrenia Research*, 43(2–3):147–158.
- HOWARD, K. I., LUEGER, R. J., MALING, M. S. et MARTINOVICH, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome : Causal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4):678–685.

- JACOBSEN, J. C., MAYTAL, G. et STERN, T. A. (2007). Demoralization in medical practice. *Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 9(2):139–143.
- JACQUES, P. (2004). Souffrance psychique et souffrance sociale. *Pensée plurielle*, n^o 8(2):21–29.
- KISSANE, D. W. (2004). The contribution of demoralization to end of life decisionmaking. *The Hastings Center Report*, 34(4):21–31.
- KISSANE, D. W., CLARKE, D. M. et STREET, A. F. (2001). Demoralization syndrome—a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *Journal of Palliative Care*, 17(1):12.
- KISSANE, D. W., WEIN, S., LOVE, A., LEE, X. Q., KEE, P. L. et CLARKE, D. M. (2004). The demoralization scale : a report of its development and preliminary validation. *Journal of palliative care*, 20(4):269–276.
- KLEIN, D. F., GITTELMAN, R., QUITKIN, F. et RIFKIN, A. (1980). *Diagnosis and drug treatment of psychiatric disorders : adults and children*. Williams & Wilkins Baltimore.
- KOVES, V. et LAZARUS, C. M. (1999). The prevalence of psychiatric disorders and use of care by homeless people in paris. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 34(11):580–587.
- KOVES, V. et MANGIN LAZARUS, C. (1996). La santé mentale des sans-abri dans la ville de paris. Rapport technique, Association l’Elan retrouvé, Paris.
- KOVES-MASFÉTY, V. (2001). *Précarité et santé mentale*. Doin.
- LA ROSA, E., CONSOLI, S. M., LE CLÉSIAU, H., BIROUSTE, J., JOUBERT, M. et SOUFI, K. (2000). Étude de la souffrance psychosociale et de ses facteurs modérateurs chez les consultants en situation de précarité d’un centre de prévention sanitaire et sociale. *Revue d’épidémiologie et de santé publique*, 48(4):351–362.
- LAPORTE, A. et CHAUVIN, P. (2010). Samenta : rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d’île-de-france.
- LAZARUS, A. et STROHL, H. (1995). *Une souffrance qu’on ne peut plus cacher*. DIV : DIRMI, Paris, France.
- LAZARUS, R. S. (1966). Psychological stress and the coping process.

- LAZARUS, R. S. et FOLKMAN, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- LECLERC-OLIVE, M. et ENGRAND, S. (2000). Sortir de la précarité de l'emploi : entre routine et projet. In *Vivre la précarité*, pages 37–60. L'Aube Essai.
- LEE, C.-Y., FANG, C.-K., YANG, Y.-C., LIU, C.-L., LEU, Y.-S., WANG, T.-E., CHANG, Y.-F., HSIEH, R.-K., CHEN, Y.-J. et TSAI, L.-Y. (2012). Demoralization syndrome among cancer outpatients in taiwan. *Supportive Care in Cancer*, 20(10):2259–2267.
- LENOIR, R. (1974). *Les exclus. Un français sur dix*. Seuil, Paris.
- MAISONDIEU, J. (2004). *De l'Exploitation à l'Exclusion*. Le Temps des cerises.
- MAISONDIEU, J. (2010). *La fabrique des exclus*. Bayard, Paris.
- MAISONDIEU, J. (2011). De l'exclusion pathogène au syndrome d'exclusion. *Rhizome*, (4):14.
- MANGELLI, L., FAVA, G. A., GRANDI, S., GRASSI, L., OTTOLINI, F., PORCELLI, P., RAFANELLI, C., RIGATELLI, M. et SONINO, N. (2005). Assessing demoralization and depression in the setting of medical disease. *The Journal of clinical psychiatry*, 66(3):391–394.
- MANGELLI, L., SEMPRINI, F., SIRRI, L., FAVA, G. A. et SONINO, N. (2006). Use of the diagnostic criteria for psychosomatic research (DCPR) in a community sample. *Psychosomatics*, 47(2):143–146.
- MARCHESI, C. et MAGGINI, C. (2007). Socio-demographic and clinical features associated with demoralization in medically ill in-patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(10):824–829.
- MARPSAT, M., QUAGLIA, M. et RAZAFINDRATSIMA, N. (2004). Les sans domicile et les services itinérants. *Travaux de l'Observatoire 2003-2004*.
- MCLEOD, J. E. et CLARKE, D. M. (2007). A review of psychosocial aspects of motor neurone disease. *Journal of the Neurological Sciences*, 258(1–2):4–10.
- MEHNERT, A., VEHLING, S., HÖCKER, A., LEHMANN, C. et KOCH, U. (2011). Demoralization and depression in patients with advanced cancer : Validation of the german version of the demoralization scale. *Journal of pain and symptom management*, 42(5):768–776.

- MONFORT, J., HUGONOT, L., DEVOUCHE, E., WONG, C. et PEAN, I. (2010). Le syndrome de diogene et les situations apparentes d'auto-exclusion sociale. enquete descriptive. *Psychologie Et Neuropsychiatrie Du Vieillissement*, 8(2):141–153.
- MULLANE, M., DOOLEY, B., TIERNAN, E. et BATES, U. (2009). Validation of the demoralization scale in an irish advanced cancer sample. *Palliative & supportive care*, 7(3):323–330.
- OMS (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. World Health Organization.
- OTTOLINI, F., MODENA, M. G. et RIGATELLI, M. (2005). Prodromal symptoms in myocardial infarction. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(5):323–327.
- PADILLA, S. E. (2010). *Relationship of MMPI-2-RC Demoralization Scale to MCMI-III Scales in Psychiatric Inpatients*. Wichita State University, College of Liberal Arts and Sciences, Department of Psychology.
- PARIZOT, I. (2003). *Soigner les exclus*. Presses Universitaires de France - PUF, Paris.
- PARKER, M. (2004). Medicalizing meaning : Demoralization syndrome and the desire to die. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 38(10):765–773.
- PARQUET, P. J. (2003). Souffrance psychique et exclusion sociale. Rapport au secrétariat d'état à la lutte contre la précarité et l'exclusion auprès du ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité.
- PAUGAM, S. (1991). *La disqualification sociale : essai sur la nouvelle pauvreté*. Presses Universitaires de France - PUF, édition édition.
- PAUGAM, S. (1996). *L'Exclusion : l'état des savoirs*. La Découverte, Paris, édition : la découverte édition.
- PICARDI, A., PASQUINI, P., ABENI, D., FASSONE, G., MAZZOTTI, E. et FAVA, G. A. (2005). Psychosomatic assessment of skin diseases in clinical practice. *Psychotherapy and psychosomatics*, 74(5):315–322.
- PORCELLI, P., DE CARNE, M. et FAVA, G. A. (2000). Assessing somatization in functional gastrointestinal disorders : Integration of different criteria. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69(4):198–204.

- PORCELLI, P., DE CARNE, M. et TODARELLO, O. (2004). Prediction of treatment outcome of patients with functional gastrointestinal disorders by the diagnostic criteria for psychosomatic research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(3):166–173.
- RAFANELLI, C., GUIDI, J., GOSTOLI, S., TOMBA, E., PORCELLI, P. et GRANDI, S. (2013). Subtyping demoralization in the medically ill by cluster analysis. *The European Journal of Psychiatry*, 27(1):7–17.
- RAFANELLI, C., RONCUZZI, R., MILANESCHI, Y., TOMBA, E., COLISTRO, M. C., PANCALDI, L. G. et DI PASQUALE, G. (2005). Stressful life events, depression and demoralization as risk factors for acute coronary heart disease. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(3):179–184.
- RENAULT, E. (2008). *Souffrances sociales : philosophie, psychologie et politique*. Armil-laire. La Découverte, Paris.
- RITSNER, M., PONIZOVSKY, A., CHEMELEVSKY, M., ZETSER, F., DURST, R. et GINATH, Y. (1996). Effects of immigration on the mentally III—does it produce psychological distress? *Comprehensive psychiatry*, 37(1):17–22.
- ROELANDT, J. L. et PIEL, E. (2001). *De la Psychiatrie vers la Santé Mentale*. Ministère de l'emploi et de la solidarité.
- ROTTER, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs : General and applied*, 80(1):1.
- ROUSSILLON, R. (2008). La loi du plus faible : les stratégies de survie. In *Les cliniques de la précarité : Contexte social, psychopathologie et dispositifs*, pages 134–138. Masson.
- SELIGMAN, M. E. (1975). *Helplessness : On depression, development, and death*. WH Freeman/Times Books/Henry Holt & Co.
- SLAVNEY, P. R. (1999). Diagnosing demoralization in consultation psychiatry. *Psychosomatics*, 40(4):325–329.
- SONINO, N., RUINI, C., NAVARRINI, C., OTTOLINI, F., SIRRI, L., PAOLETTA, A., FALLO, F., BOSCARO, M. et FAVA, G. A. (2007). Psychosocial impairment in patients treated for pituitary disease : a controlled study. *Clinical Endocrinology*, 67(5):719–726.
- SORDES-ADER, F., ESPARBÈS-PISTRE, S. et TAP, P. (1997). Adaptation et strategies de coping a l'adolescence. *Spirale*, (20):131–154.

- SORDES-ADER, F. et TAP, P. (2002). Précarité socio-économique et vulnérabilité. *Pratiques psychologiques*, (4):65–77.
- SPENCER, D. J. (2000). Anomie and demoralization in transitional cultures : The australian aboriginal model. *Transcultural Psychiatry*, 37(1):5–10.
- STEWART, J. W., MERCIER, M. A., QUITKIN, F. M., MCGRATH, P. J., NUNES, E., YOUNG, J., OCEPEK-WELIKSON, K. et TRICAMO, E. (1993). Demoralization predicts nonresponse to cognitive therapy in depressed outpatients. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 7(2):105–116.
- TAP, P. et de LOURDES VASCONCELOS, M. (2004). *Précarité et vulnérabilité psychologique*. érès, Paris.
- TECUTA, L., TOMBA, E., GRANDI, S. et FAVA, G. A. (2014). Demoralization : a systematic review on its clinical characterization. *Psychological Medicine*, FirstView:1–19.
- TELLEGEN, A., BEN-PORATH, Y. S., SELLBOM, M., ARBISI, P. A., MCNULTY, J. L. et GRAHAM, J. R. (2006). Further evidence on the validity of the MMPI-2 restructured clinical (RC) scales : addressing questions raised by rogers, sewell, harrison, and jordan and nichols. *Journal of personality assessment*, 87(2):148–171.
- THOMAS, W. I. et ZNANIECKI, F. (1920). *The Polish Peasant in Europe and America ; Monograph of an Immigrant Group*, volume 5. G. Badger.
- TOMBA, E., RAFANELLI, C., GRANDI, S., GUIDI, J. et FAVA, G. A. (2012). Clinical configuration of cyclothymic disturbances. *Journal of Affective Disorders*, 139(3):244–249.
- VEHLING, S., LEHMANN, C., OECHSLE, K., BOKEMEYER, C., KRÜLL, A., KOCH, U. et MEHNERT, A. (2012). Is advanced cancer associated with demoralization and lower global meaning ? the role of tumor stage and physical problems in explaining existential distress in cancer patients. *Psycho-oncology*, 21(1):54–63.
- VEHLING, S., OECHSLE, K., KOCH, U. et MEHNERT, A. (2013). Receiving palliative treatment moderates the effect of age and gender on demoralization in patients with cancer. *PLoS ONE*, 8(3).
- VISSERS, W., KEIJERS, G. P. J., van der VELD, W. M., de JONG, C. A. J. et HUTSCHEMAEKERS, G. J. M. (2010). Development of the remoralization scale : An extension

- of contemporary psychotherapy outcome measurement. *European Journal of Psychological Assessment*, 26(4):293–301.
- WRESINSKI, J. (1987). *Grande pauvreté et précarité économique et sociale : séances des 10 et 11 février 1987*, volume 4074. Direction des journaux officiels.
- ZILBER, N. (1999). Détresse psychologique chez les immigrants de l'ex-union soviétique en Israël. facteurs de risque. *Bulletin du Centre de recherche français à Jérusalem*, (4):43–60.

ANNEXES

Échelle de Démoralisation

Pour chacune des affirmations suivantes, veuillez indiquer à quel point celle-ci s'applique à vous au cours des deux dernières semaines en entourant le nombre correspondant.

Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous sentis ...

		Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Tout le temps
1*	Je suis une personne qui peut apporter de bonnes choses aux autres	0	1	2	3	4
2	Ma vie semble inutile et absurde	0	1	2	3	4
3	Tout ce que je fais dans la vie ne sert à rien	0	1	2	3	4
4	Je n'ai aucune utilité	0	1	2	3	4

5	Je n'arrive plus à contrôler mes émotions	0	1	2	3	4
6*	Je suis de bonne humeur	0	1	2	3	4
7	Personne ne peut m'aider	0	1	2	3	4
8	Je suis incapable de m'en sortir seul	0	1	2	3	4
9	Je n'ai pas d'espoir	0	1	2	3	4
10	J'éprouve de la culpabilité	0	1	2	3	4
11	Je suis irritable	0	1	2	3	4
12*	J'arrive bien à faire face aux événements de la vie	0	1	2	3	4
13	J'ai beaucoup de regrets en ce qui concerne la vie	0	1	2	3	4
14	La vie ne vaut pas la peine d'être vécue	0	1	2	3	4
15	Je suis facilement blessé par de petites choses	0	1	2	3	4
16	Il m'arrive de me mettre en colère pour tout un tas de choses	0	1	2	3	4
17*	Je suis fier de ce que j'ai accompli	0	1	2	3	4
18	Je me sens dépassé et stressé par ce qu'il m'arrive dans la vie	0	1	2	3	4
19*	Je pense être une personne intéressante	0	1	2	3	4

20	Je préférerais ne plus être en vie	0	1	2	3	4
21	Je me sens triste et malheureux	0	1	2	3	4
22	Je me sens découragé en ce qui concerne ma vie	0	1	2	3	4
23	Je me sens très isolé ou seul	0	1	2	3	4
24	Je me sens pris au piège par tout ce qu'il m'arrive dans la vie	0	1	2	3	4

SCORE : _ _ _ _

Instruction pour le score : inverser les items avec un astérisque, puis sommer les tous.

Facteurs de l'Échelle de Démoralisation

Dysphorie :

- Il m'arrive de me mettre en colère pour tout un tas de choses
- Je suis facilement blessé par de petites choses
- Je suis irritable
- J'ai beaucoup de regrets en ce qui concerne la vie
- J'éprouve de la culpabilité

Découragement :

- Je me sens triste et malheureux
- Je me sens dépassé et stressé par ce qu'il m'arrive dans la vie
- Je me sens pris au piège par tout ce qu'il m'arrive dans la vie
- Je me sens découragé en ce qui concerne ma vie
- Je me sens très isolé ou seul
- Je suis de bonne humeur

Sentiment d'échec :

- Je suis fier de ce que j'ai accompli
- Je pense être une personne intéressante
- J'arrive bien à faire face aux événements de la vie
- Je suis une personne qui peut apporter de bonnes choses aux autres

Sentiment d'impuissance :

- Je n'ai pas d'espoir
- Je suis incapable de m'en sortir seul
- Je n'arrive plus à contrôler mes émotions
- Personne ne peut m'aider

Perte de sens et de but dans la vie :

- Ma vie semble inutile et absurde
- La vie ne vaut pas la peine d'être vécue
- Tout ce que je fais dans la vie ne sert à rien
- Je n'ai aucune utilité
- Je préférerais ne plus être en vie

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu (e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé(e) si j'y manque ».

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	7
Sommaire	11
Introduction	16
I. Approches théoriques	18
1. La démoralisation	19
1.1. Un construit psychiatrique	20
1.1.1. Un vécu d'incapacité à agir	20
1.1.2. Une rupture entre passé et futur	21
1.1.2.1. Le <i>giving-up given-up complex</i>	21
1.1.2.2. Le syndrome de rupture sociale	22
1.1.3. Un phénomène transversal	23
1.1.4. Un concept clé : l'incompétence subjective	24
1.1.5. Une détresse existentielle	26
1.2. Étiopathogénie	28
1.2.1. Le coping	28
1.2.2. Le locus de contrôle	29
1.2.3. L'impuissance apprise	30
1.2.4. Auto-efficacité	31

1.3. Clinique de la démoralisation	31
1.3.1. Quelles plaintes?	31
1.3.1.1. L'incompétence subjective	32
1.3.1.2. Le sentiment d'impuissance	33
1.3.1.3. Perte d'espoir, désespoir et suicidalité	34
1.3.1.4. Apathie et perte de motivation	35
1.3.1.5. La dysphorie	35
1.3.1.6. Les plaintes somatiques	36
1.3.1.7. Autres plaintes	36
1.4. La progression clinique de la démoralisation	36
1.5. Diagnostics différentiels	38
1.5.1. Trouble de l'adaptation	38
1.5.2. Épisode dépressif majeur	38
1.6. Évaluer la démoralisation	42
1.6.1. Instruments disponibles	42
1.6.1.1. <i>Psychiatric Epidemiology Research Interview-</i> <i>Demoralization Scale</i> (PERI-D)	43
1.6.1.2. <i>Subjective Well-Being Scale</i> (SWS)	43
1.6.1.3. <i>Subjective Incompetence Scale</i> (SIS)	43
1.6.1.4. Syndrome de démoralisation et échelle de démoralisation	43
1.6.1.5. <i>Diagnostic Criteria for Psychosomatic Re-</i> <i>search</i> (DCPR)	45
1.6.1.6. <i>Demoralization factor scale</i>	46
1.6.1.7. Points communs et différences	46
1.6.1.8. Prévalence de la démoralisation	47
1.6.1.9. Facteurs associés à la démoralisation.	47
1.7. Implication thérapeutique	48
1.7.1. Principes généraux de la remoralisation	48
1.7.2. Lien entre remoralisation et réduction des symptômes	49
2. Place dans la clinique psychosociale	51
2.1. La souffrance sociale	51
2.1.1. Un sujet polémique	51
2.1.2. Un sujet difficile à appréhender	52

2.1.3.	Institutionnalisation du discours	53
2.1.4.	Santé mentale	54
2.1.5.	Les dimensions de la santé mentale	55
2.2.	Clinique(s)	57
2.2.1.	Une étude épidémiologique d'envergure : l'étude <i>Sa-</i> <i>menta</i>	57
2.2.1.1.	Caractéristiques sociodémographiques de la population sans logement en Île-de-France	57
2.2.1.2.	État de santé général	58
2.2.1.3.	Les troubles psychiatriques	59
2.2.2.	Clinique de l'exclusion	60
2.2.2.1.	Exclusion	60
2.2.2.2.	Les effets subjectifs de l'exclusion	62
2.2.3.	Clinique de la précarité	64
2.2.3.1.	Le cas de la précarité	64
2.2.3.2.	L'émergence de la précarité :	65
2.2.3.3.	Définir la précarité	66
2.2.3.4.	Expérience de la précarité, trajectoires pré- caires et rapports au temps	68
2.2.3.5.	L'hypothèse de la vulnérabilité sociale	70
2.2.3.6.	Coping et précarité	70
2.2.4.	La démoralisation au regard de la précarité	72
2.2.4.1.	Démoralisation et littérature sur la précarité	72
2.2.4.2.	Souffrance psychique, démoralisation et dé- pression	75
2.2.4.3.	La désespérance	76
2.2.4.4.	Un phénomène frontière	78

II. Étude 83

3. Matériel et méthode 84

3.1.	Problématique et hypothèses	84
3.2.	Préparation de l'enquête	85
3.3.	Population choisie	86

3.4. Les outils d'évaluation	87
3.4.1. L'Échelle de Démoralisation (<i>Demoralization Scale</i>).	87
3.4.2. <i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i>	88
3.4.3. L'éthique de l'enquête	89
4. Résultats	90
4.1. Facteurs sociodémographiques	90
4.2. Diagnostics psychiatriques de la MINI	91
4.3. Démoralisation	92
4.4. Risque suicidaire	93
4.5. Démoralisation et dépression	93
5. Discussion	95
5.1. Troubles psychotiques	95
5.2. Troubles dépressifs et troubles anxieux	95
5.3. Risques suicidaires	96
5.4. Addictions	96
5.5. Suivi	96
5.6. Démoralisation	97
5.7. Limites	97
Conclusion	100
Bibliographie	103
Annexes	115
Échelle de Démoralisation	115
Facteurs de l'Échelle de Démoralisation	118

PERMIS D'IMPRIMER

THÈSE DE Monsieur HASSAN Frédéric

Vu, le Directeur de thèse



Vu, le Président du jury de thèse



**Vu, le Doyen de la
Faculté de Médecine
d'ANGERS**



Professeur I. RICHARD

Vu et permis d'imprimer



Rapport-Gratuit.com

RÉSUMÉ

La démoralisation est un construit psychiatrique ancien. Sa conception a évolué de l'idée d'une détresse psychologique non spécifique, dimension commune à laquelle s'adresserait toutes les psychothérapies, à celle d'une entité clinique à part entière. Elle est définie comme l'association d'une incompétence subjective et d'une détresse psychologique. Elle traduit le vécu d'être dans une impasse existentielle. Il s'agit d'un phénomène dynamique allant d'un vécu d'impuissance à celui de désespoir.

La précarité, comme expérience de vie, est la contrainte de vivre dans un présent qui s'éternise. Elle est ainsi un environnement propice au développement de la démoralisation. On trouve dans la littérature sur la clinique de la précarité des préoccupations communes avec celle de la démoralisation. Ainsi, la réflexion sur la nature et la place de la souffrance psychique d'origine sociale est centrale.

La démoralisation est un phénomène frontière entre le social et l'individuel et entre le normal et le pathologique. Elle se distingue cliniquement de la dépression bien que les liens qu'elle entretient avec celle-ci soient sujets à débat. L'élément central de la prise en charge est de rendre à l'individu un sentiment de maîtrise.

Les liens entre précarité et démoralisation sont à ce jour peu objectivés. Pour les mettre en évidence, nous avons réalisé une étude en faisant passer un questionnaire évaluant la prévalence de troubles psychiatriques et un questionnaire évaluant la démoralisation dans un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale. Quinze résidents ont répondu; 33,33% présentaient une démoralisation, 26,67% un épisode dépressif et 46,67% un risque suicidaire.

MOTS-CLÉS

Démoralisation	Trouble de l'adaptation
Dépression	Souffrance
Exclusion sociale	Santé mentale
Personnes défavorisées	Anomie

FORMAT

Mémoire
 Article¹ : à soumettre soumis accepté pour publication publié
suivi par : Monsieur le Docteur Michel NGUYEN

¹ statut au moment de la soutenance